

10 Nebenwirkungen von Psychotherapie beim Psychotherapeuten

Wolfgang Schneider

10.1 Psychotherapeuten als Risikogruppe

In den letzten Jahren werden zunehmend die besonderen psychosozialen Belastungen in der Arbeitswelt und ihre Auswirkungen auf die unterschiedlichen Berufs- und Arbeitnehmergruppen diskutiert (siehe z.B. Schneider 2010; Weber u. Hörmann 2007). Dabei wird formuliert, dass infolge der steigenden psychosozialen Anforderungen das Risiko für Arbeitnehmer, psychisch und psychosomatisch zu erkranken, insgesamt in relevanter Weise ansteigen würde. Diese Belastungen würden sich z.B. allgemein durch die Leistungsverdichtung und -intensivierung sowie durch wachsende kognitiv-mentale Aufgabenstellungen und insbesondere durch emotional-interaktionale Anforderungen ergeben. Gerade die emotionalen Anforderungen im Arbeitsprozess würden durch die Ausweitung des Dienstleistungssektors und hier insbesondere auch des Gesundheitssystems zunehmend an Relevanz gewinnen. So ist in den letzten zehn Jahren eine Vielzahl von Publikationen zum Burn-out-Syndrom erschienen, die insbesondere die emotionale Überforderung und die damit verbundenen Beeinträchtigungen auf der motivationalen sowie der leistungsbezogenen Ebene und die daraus resultierenden psychischen Probleme (z.B. Erschöpfung, Somatisierungsphänomene, Depressionen, Ängste) beschrieben haben. Der Erstbeschreiber des Burn-out-Syndroms Freudenberg (1981), der als Psychoanalytiker in den USA sozialarbeiterisch tätig war bzw. diese Berufsgruppe als Supervisor begleitete, hat das Burn-out-Syndrom als mögliche Folge einer beruflichen Tätigkeit beschrieben, die mit hohen moralischen Zielen und Ethos verbunden sei und bei der es zu wiederholten Enttäuschungen/Desillusionierungen und letztlich Demoti-

vierung der Akteure kommen würde, die zu einer Distanzierung von den ursprünglich hohen beruflichen Zielen und einer sarkastischen Haltung gegenüber dem Klientel führen würde. Als Konsequenz würden die oben beschriebenen Symptome und ein Rückzug des Individuums resultieren. Heute wird die Burn-out-Entwicklung als mögliche Folge von nahezu allen beruflichen aber auch privaten sozialen „Überforderungs“-Konstellationen angesehen; im Fokus der Burn-out-Problematik stehen insbesondere die Lehrerschaft, Mitarbeiter des Gesundheitssystems, aber auch Manager und Führungskräfte. Vonseiten unterschiedlicher psychosozialer „Anbieter“ werden verstärkt Maßnahmen und Interventionen zur Burn-out-Prophylaxe für Organisationen und die Wirtschaft mit einer wohl guten Resonanz angeboten. Wenn in diesem Artikel die „Nebenwirkungen“ der psychotherapeutischen Tätigkeit beim Therapeuten dargestellt bzw. diskutiert werden sollen, geht es sicherlich darum, das hohe psychosoziale Anforderungsniveau dieser speziellen beruflichen Tätigkeit in ihrem Einfluss auf die (psychosoziale) Gesundheit, das psychische Wohlbefinden und die berufliche Leistungsfähigkeit und -motivation zu untersuchen. Obschon es eine Vielzahl von oftmals theoretischen Arbeiten zu diesem Thema gibt (z.B. Jaeggi u. Reimer 2008), liegen doch eher wenig systematische Untersuchungen dieser Themenstellung vor.

Jedoch ist auch bei der Diskussion von etwaigen „Nebenwirkungen“ des Psychotherapeutenberufs die bestens bekannte Annahme vom multikonditionalen Bedingungsgefüge der Entstehung aber auch des Verlaufs von psychischen bzw. psychosozialen Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Dies bedeutet, dass in der Regel psychosoziale Probleme oder Störungen nicht ausschließlich in den Bedingungen der Arbeitswelt begründet sind. Es ist ja kein Geheimnis, dass gerade die psychodynamische Psychotherapie relevante psychosoziale Entwicklungsbedingungen von psychischen Erkrankungen (Problemen) in den frühen Sozialisationserfahrungen von Individuen sieht. In der Arbeits- und Organisationspsychologie ist der Begriff der Work-Life-Balance (z.B. Kastner 2004) en vogue. Dabei wird davon ausgegangen, dass ein gut balanciertes Verhältnis von Arbeit und Privatleben die Chancen erhöht, dass Individuen gut mit sich und anderen „klarkommen“, zufrieden und gesundheitlich adaptiv sind. So können und müssen wir davon ausgehen, dass das Ausmaß an psychischem Wohlbefinden oder Gesundheit auch von Psychotherapeuten sowohl von ihrer biopsychosozialen Längsschnittentwicklung und ihren aktuellen oder länger andauernden beruflichen und privaten Herausforderungen beeinflusst wird. In Abhängigkeit von ihren personalen Kompetenzen, Ressourcen oder Einschränkungen sind sie weniger oder besser in der Lage, mit Anforderungen ihres Berufs und Alltags konstruktiv umzugehen.

Auf der Ebene etwaiger personaler Hintergrundbedingungen stellt sich z.B. die Frage, inwieweit es einen Selektionsbias für den Beruf des Psychotherapeuten gibt. Wählen Individuen mit spezifischen psychosozialen Charakteristika bevorzugt den Beruf des Psychotherapeuten? So wäre vorstellbar, dass insbesondere selbstunsichere und psychisch sensible Individuen, die selbst vermehrt psychische Probleme aufweisen, eine Tendenz zeigen, den Beruf des Psychotherapeuten – unabhängig davon, ob sie in der Erstprofession Arzt oder Psychologe sind – zu wählen. So wird von einigen Autoren (siehe z.B. Reimer u. Jurkat 2001) formuliert und auch in der Öffentlichkeit ist diese Aussage nicht selten zu finden, dass der Beruf des Psychotherapeuten insbesondere von Individuen gewählt würde, die sich dadurch Selbsthilfe und Stabilisierung erhoffen.

So könnte man postulieren, dass verhaltenstherapeutisch tätige Psychotherapeuten sich in Bezug auf ihre Selbstreflexion und ihre Involviertheit in die psychotherapeutischen Beziehungen von Psychoanalytikern oder psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten aber auch gegebenenfalls von Psychotherapeuten, die auf der Basis der humanistischen Psychologie arbeiten, unterscheiden. Die Praxis der Verhaltenstherapie zeichnet sich durch eine andere Form der Beziehungsarbeit aus, die eher aktiv und „anpackend“ ist und weniger dem reflexiven Verstehen und dem sinn-suchenden Vorgehen der o.g. psychotherapeutischen Grundströmungen entspricht. Auch hier bleibt zu fragen, inwieweit nicht auch Persönlichkeitsunterschiede, die insbesondere auch mit den Dimensionen der Selbstreflexion und gegebenenfalls Beziehungscharakteristika verbunden sind, einen Einfluss auf die Wahl der psychotherapeutischen Grundströmung bei zukünftigen Psychotherapeuten haben.

Bei der Berufswahl zum Psychotherapeuten werden oftmals zwei Motivgruppen unterschieden (siehe z.B. Eichenberg u. Müller 2007; Eichenberg u. Brähler 2008): die *Persönlichkeit des Psychotherapeuten* sowie *situative Faktoren*, zu denen insbesondere die Einflüsse des Universitätsstudiums und der Ausbildungsinstitute gezählt werden. In einer Studie der Universität Köln nannten 94% der befragten Psychologiestudenten als Gründe für die Wahl ihres Therapieverfahrens ihre persönliche Neigung. Daneben wurden finanzielle Kriterien (65%) sowie Wissenschaftlichkeit (63%) angeführt. Von Interesse an diesen Ergebnissen war vor allem, dass für verhaltenstherapeutisch orientierte Studenten die wissenschaftliche Relevanz ein zentrales Kriterium für die Wahl des angestrebten Verfahrens dargestellt hat; demgegenüber formulierten tiefenpsychologisch ausgerichtete Studenten, dass subjektive Motive sowie persönliche Erfahrungen sowie Motive der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zu ihrer Auswahl geführt haben. In der Studie zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Präferenzen für ein Therapieverfahren und den psychotherapeutischen Schwerpunkten der Universitätsdozenten. Auch Glaesmer et al. (2010) kommen auf der Basis einer Erhebung von deutschen Psychologiestudenten zu dem gleichen Ergebnis. Die Verfahrenspräferenzen der Hochschullehrer beeinflussen nachhaltig die Auswahl der Psychotherapieverfahren der Studenten. Auf diesem Hintergrund wird von unterschiedlichen Autoren (Eichenberg u. Müller 2007; Vogel et al. 2006; Glaesmer et al. 2010) die Sorge formuliert, dass perspektivisch aufgrund der vorrangigen Besetzung von Lehrstühlen für Klinische Psychologie mit verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Professoren, die psychodynamische Psychotherapie immer weniger Resonanz bei den Psychologiestudenten und bei den Ausbildungskandidaten zum Psychologischen Psychotherapeuten finden würde. Dies würde sich mittelfristig negativ auf die Versorgungsangebote für Psychotherapie auswirken. Eichenberg und Müller (2007) diskutieren darüber hinaus Befunde, die aufzeigen, dass Medizinstudenten eher offener für psychodynamisch orientierte Verfahren seien als Psychologiestudenten und führen als Gründe dafür an, dass an den Medizinischen Fakultäten die Lehrstühle für das Fach der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mehrheitlich mit Psychoanalytikern besetzt seien.

Heffler und Sandell (2009) haben an Psychologiestudenten untersucht, inwieweit sich ein unterschiedlicher „Lernstil“ auf die Wahl der bevorzugten Psychotherapiemethode auswirkt und zeigen können, dass Studenten, die sich für die psychodynamische Psychotherapie entscheiden, eher durch einen Lernstil von „fühlen und beobachten“ (feel and watch) charakterisiert seien, demgegenüber würden Studenten, die sich für die kognitiv-behaviorale Therapie entscheiden, einen Lernstil nach dem Prinzip „denken

und handeln“ (think and do) aufweisen. Diese unterschiedlichen Lernstile sind sicherlich in einem gewissen Ausmaß durch Persönlichkeitsvariablen oder -stile beeinflusst.



So lässt sich auf der Basis der vorliegenden empirischen Daten nur eingeschränkt ableiten, inwieweit Persönlichkeitsmerkmale einen relevanten Einfluss auf die Auswahl des Psychotherapieverfahrens aufweisen. Jedoch ist m.E. davon auszugehen, dass diese in einem hohen Ausmaß durch die Erfahrungen und Wertungen während des Studiums – also eher durch situative Motive als durch den Einfluss der Persönlichkeit – beeinflusst wird.

10.2 Was ist das besondere am Psychotherapeutenberuf?

Als charakteristische Belastungen des Psychotherapeutenberufes werden von Mahoney (1991) angeführt:

1. Die Arbeitsbedingungen, die z.B. die relative Isolation im beruflichen Handeln, den hohen Zeit- und Organisationsaufwand, den Umgang mit schwierigen Patienten sowie eine finanziell unsichere Situation umfassen würden.
2. Die privaten Umstände, die z.B. Erschöpfung, emotionale Auszehrung bei fehlender Distanzierung von den beruflichen Erfahrungen, einen hohen Verantwortungsdruk für den Patienten, Zweifel an der Effektivität der Behandlungen sowie häufig Beziehungsprobleme oder andere private Schwierigkeiten umfassen. Weiterhin sei das Selbstwertgefühl von Therapeuten häufig gering.
3. Einflüsse des Klienten, zu denen aggressives oder abwertendes Verhalten, Abhängigkeit oder Distanzlosigkeit gehören (s. Kap. 10.4.3).

Psychotherapie ist im Allgemeinen ein emotional dichter zwischenmenschlicher Prozess, bei dem die Arbeit mit der Beziehung, den Emotionen, Kognitionen und dem Verhalten im Zentrum der Begegnung zwischen dem Psychotherapeuten und dem Patienten steht. Beziehungsarbeit umfasst das Herstellen einer vertrauensvollen, stabilen und hilfreichen Beziehung (helping alliance). Dieses Engagement erfordert vom Therapeuten, sich empathisch in den Patienten einfühlen zu können, sich selbst als sicheres, haltendes und zuverlässiges Objekt für den Patienten anzubieten. Cierpka (1997) formuliert, dass der Psychotherapeut seinem Patienten durch die Förderung eines „besseren Verstehens seiner selbst zur persönlichen Reife und zum beruflichen Erfolg [...] und zur langfristigen Gesundheit“ verhelfen will und diese Anforderungen natürlich auch auf sich selbst anwenden muss.

Diese Art von Beziehungsgestaltung und -inhalten unterscheidet sich gravierend von unseren alltäglichen Beziehungen. Der Therapeut muss in der Behandlung von Patienten mehr verstehen, akzeptieren und auch emotional aushalten, als er dieses oftmals in seinen alltäglichen Beziehungen muss oder als andere Berufe von ihren Akteuren erwarten. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, sollte der Psychotherapeut in seiner Persönlichkeit möglichst gefestigt und in der Lage sein, die eigenen Motive, Vorurteile und Wertvorstellungen selbstkritisch zu reflektieren (siehe auch Reimer 1997), damit er diese nicht mehr oder weniger unbewusst in seinem therapeutischen Handeln in unprofessioneller Weise umsetzt und damit der Therapie wie dem Patienten schadet.

Thematisch geht es in der Psychotherapie häufig um psychosoziales Elend, Einsamkeit, Hilflosigkeit, Verzweiflung oder Aggression. Der Psychotherapeut arbeitet mit Patienten mit den unterschiedlichsten psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen, die oftmals ausgeprägte psychische Symptome wie Depressivität, Ängste oder dissoziative Störungen aufweisen. Daraus resultiert für den Psychotherapeuten eine Vielzahl von unterschiedlichen therapeutisch-interaktionellen Anforderungen aufseiten des Patienten, mit denen er sowohl für den Patienten als auch für sich konstruktiv umgehen können muss. Zu diesen Anforderungen gehören z.B.

- ein hoher Leidensdruck aufseiten des Patienten,
- Hilflosigkeit, Depressivität aufseiten des Patienten und Verzweiflung bis hin zum Suizid,
- Frustration und Aggression aufseiten des Patienten, die sich grundsätzlich auch gegen den Therapeuten richten kann,
- Nähe- und Abhängigkeitswünsche,
- Angst,
- erotisch-sexuelle Wünsche des Patienten, die sich auch in Handlungen außerhalb der Psychotherapie niederschlagen können;
- Idealisierung oder Überhöhung durch den Patienten,
- Therapieabbruch,
- eingeschränkte Kooperation in der Behandlung (Honorarzahlung, Einhalten von Terminen etc.).

Alle diese interaktionellen Muster können nicht nur in den Gesprächen und Interaktionen während der eigentlichen Psychotherapie auftreten, sondern sich auch im außertherapeutischen Alltag fortsetzen. Dazu kommt, dass die Behandlungen von schwerer psychisch erkrankten Individuen häufig nur ungenügende oder unbefriedigende Erfolge zeigen. Es kommt zu Stagnationen im therapeutischen Fortschritt, Rückfällen oder Behandlungsabbrüchen. Der Psychotherapeut ist dann emotional belastenden Bedingungen ausgesetzt, die seine Bewältigungskompetenzen überfordern können. Eckert (2012) führt auf dem Hintergrund von Reanalysen der Metaanalyse von Grawe et al. (1994) aus, dass etwa 40% der psychotherapeutisch behandelten Patienten von der Therapie nicht profitieren würden bzw. dass sich ihre Befindlichkeit verschlechtern würde. Operationalisiert werden diese Patienten über die Kriterien des Therapieabbruchs bzw. über festgestellte Verschlechterungen der Beschwerden bzw. Zunahme der psychischen Probleme. Sinnvoll erscheint dabei die Differenzierung von negativen Therapieeffekten in „Therapiemisserfolge“ und „Therapieschäden“.

Aufgrund der hohen interpersonellen Dichte und insbesondere auch aufgrund der starken Bedürftigkeit der Patienten nach Nähe und den oftmals vorhandenen Abhängigkeitswünschen und -motiven auf der unbewussten aber auch der bewussten Ebene, sollte der Psychotherapeut in der Lage sein, im psychotherapeutischen Prozess ein angemessenes Verhältnis von Nähe und Distanz zu implementieren.

Diese Aufgabe ist sicherlich oftmals nur schwierig umzusetzen, da sich im therapeutischen Prozess die jeweils angemessene Dosis von Nähe und Distanz verändert. Die-

se Kompetenz des Psychotherapeuten zur adäquaten Distanzregulierung ist nicht nur für den Patienten wichtig, sondern auch für die eigene psychische Befindlichkeit des Psychotherapeuten, wobei er insbesondere auch die Fähigkeit aufweisen muss, sich außerhalb der Psychotherapie in angemessener Weise zu distanzieren, um nicht im Privatleben von den Eindrücken und Erfahrungen im Umgang mit den Patienten emotional überfordert zu werden.

In diesem Zusammenhang ist das *Konzept der Bindung* (Bowlby 1995) von besonderem Interesse. Auf dem Hintergrund des vielfach belegten Befundes, dass Individuen mit einer sicheren Bindung ein geringeres Risiko aufweisen würden, eine psychische Erkrankung zu entwickeln als Menschen mit einem unsicheren Bindungsstil, fragt Eckert (2012), ob Psychotherapeuten eher eine sichere Bindung aufweisen würden.

Strauß und Schwark (2007) diskutieren den Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung/dem therapeutischen Prozess und der Bindungstheorie. Generell kann aus der Sicht der Autoren formuliert werden, dass Patienten, die über sichere Bindungsstile verfügen und positive Erfahrungen mit wichtigen Beziehungserfahrungen aufweisen, eher in der Lage sind, eine positive therapeutische Beziehung aufzubauen. Für unsere Fragestellung von besonderem Interesse ist jedoch die Bindungssicherheit bzw. der Bindungsstil des Psychotherapeuten. Dazu existieren nur wenige empirische Befunde. Nach Nord et al. (2000) zeigen Psychotherapeuten eher „bedingt sichere“ und abweisende Bindungsstile. Es sei jedoch empirisch noch nicht belegt, ob sich unsichere Bindungsstile aufseiten des Therapeuten negativ auf die therapeutische Beziehung auswirken würden. Eckert (2008) resümiert:

„Der Therapeut sollte [...] in der Lage sein, dem Patienten eine sichere Basis im Sinne Bowlbys zu bieten. Das kann auch einem nicht sicher oder nur bedingt sicher gebundenem Therapeuten gelingen, soweit sein Bindungssystem in der Therapie deaktiviert bleibt“.

Wichtig sei, dass der Therapeut mit seinen eigenen Bindungsproblemen reflektiert und konstruktiv umgehen würde. Interessant sind die Ergebnisse einer Studie von Nord et al. (2000), in der auf der Basis des *Bielefelder Fragebogens zu Partnerschaftserwartung* (BFPE; Höger u. Buschkämper 2002) 150 ärztliche und psychologische Psychotherapeuten zu ihren Bindungsstilen befragt wurden. Der Fragebogen umfasste die Merkmalsbereiche „Akzeptanzprobleme“, „Öffnungsbereitschaft“ und „Zuwendungsbedürfnis“. Diese Kategorien erfassen – so Eckert – bindungsrelevante Kognitionen, Emotionen und Verhaltenstendenzen. Die Bindungsforschung beschreibt folgende vier Bindungsstile (Main 1995):

- autonom (sicher)
- unsicher-distanziert (unsicher vermeidend)
- verstrickt (unsicher ambivalent)
- unverarbeitetes Trauma (desorganisiert)

Ohne hier detailliert auf die Ergebnisse der Bindungsforschung einzugehen, sollen knapp die Befunde der dargelegten Studie skizziert werden.

Auf der Basis der Untersuchungsbefunde und einer clusteranalytischen Auswertung beschreibt Eckert (2012) fünf Bindungsmuster, die sich auf der Grundlage einer Befragung einer großen Stichprobe der Normalbevölkerung ergeben hätte, die sich hinsichtlich des Ausmaßes an Akzeptanzproblemen, der Öffnungsbereitschaft und dem Zuwendungsbedürfnis unterscheiden würden. Gegenüber den klassischen Bindungsmustern wird ein zusätzlicher Bindungsstil extrahiert, den die Autoren (Nord et al.

2000) als „bedingt sicher“ charakterisieren und in einer deutlichen Ausprägung bei Psychotherapeuten wiederfinden. Dieser „bedingt sichere“ Bindungsstil sei durch

- geringe Akzeptanzprobleme,
- eine große Öffnungsbereitschaft und
- fehlende Zuwendungsbedürfnisse gekennzeichnet.

Eckert (2012) interpretiert die Ergebnisse so, dass die Aufmerksamkeit der Psychotherapeuten in erster Linie dem Anderen (dem Patienten) gelten würde und nicht der eigenen Person. Sie würden eher zuhören und sich empathisch in den anderen einfühlen und wenig über sich selbst sprechen. Der therapeutische Rahmen würde wenig Raum dafür lassen, eigene – nicht patientenbezogene – Bedürfnisse zuzulassen. Der Autor weist jedoch darauf hin, dass die bisherigen Forschungsergebnisse zum Zusammenhang zwischen dem Bindungsstil des Therapeuten und der Therapieprognose keine eindeutigen Ergebnisse gezeigt hätten. Psychotherapeuten würden ihr eigenes Bindungsverhalten eher auf die Bindungsbedürfnisse ihrer Patienten abstimmen. Allerdings würden die Bindungsmuster von Psychotherapeuten eher geeignet sein, ihre Berufswahl zu beeinflussen. Es sei jedoch hilfreich für die psychotherapeutische Arbeit, wenn der Psychotherapeut seinen eigenen Bindungsstil kennen würde, um den psychotherapeutischen Prozess und das Vorgehen des Patienten (Selbstexploration) besser verstehen zu können.

Rønnestad und Orlinsky (2006) fassen Ergebnisse aus einer international angelegten Studie über die Erfahrungen von Psychotherapeuten mit ihrer Arbeit und ihrer beruflichen Entwicklung zusammen und fokussieren dabei die Frage, wie die Therapeuten den psychotherapeutischen Prozess erleben. Sie extrahieren dabei zwei akzentuierte Prozess Erfahrungen.

1. „Das heilende Engagement“ (healing involvement), das mit dem allgemeinen Gefühl von therapeutischer Effektivität, einer Flow-Erfahrung in den Sitzungen, konstruktiven Copingstrategien, einer engagierten und reziproken Beziehung zum Patienten und nur geringen Schwierigkeiten im therapeutischen Vorgehen verbunden sei.
2. „Das aufreibende Engagement“ (stressful involvement), bei dem sich vielschichtige Schwierigkeiten im therapeutischen Handeln ergeben, die mit defensiven und unproduktiven Bewältigungsstrategien verbunden seien. In den Sitzungen würden häufig Gefühle von Angst und Langeweile aufseiten der Therapeuten auftreten.

Die Tabelle 5 zeigt die Praxiserfahrungen der befragten Psychotherapeuten entlang dieser Kriterien.

Tab. 5 Praxismuster von Psychotherapeuten (nach Orlinsky u. Rønnestad 2006)

Healing Involvement \ Stressful Involvement	gering	hoch
	hoch	effektive Therapeuten (n = 1.831, 46%)
gering	unbeteiligte Therapeuten (n = 800, 20%)	belastete Therapeuten (n = 377, 13%)

Von Interesse bei diesen Studienergebnissen war der Befund, dass das Erleben von eigenem heilendem Engagement bzw. aufreibendem Engagement alters- bzw. erfahrungskorreliert war. Ältere bzw. erfahrenere Therapeuten zeigten demnach mehr Erfahrungen des „heilenden Engagements“ bzw. weniger Erfahrungen eines „aufreibenden Engagements“. In einem nächsten Schritt wurden die beruflichen Entwicklungsgänge analysiert und zwei unabhängige Dimensionen identifiziert.

1. aktuell erlebtes Wachstum und
2. erlebte Erschöpfung

Das Erleben von aufreibendem Engagement führte danach zu erlebter Erschöpfung; bemerkenswert dabei war, dass relativ unerfahrene und sich in Ausbildung befindende Therapeuten am verletzlichsten waren, d.h. ein Mehr an Erschöpfung erlebten. Rønnestad und Orlinsky betonen in diesem Zusammenhang, dass Ausbildungskandidaten möglichst viel Erleben des „heilenden Engagements“ und möglichst wenig „aufreibendes Engagement“ in der therapeutischen Arbeit ermöglicht werden sollte (z.B. durch die Auswahl geeigneter Patienten, eine gute theoretische und praktische Ausbildung, Supervision und kollegiale Unterstützung).

In den letzten Jahrzehnten hat sich nach Meinung des Autors unter dem Einfluss der sozialen Kontextbedingungen (Arbeitslosigkeit oder drohende Arbeitslosigkeit, prekäre psychosoziale Lebenslage) die Klientel psychotherapeutischer Patienten oftmals bedeutend verändert. Mehr und mehr stehen die problematischen sozialen Bedingungen für die Patienten im Vordergrund. Sie erleben ihre psychischen Störungen als direkte Folge ihrer schwierigen sozialen Situation und der damit oft verbundenen sozialen Isolation. Insofern fokussieren sie im therapeutischen Prozess stärker das „Hier und Jetzt“ und wünschen sich konkrete Veränderungen mehr oder weniger direkt durch die Psychotherapie. Oftmals resultiert auf der Basis von Chronifizierungsprozessen von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen der Wunsch nach Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (siehe Schneider im Druck) verbunden mit regressiven und passiven Haltungen. „Eigene“ Anteile (z.B. unbewusste konflikthafte Motive) am Krankheitsgeschehen werden häufig negiert und können dann nicht oder nur eingeschränkt Gegenstand des therapeutischen Prozesses werden. Dazu kommt, dass viele Patienten aufgrund ihrer eingeschränkten Zugänge zu innerpsychischen Prozessen und oftmals vorliegenden Persönlichkeitsstörungen nur eingeschränkte Möglichkeiten für die konstruktive Nutzung von „verstehensorientierten“ Psychotherapien aufweisen. Aufgrund dieser veränderten therapeutischen Schwerpunktsetzungen und den damit geforderten veränderten therapeutischen Methoden und Haltungen erleben vielfach Psychotherapeuten Arbeitsanforderungen, die nicht oder nur eingeschränkt mit ihrem professionellen Selbstverständnis und ihrem Methodenrepertoire kompatibel sind. Daraus entstehen häufig Frustration, Demotivierung oder Prozesse der Entwertung der Patienten bzw. der eigenen Tätigkeit. „Ich bin doch kein Sozialarbeiter“, sagt ein tiefenpsychologischer Psychotherapeut im Rahmen eines Seminars zu Behandlung von Patienten in prekären sozialen Lebenslagen. Ein anderer formuliert: „Vor lauter sozialen Problemen bleibt kaum Raum oder Zugang zu eigentlichen psychotherapeutischen Fragestellungen.“ Auf dem Hintergrund derartiger Erfahrungen erhöht sich das Risiko der Entwicklung von Burn-out-Prozessen.

Nach Kenntnisstand des Autors existieren keine Untersuchungen, die sich systematisch mit der Fragestellung befassen haben, welche Wirkungen die hier diskutierte

Veränderung des Psychotherapieklientels bei den Psychotherapeuten beruflich wie privat aufweisen.

10.3 Exkurs – Missbrauch in der Psychotherapie

In problematischen psychotherapeutischen Konstellationen, deren Verarbeitungsmöglichkeiten gegebenenfalls noch durch eine bereits gegebene psychische Vulnerabilität des konkreten Psychotherapeuten begrenzt sein mag, kann es zu einer erheblichen psychischen Dekompensation aufseiten des Psychotherapeuten kommen und innerhalb der Psychotherapie Tendenzen zum Ausagieren von unterschiedlichen Emotionen (Hass, Wut aber auch Bedürftigkeit nach Nähe, Angenommensein oder erotisch-sexuellen Wünschen) auftreten.

Die Frage des Missbrauchs in der Psychotherapie ist in diesem Zusammenhang verschiedentlich diskutiert worden. Rüger (2003) führt die folgenden Missbrauchsformen aufseiten des Psychotherapeuten an:

- sexueller Missbrauch
- oral-ausbeuterischer Missbrauch
- Agieren der eigenen Bindungsbedürftigkeit
- Agieren von eigenen Dominanzkonflikten
- narzisstischer Missbrauch

In diesen Missbrauchsformen stellen sich Agierhaltungen von Psychotherapeuten dar, die sicherlich zum einen in ihrer individuellen Persönlichkeitsentwicklung im Gesamt charakteristischer persönlicher unbewusster Konfliktthemen sowie ihrer aktuellen Lebenssituation begründet sind, zum anderen jedoch auch einen Ausdruck von überfordernden professionellen Anforderungen darstellen. Reimer und Jurkat (2001) verweisen darauf, dass Psychotherapeuten, die in ihren persönlichen Beziehungen gravierende Mängel in Bezug auf Anerkennung, Bestätigung, Eingebundenheit, Liebe und Sexualität aufweisen, eine Tendenz dahingehend entwickeln können, diese Bedürfnisse in der Arbeit mit dem Patienten zumindest zum Teil zu befriedigen.

Als zentral ist die Fähigkeit des Psychotherapeuten anzusehen, eine angemessene Nähe-Distanz-Regulierung zu ihren Patienten und Behandlungen vornehmen zu können. Diese Kompetenz ist jedoch oftmals nur ungenügend vorhanden. Er sollte erkennen können, wenn er in Kollusionen zu einem Patienten gerät und sich dann eine angemessene Unterstützung suchen. Die Möglichkeiten, im Alltag mit diesen Themen problemlösend, z.B. über Gespräche mit Partnern oder Freunden, umzugehen, sind in der Regel nicht gegeben. Die Erfahrungen mit dem Patienten unterliegen der Schweigepflicht. Damit sind die Möglichkeiten des Psychotherapeuten, diese belastenden Erfahrungen zu bewältigen, grundsätzlich eingeschränkt. Als professionelle Hilfsmittel zur adäquaten Handhabung von Psychotherapie und der Bearbeitung von Belastungen und Schwierigkeiten in den Behandlungen werden in der Literatur wie in der Fachdiskussion die Selbsterfahrung, die Supervision und die Intervision angegeben.

Supervision oder Balintgruppenarbeit könnten hier sicherlich entlastende und präventiv wirkende Instrumente darstellen. Auch die Selbsterfahrung, die vielfach einen festen Bestandteil der Psychotherapieausbildung darstellt, dient in einem Seiteneffekt sicherlich dazu, den zukünftigen Psychotherapeuten davor zu schützen, dass er unter anderem wegen seiner Tätigkeit psychisch zu große Probleme entwickelt oder erkrankt.

10.4 Spezielle Nebenwirkungen bei Psychotherapeuten

Negative Effekte des beruflichen Engagements können sich auf den Ebenen der allgemeinen psychosozialen Befindlichkeit oder Gesundheit, der körperlichen Gesundheit, dem Privatleben aber auch auf der materiellen Ebene oder der sozialen Anerkennung eines Berufsstandes niederschlagen. Diese Themen sollen weiter unten diskutiert werden. Vorweg soll jedoch die Frage diskutiert werden, inwieweit sich mit der Tätigkeit als Psychotherapeut das Risiko erhöht, spezielle psychische oder psychosoziale Problemstellungen zu entwickeln. Im Folgenden werden drei Themenbereiche skizziert, die in besonderer Weise für Psychotherapeuten aber auch für Psychiater von Relevanz sein können.

10.4.1 Burn-out-Syndrom

Das Konzept ist ursprünglich in einer engen Beziehung zu spezifischen beruflichen Tätigkeiten – helfenden Berufen – entwickelt worden. Diese helfenden Personen seien ursprünglich hoch idealisierend und engagiert an ihre Aufgaben in ihrem Beruf herangegangen und dann zunehmend unter ihren enttäuschenden und desillusionierenden Erfahrungen „ausgebrannt“, demotiviert oder gar sarkastisch gegenüber ihren Aufgaben und Rollenerwartungen geworden (siehe z.B. Fengler 2002).

Das Burn-out-Syndrom wird weiter durch Gefühle der Anspannung, Erschöpfung, Resignation verbunden mit Zuständen der körperlichen Abgeschlagenheit und Überforderung beschrieben.

Zunehmend würden sozialer Rückzug und wachsende Stereotypisierung der beruflichen Tätigkeit mit Reduzierung des emotionalen Engagements eintreten. Die Betroffenen würden sich hilflos und fachlich inkompetent fühlen und eine Distanzierungstendenz gegenüber ihren Klienten herausbilden.

Auch wenn berücksichtigt werden muss, dass das Burn-out-Syndrom wenig trennscharf definiert ist, mittlerweile in den unterschiedlichsten beruflichen Kontextbedingungen verortet wird und die Symptomatik nur wenig von depressiven Störungen oder auch Somatisierungsphänomenen abgegrenzt ist, bietet das Konzept doch einen gewissen Erklärungswert für die Rolle von beruflichen Anforderungen bei der Entstehung von psychischen und psychosomatischen Störungen. Zu bedenken ist dabei jedoch, dass die individuelle Antwort auf spezifische belastende Bedingungen durch Persönlichkeitscharakteristika des Einzelnen entscheidend mit beeinflusst wird. Dazu gehören z.B. individuelle Wertorientierungen, persönlicher Ehrgeiz und Bewertungsstile.

Die beruflichen Anforderungen des Psychotherapeutenberufes wie sie in diesem Beitrag skizziert werden, legen nahe, dass für diese Berufsgruppe das Risiko ein Burn-out-Syndrom zu entwickeln, als hoch angesehen werden muss.

In einer Studie von Reimer et al. (2005) zeigen Psychotherapeuten in einem Fragebogen zum Gesundheitszustand auf den Skalen Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlergehen deutlich negativere Skalenwerte auf als Altersnormstichproben. Weiter wird berichtet, dass sie höhere Depressionswerte aufweisen als Vergleichsstichproben und eine höhere Neigung zu Suchtmittelmissbrauch zeigen als die Normalbevölkerung. Diese Befunde könnten

für die Hypothese sprechen, dass Psychotherapeuten ein erhöhtes Risiko haben, ein Burn-out-Syndrom zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang muss beachtet werden, dass die Diagnose eines Burn-out-Syndroms einen besonderen Bedeutungsgehalt aufweist. Die Hintergründe werden in berufliche Kontexte gelegt, nach außen attribuiert. Damit hat die Diagnose eine gewisse entlastende Funktion für das Individuum. Es ist nicht selbst „schuld“ daran, dass es psychische Probleme entwickelt hat, sondern die Ursachen werden in den Arbeitsbedingungen und -inhalten verortet. Die Diagnose entlastet von eigenen Ineffizienzgefühlen und weist so vielleicht gerade für Psychotherapeuten, für die die Frage der psychischen Integrität eine – wie oben dargestellt – besondere Bedeutung hat, eine besondere „Attraktivität“ bei der Begründung eigener psychischer Probleme auf.

10.4.2 Sekundäre Traumatisierung

Auch für Psychotherapeuten wird das Risiko diskutiert, bei der Beratung und Therapie von traumatisierten Menschen selbst traumatisiert zu werden (Daniels 2008). Die Konfrontation mit massiven und wiederholten Traumatisierungen kann dann dazu führen, dass die Therapeuten von der „Macht der Bilder und ihrer Phantasie“ überflutet werden und selbst Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln (Andreatta u. Unterluggauer 2010). Die traumatisierten Klienten sind oftmals in den Berichten und Schilderungen hoch affektiv involviert und ihre Schilderungen illustrativ und eindringlich. Der Berater bringt diesen Klienten in der Regel viel Empathie entgegen und diese erhöht zusammen mit der Traumaexposition die Gefahr der Herausbildung einer sekundären Traumatisierung. Der Prozess der Traumatisierung würde durch die Erschütterung von Grundannahmen zum Selbstbild des „Heilers“, der Selbstwirksamkeit und zum Zusammenbrechen von Schutz- und Abwehrmechanismen führen. Nach Andreatta und Unterluggauer (2010) stellt sich die Symptomatik bei sekundär Traumatisierten vergleichbar dar wie bei direkt traumatisierten Patienten.

10.4.3 Psychotherapeuten als Stalkingopfer

Unter Stalking (englisch für pirschen, sich anschleichen) wird die exzessive Verfolgung eines Menschen mit andauernder Belästigung, Bedrohung oder Ausübung von Gewalt (siehe z.B. Fiedler 2006; Hoffmann 2006) verstanden. Die Belästigungen können per Telefon, Post, E-Mail oder vis à vis erfolgen. Stalkingopfer finden sich grundsätzlich in allen Bevölkerungsgruppen. Bevorzugt findet Stalking auf dem Hintergrund ehemaliger naher persönlicher oder auch beruflicher Beziehungen statt. Die Beendigung von partnerschaftlichen Beziehungen ist als der häufigste Grund für die Entwicklung von Stalkingprozessen anzusehen. Prominente weisen ein erhöhtes Risiko auf, Stalkingopfer zu werden. Es wird in der Literatur auch immer wieder beschrieben, dass Psychotherapeuten wie auch Psychiater ein besonderes Risiko aufweisen würden, ein „Stalkingopfer“ zu werden. Krammer et al. (2007) berichten aus einer Studie, in der das Vorkommen von Stalkingerfahrungen bei Psychiatern, Psychotherapeuten und Psychologen (n = 117) untersucht wurde. Die Untersuchung zeigte eine Häufigkeit von Stalkingerfahrungen bei dieser Bezugsgruppe von 38,5%, wobei der Anteil von weiblichen Stalkern mit 60% sehr hoch war. Das Stalkingverhalten war mit fast 70% insbesondere durch verbale Belästigungen und Bedrohungen cha-

rakterisiert. Die Diagnosen der Stalkingtäter umfasste mit 43% die Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen und mit 30% Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. In der Befragung gaben 44,4% der Opfer an, eine vorwiegend leichte posttraumatische Belastungsstörung entwickelt zu haben.

Für Psychiater resultiert die Gefahr, ein Stalkingopfer zu werden, wohl in relevanter Weise aus der spezifischen Psychopathologie der Täter. Dazu kommt, dass die individuelle Interaktion in der Psychotherapie gepaart mit Merkmalen von Patienten das Risiko zum Auftreten von Stalking erhöhen kann.

Die enge Beziehung zwischen Therapeut und Patient stellt wohl einen Risikofaktor dafür dar, dass Patienten gegenüber ihrem Psychotherapeuten ein Stalkingverhalten ausbilden können. Der Therapeut wird wichtig, überhöht, nimmt eine exklusive Rolle im Leben des Patienten ein. Weiterhin ist davon auszugehen, dass Menschen, die einen Psychotherapiebedarf haben, ein Mehr an psychosozialen Charakteristika aufweisen, die die Tendenz zu einem Stalkingverhalten erhöhen (z.B. Einsamkeit, soziale Isolation, großer Wunsch nach Nähe und intimen Beziehungen, Gefühle von Abhängigkeit und Angewiesensein auf andere etc.).

Die psychischen Störungen von Stalkingopfern werden als vielschichtig beschrieben: Sie umfassen Depressivität, Ängste, körperliche Unruhe und auch das Auftreten von posttraumatischen Belastungsstörungen.

10.5 Allgemeine Auswirkungen des Psychotherapeutenberufes

10.5.1 Lebensqualität, Gesundheitsstatus und Suizidalität

Wenn wir nach Auswirkungen (Nebenwirkungen) des Berufes des Psychotherapeuten auf die Befindlichkeit der Protagonisten fragen, ist ihre Lebensqualität bzw. ihr Gesundheitsstatus von besonderem Interesse. Reimer et al. (2005) untersuchten die Lebensqualität von Psychotherapeuten in einer Querschnittsuntersuchung bei niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten aus dem Bereich zweier kassenärztlicher Vereinigungen in Hessen. Bei einer Rücklaufquote von ca. 50% aus beiden Fachgruppen wurden insgesamt 71 Fragebögen von psychologischen Psychotherapeuten und 103 Fragebögen von ärztlichen Psychotherapeuten ausgewertet. Die Mehrheit der Befragten beider Gruppen charakterisierten sowohl ihre Arbeitssituation, ihr Leben generell, ihre Partnerschaft und ihre gesundheitliche Situation als zufriedenstellend. Männer und Frauen haben bezüglich der Bewertung dieser Variablen keine Unterschiede gezeigt. Von Interesse ist, dass sich Psychotherapeuten weniger beeinträchtigt hinsichtlich der erhobenen Merkmale dargestellt haben als Ärzte aus „somatischen“ Fachrichtungen (Reimer u. Jurkat 2001). Eine zwischen unterschiedlichen Psychotherapierichtungen (Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie) differenzierende Bewertung ergab Unterschiede in Bezug auf die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation. So waren die Psychoanalytiker zufriedener mit ihrer Arbeitssituation als die Verhaltenstherapeuten und die tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapeuten. Bezüglich der Bewertung der Lebenszufriedenheit wie der eigenen Gesundheit zeigten die drei Gruppen keine Unterschiede auf.

Eichenberg und Brähler (2008) berichten von einer Leipziger Studie, bei der 488 niedergelassene psychologische Psychotherapeuten in Bezug auf ihre „Befindlichkeit“

befragt wurden. Unter anderem wurde nach ihrer bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit, dem allgemeinen Gesundheitszustand, unterschiedlichen Körperbeschwerden sowie nach beruflichen Belastungen gefragt. 54,6% der Teilnehmer der Untersuchung arbeiteten nach eigenen Angaben verhaltenstherapeutisch, der Rest entfiel auf tiefenpsychologisch ausgerichtete Verfahren (32,3%) und auf die Psychoanalyse (13,1%). Zu ihrer bereichsspezifischen Zufriedenheit, die die Kategorien „Gesundheit“, „Freizeit und Hobby“, „eigene Person“ und „finanzielle Lage“ umfasste, stellten sich die Befragten als insgesamt weitestgehend zufrieden dar. Dies insbesondere für die Bereiche „Gesundheit“ und „eigene Person“. Bezüglich der Bereiche „finanzielle Lage“ und „Freizeit und Hobby“ zeigten sich die Psychotherapeuten tendenziell unzufrieden. Bei dem Vergleich mit einer alters- und bildungsgradmäßig entsprechenden Stichprobe der Allgemeinbevölkerung zeigten sich die Psychotherapeuten unzufriedener in Bezug auf ihre „finanzielle Lage“, den Bereich „Freizeit und Hobby“, aber auch den Bereich „Gesundheit“. Psychotherapeuten hätten einen schlechteren subjektiven Gesundheitszustand sowie mehr Erschöpfungsbeschwerden berichtet, so die Autoren. Diese Unzufriedenheit mit der finanziellen Situation hätte sich nach Eichenberg und Brähler (2008) auch im Vergleich der Psychotherapeuten mit einer Stichprobe von sächsischen Hausärzten gezeigt.

Auch in der oben angeführten Studie von Reimer et al. (2005) wurde die Einkommenssituation sowohl seitens der ärztlichen als auch der psychologischen Psychotherapeuten als negativ bewertet. Eichenberg und Brähler (2008) kommentieren diesen Befund so, dass er die reale Einkommenssituation der Psychotherapeuten angemessen abbilden würde. Wenn man so will, stellt das Einkommen auch eine „negative“ Nebenwirkung des Berufs des Psychotherapeuten dar.

In der zitierten Untersuchung von Reimer unterscheiden sich Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten bezüglich ihres Gesundheitsverhaltens. Die Psychologen charakterisieren ihren Lebensstil als gesundheitsförderlicher.

Kontrastierend zu diesen Ergebnissen sind Aussagen zu einer erhöhten Suizidrate bei Ärzten generell und speziell bei Psychiatern und auch Psychologen (siehe Reimer u. Jurkat 2001). Bronisch (2005) diskutiert eine Reihe von internationalen empirischen Untersuchungen, in denen die Suizidmortalität von Ärzten mit der von anderen Berufsgruppen verglichen wurde. Es zeigte sich in allen Studien, dass die Suizidraten von Ärzten über der von anderen Berufsgruppen liegen und dass insbesondere Ärztinnen ein erhöhtes Risiko aufweisen würden. Innerhalb der Arztgruppen sei die Suizidrate vor allem bei den Psychiatern, Allgemeinärzten und Anästhesisten erhöht; allerdings seien die Zahlen aufgrund geringer Fallzahlen nur eingeschränkt belastbar. Reimer und Jurkat (2001) betonen, dass die empirische Datenlage sowohl für die gesundheitliche Befindlichkeit von Ärzten und Psychotherapeuten wie auch deren Risiken zu Suchtmittelmissbrauch und Suizid unbefriedigend und wenig aussagekräftig sei.

Rudolf (2005) merkt an, dass die Frage der seelischen Gesundheit von Psychotherapeuten bislang nur ungenügend empirisch untersucht worden sei. In einer eigenen Studie, bei der Psychoanalytiker sowie Psychotherapeuten in Ausbildung, Studenten der Medizin und Psychologie in Bezug auf ihre psychische Befindlichkeit und ihre sozial-kommunikative Belastung auf der Basis einer Selbstbeschreibung mit Psychotherapiepatienten und der Normalbevölkerung verglichen wurde, zeigte sich, dass die Symptombelastung der Psychoanalytiker vergleichbar der Belastung in der Normalbevölkerung war; die Psychotherapeuten in Ausbildung zeigten sich ängstlicher im

Kontakt als die Psychoanalytiker, erreichten jedoch nicht die Ausprägung an berichteter sozialer Ängstlichkeit wie die untersuchte Stichprobe von Psychotherapiepatienten. Die befragten Studenten zeigten sich in Bezug auf „körpernahe Ängste“ stärker belastet als die Durchschnittsbevölkerung, waren jedoch nicht so belastet wie die Patientenstichprobe. Klauer et al. (2008) haben für Medizinstudenten in einer Studie ähnliche Befunde ermittelt. Rudolf resümiert, dass es keine therapeutentypische Symptomatik geben würde; jüngere und sich in Ausbildung befindende Therapeuten seien jedoch in einem nennenswerten Ausmaß durch eine gewisse soziale Ängstlichkeit charakterisiert. Als charakteristische Tendenzen auf der Persönlichkeitsebene beschreibt Rudolf einen hohen Selbstanspruch bei den Psychoanalytikern und bei den Ausbildungskandidaten bzw. den Studenten eine ausgeprägte Werteorientierung.

Eckert (2012) formuliert, dass viele Psychotherapeuten eine ausgeprägte Tendenz aufweisen würden, anderen Menschen mit ihrem eigenen Leiden nicht zur Last fallen zu wollen.

So ist wohl doch erst einmal davon auszugehen, dass die subjektive Bewertung der eigenen körperlichen und psychischen Gesundheit und die generelle und berufsbezogene Zufriedenheit von Psychotherapeuten nicht so schlecht ist.

10.5.2 Belastungen des Privatlebens der Psychotherapeuten?

In Bezug auf die Auswirkungen bzw. Nebenwirkungen des Psychotherapeutenberufes ist neben dem individuellen Wohlbefinden und der Gesundheit das Privatleben von Interesse, da sich hier mit hoher Wahrscheinlichkeit Belastungen oder auch positive Effekte der beruflichen Tätigkeit niederschlagen werden. Darüber hinaus haben die privaten Beziehungen und Aktivitäten natürlich auch einen relevanten Einfluss auf die psychosoziale Befindlichkeit und können Belastungen aus der beruflichen Tätigkeit auffangen bzw. deren Verarbeitung oder die Möglichkeit, sich von diesen zu distanzieren, fördern. So wird als relevante Burn-out-Prophylaxe wiederholt eine ausgewogene Work-Life-Balance angesehen (Reimer u. Jurkat 2001; Kastner 2004).

Es gibt kaum Untersuchungen zum Privatleben des Psychotherapeuten, seinen Partnerschaftsbeziehungen und Familien, seinen sozialen Vernetzungen und Aktivitäten. Die Hinweise, die sich in der Literatur finden, haben oftmals einen theoretischen oder prosaischen Charakter und sind in subjektiven Eindrücken der Autoren (siehe z.B. Jaeggi 2001) verankert.

Als besondere Problemstellungen für die partnerschaftlichen und familiären Interaktionen wird von Buddeberg-Fischer (1997) beschrieben, dass aufgrund der hohen emotional-interaktionellen Anforderungen im Behandlungsalltag die Ressourcen und wohl auch die Motivation von Psychotherapeuten im privaten Alltag zu vertiefenden Gesprächen eingeschränkt sein könnten oder dass eine professionelle empathische Haltung die Beziehungsgestaltung wie die Kommunikation unwirklich und unlebendig werden lassen würde. Dazu würden die oftmals ungünstigen Arbeitszeiten (abends und samstags), um den berufstätigen Patienten entgegenzukommen, dazu führen, dass der Raum für das Familienleben aber auch für Freizeitverhalten eingengt sei. Dazu würde ein höherer Druck für die Familien von Psychotherapeuten bestehen, zu beweisen, dass sie in der Lage sind, ihre Partnerschaft und Familie auf eine positive Weise zu gestalten.

Gerade das Verhältnis zu den Kindern bzw. deren Entwicklung sei durch eine öffentliche soziale Erwartungshaltung charakterisiert, die an den Spruch „Pfarrers Vieh und Lehrers Kind lernen selten oder nie“ erinnern. So beschreibt Buddeberg-Fischer, dass Psychotherapeuten in ihrer Erziehungshaltung und ihrem Erziehungserfolg besonders kritischen Blicken ausgesetzt seien. So würde auch die Gefahr bestehen, dass die Beziehungsgestaltung zu ihren Kindern oftmals in einer Mischung aus der fachlichen Perspektive und der elterlichen Position erfolge.

Eva Jaeggi stellt in ihrer Monografie über Psychotherapie akzentuierte Haltungen und Verhaltensweisen von Psychotherapeuten dar und beschreibt, dass gerade für Psychoanalytiker ein hohes Ausmaß an Druck bestehen würde, auch im Privatleben intellektuell-reflektierte aber auch sozial distanzierende Verhaltensweisen zu zeigen. Diese würden einerseits einen Ausdruck von Selbstdefinition der Psychoanalytischen Gemeinden darstellen und zum anderen den Erwartungen von Mitgliedern und Kandidaten der psychoanalytischen Verbände entsprechen. Sie weist in diesen Abschnitten – am Beispiel des Verhaltens von Psychotherapeuten auf Kongressfesten – insbesondere auch darauf hin, dass sich zwischen Psychotherapeuten unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtungen große Unterschiede in Bezug auf ihre Authentizität und Spontaneität finden würden. Auch hier seien es die Psychoanalytiker, die aufgrund ihrer Identifikationen mit einem bestimmten „Therapeutenbild“ eine Aura von elitären, künstlichen und Nichtpsychoanalytiker ausgrenzenden Attitüden aufweisen würden.

10.5.3 Reputationsverlust

Aber auch die Reputation, der Einfluss und die Bedeutung, die eine Berufsdisziplin im gesellschaftlichen wie wissenschaftlichen Alltag aufweist, werden ihre Auswirkungen bzw. Nebenwirkungen auf die Mitglieder des Berufsstandes haben. Diese betreffen deren Selbstkonzept und soziale Identität. Die öffentliche Bewertung bzw. Würdigung von Psychotherapie ist m.E. nach wie vor ambivalent infolge der weiterbestehenden Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Strauß (2011) formuliert auf dem Hintergrund einer Reihe von Studien, dass Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit häufig mit negativen Charakterzügen belegt würden. Sie würden z.B. als aufdringlich, grenzüberschreitend oder undurchschaubar bzw. manipulativ beschrieben. Dazu würde immer wieder die Vermutung geäußert, dass sie selbst mehr oder weniger psychische Probleme aufweisen würden. An positiven Attributen würden ihnen Empathie oder Ausgeglichenheit zugeschrieben. Damit ist der psychotherapeutische Berufsstand wahrscheinlich in der öffentlichen Sicht und Beurteilung ambivalent bewertet. Dieses Thema ist durch von Sydow (2007) ausführlich erörtert worden. Auf der Basis unterschiedlicher Untersuchungen zum Thema der öffentlichen Rezeption der Fächer Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse stellte die Autorin fest, dass die Berufsbilder in der Öffentlichkeit nur wenig differenziert werden. Dies gilt m.E. sicherlich noch mehr für die Vielzahl an „Psychoberufen“, zu denen ja nicht nur die Psychologen oder ärztlichen Psychotherapeuten gehören, sondern auch unterschiedlichste „Psychotherapeuten“ (z.B. Heilpraktiker für Psychotherapie) und alle möglichen Berater oder Coaches mit zum Teil keiner oder einer fragwürdigen „Ausbildung“. Für den „Normalbürger“ sind diese Labels oftmals sicherlich nicht unterscheidbar. Insgesamt würden die „Psycho-Experten“ jedoch nach

von Sydow ein recht gutes soziales Ansehen in der Gesamtbevölkerung aufweisen, wobei es deutliche Unterschiede in verschiedenen Ländern geben würde. Allerdings sei das öffentliche Ansehen dieser Berufsgruppen niedriger angesiedelt als das von organmedizinisch arbeitenden Ärzten. Es zeige sich darüber hinaus eine Tendenz, dass insbesondere bei gebildeteren Schichten der Beruf des Psychotherapeuten mehr Anerkennung erfahre als der des Psychiaters. Von Interesse in unserem Zusammenhang ist auch der Befund, dass Psychotherapeuten eine positive berufliche Identität (Selbstbild) aufweisen, das Fremdbild (die Beurteilung des Berufsstandes durch die Allgemeinbevölkerung) jedoch schlechter einschätzen, als es tatsächlich ist. Sie vermuten ein Mehr an Ambivalenz und Vorurteilen seitens der Bevölkerung. Alles in Allem sprechen die Befunde nicht dafür, dass die Selbstdefinition der Psychotherapie und der Psychotherapeuten sehr kritisch ist und so bleibt auch nicht zu erwarten, dass sich über diese Perspektive relevante negative Folgen für die Mitglieder dieses Berufsstandes ergeben.

Strauß (2011) weist darauf hin, dass psychotherapeutische Themen in der letzten Zeit vermehrt in den Medien im Zusammenhang mit Traumatisierungen aufgegriffen werden. Dies gilt umso mehr für den Hype, der in den letzten drei bis vier Jahren zum Thema des Burn-out-Syndroms in der Presse wie im Fernsehen gemacht wird. Durch die Publizität, die dieses Thema aufweist, werden psychische Störungen über die Ursachenzuschreibung nach Außen (im Schwerpunkt in die Arbeitswelt) tendenziell entstigmatisiert.

Strauß (2011) befasst sich ausführlich mit der Präsentation von Psychotherapeuten bzw. Psychotherapien im Film und in Fernsehserien. Der Autor stellt fest, dass psychotherapeutische Behandlungsansätze, aber auch die Psychotherapeuten oftmals verzerrt und stereotyp dargestellt werden (dies gilt im Übrigen auch für das Internet!).

Fazit

Die Frage der Nebenwirkungen des psychotherapeutischen Berufes ist sicherlich nur eingeschränkt verallgemeinernd zu beantworten. Zu bedenken ist auch, dass Psychotherapie mittlerweile eine Domäne von Frauen darstellt. Sowohl in der Medizin wie in der Psychologie, aber auch an den Ausbildungsinstituten zum psychologischen Psychotherapeuten überwiegen die weiblichen Studierenden (siehe von Sydow 2007). Und auch in der praktischen Psychotherapie wird sich das Geschlechterverhältnis zugunsten von Frauen entwickelt haben. Dies kann bedeuten, dass zukünftig die Nebenwirkungen – die negativen wie positiven – des Berufes des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin andere Akzente aufweisen werden und Genderprobleme, wie z.B. die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Mobilität und Flexibilität einen stärkeren Einfluss auf diese Frage haben werden. Darüber hinaus ist sicherlich interessant, zu fragen, wie sich diese Hegemonie im praktischen Feld der Psychotherapie auf die wissenschaftlichen Konzepte der Psychotherapie auswirken wird. Hier gibt es jedoch eine relevante Schiefelage zwischen der Geschlechterverteilung auf der praktisch-klinischen Ebene der Psychotherapie und der wissenschaftlichen Ebene. Nach wie vor sind nahezu alle Lehrstühle im Fach der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie von Männern besetzt (zwei von Frauen); in der Psychiatrie und Psychotherapie ist das Zahlenverhältnis ähnlich; in der Klinischen Psychologie gibt es zwar einen höheren Frauenanteil aber nach wie vor eine erhebliche zahlenmäßige Dominanz der männlichen Professoren. Vielleicht drückt sich darin auch eine negative Nebenwirkung der praktischen psychotherapeutischen Tätigkeit aus. Männer entziehen sich der anstrengenden Praxis und verbleiben in den weniger „zehrenden“ wissenschaftlichen Positionen?

Nebenwirkungen – auch bei Medikamenten oder anderen medizinischen Maßnahmen – müssen jedoch nicht nur negativ sein, sondern könnten auch positive Effekte darstellen. Darüber hinaus stellen Nebenwirkungen in der Regel einen interaktionellen und komplex determinierten Effekt von therapeutischen Werten, Zielen oder Handlungen dar. Auf diesem Hintergrund verändert sich die therapeutische Beziehungsgestaltung erheblich und damit m.E. das Ausmaß an emotionaler Involviertheit des Psychotherapeuten. Und es ist auf dem Hintergrund der einschlägigen Literatur evident, dass in Abhängigkeit von der geforderten emotionalen Intensität der Aufgabe die Risiken für die psychosoziale Integrität/das Wohlbefinden der Akteure steigt. Die einzelnen Psychotherapeuten reagieren unterschiedlich auf die beruflichen Herausforderungen oder Risiken in Abhängigkeit von ihren individuellen Voraussetzungen (Verletzbarkeiten und Bewältigungsressourcen). Auf eine Darstellung etwaiger positiver „Nebenwirkungen“ des Berufes der Psychotherapie für die Profession wurde an dieser Stelle verzichtet, obschon naheliegt, dass diese prinzipiell nicht so gering sind. Der enge soziale Austausch, die Begleitung von Individuen in ihren „Tiefen und Untiefen“, die Erfahrung helfend wirken zu können, haben auch ein emotional wie kognitiv förderliches Potenzial und eine Sinnhaftigkeit, die dem Selbstbild und dem Wohlbefinden gut tun können.

Abschließend soll noch einmal gefragt werden, wie für Psychotherapeuten negative Nebenwirkungen minimiert werden können. In der Präventionsforschung werden zwei Aufgaben formuliert:

1. die Senkung von Risiken und
2. die Förderung von Ressourcen.

Literatur

- Andreatta P, Unterluggauer K (2010) Das Phänomen der sekundären Traumatisierung. In: Wagner R (Hrsg.) Traumatisierung als Berufsrisiko? Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen. 47–60. Friedrich Ebert-Stiftung Magdeburg
- Bowlby J (1995) Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Dexter Heidelberg (Orig.: 1988. A secure Base. Routledge London)
- Bronisch T (2005) Suizidalität von Psychotherapeuten. In: Kernberg O, Dulz B, Eckert J (Hrsg.) Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf. 116–122. Schattauer Stuttgart
- Buddeberg-Fischer B (1997) Familienideal und Familienrealität von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Psychotherapeut 42, 314–319
- Cierpka M (1997) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und ihr Beruf. Psychotherapeut 42, 267–268
- Daniels J (2008) Sekundäre Traumatisierung. Interviewstudie zu berufsbedingten Belastungen von Therapeuten. Psychotherapeut 53, 100–107
- Eckert J (2008) Bindung von Psychotherapeuten. In: Strauß B (Hrsg.) Bindung und Psychopathologie. Klett-Cotta Stuttgart
- Eckert J (2012) Über Risiken und Nebenwirkungen des Psychotherapeutenberufes. Die Psychodynamische Psychotherapie 11, 28–37
- Eichenberg C, Brähler E (2008) Beruf „Psychotherapeut“: Motivation zur und Zufriedenheit mit der Berufswahl. Psychother Psych Med 58, 265–268
- Eichenberg C, Müller K (2007) Curriculare Gestaltung überdenken. Deutsches Ärzteblatt 10, 456–457
- Fengler J (2002) Burnout. In: Märzens M, Petzold H (Hrsg.) Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Matthias-Grünewald Mainz
- Fiedler P (2006) Stalking: Opfer, Täter, Prävention, Behandlung. Beltz-PVU Weinheim
- Freudenberger HJ (1981) Ausgebrannt. Die Krise der Erfolgreichen. Gefahren erkennen und vermeiden. Kindler München
- Glaesmer H, Spangenberg L, Sonntag A, Brähler E, Strauß B (2010) Zukünftige Psychotherapeuten? Eine Befragung deutscher Psychologiestudierender zu ihren beruflichen Plänen und der Motivation zur Berufswahl. Psychotherapeut. Psychother Psych Med 60, 462–468

- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe Göttingen
- Heffler B, Sandell R (2009) The role of learning style in choosing one's therapeutic orientation. *Psychotherapy Research* 19(3), 283–292
- Hoffman J (2006) *Stalking*. Springer Berlin
- Höger D, Buschkämper S (2002) Der Bielefelder Fragebogen zu Partnerschaftserwartungen (BFPE). Ein alternativer Vorschlag zur Operationalisierung von Bindungsmustern mittels Fragebögen. *Zeitschrift Differentielle und Diagnostische Psychologie* 23, 83–98
- Jaeggi E (2001) *Und wer therapiert die Therapeuten?* Klett-Cotta Stuttgart
- Jaeggi E, Reimer C (2008) Arbeitsbelastung und Lebenszufriedenheit von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 53, 92–99
- Kastner M (2004) Work-Life-Balance als Zukunftsthema. In: Kastner M (Hrsg.) *Die Zukunft der der Work-Life-Balance*. 1–66. Kröning Asanger
- Klauer T, Niebuhr A, Schneider W (2008) Sozialer Rückhalt und psychosomatische Beschwerden bei Studierenden des Fachs Humanmedizin. In: Brähler E, Alfermann D, Stiller J (Hrsg.) *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf*. 52–72. Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- Krammer A, Stephan A, Baranyi A, Kapfhammer H-P, Rothenhäusler H-B (2007) Auswirkungen von Stalking auf Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen. *Der Nervenarzt* 78(7), 809–817
- Mahoney MJ (1991) *Human Change Processes*. Basic Books New York
- Main M (1995) Desorganisation in der Bindung. In: Spangler G, Zimmermann P (Hrsg.) *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung*. 120–139. Klett Cotta Stuttgart
- Nord C, Höger D, Eckert D (2000) Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* 4, 76–86
- Reimer C (1997) Gefahren bei der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes. *Psychotherapeut* 42, 307–313
- Reimer C, Jurkat HB (2001) Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten. *Schweizerische Ärztezeitung* 82 (32/33), 1733–1738
- Reimer C, Jurkat HB, Vetter A, Raskin K (2005) Lebensqualität von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Eine Vergleichsuntersuchung. *Psychotherapeut* 50(2), 107–114
- Rønnestadt MH, Orlinsky DE (2006) Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. Hauptergebnisse und praktische Implikationen einer internationalen Langzeitstudie. *Psychotherapeut* 51, 271–275
- Rudolf G (2005) Symptome und Einstellungen von Psychotherapeuten. In: Kernberg OF, Dulz B, Eckert J (Hrsg.) *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. 123–132. Schattauer Stuttgart
- Rüger U (2003) Gewalt und Missbrauch in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 48, 240–246
- Schmidbauer W (2005) Burn-out in der Psychotherapie. In: Kernberg O, Dulz B, Eckert J (Hrsg.) *Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf*. 376–384. Schattauer Stuttgart
- Schneider W (2010) Arbeit und Gesundheit. *Zschrft. für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaften, Psychologische Medizin* Heft 2, 11–25
- Strauß B (2011) *In Treatment*. Öffentliche Psychotherapie in Film und Fernsehen. *Psychotherapeut* 56, 153–161
- Strauß B, Schwark B (2007) Die Bindungstheorie und ihre Relevanz für die Psychotherapie. *Psychotherapeut* 52, 405–425
- von Sydow, K (2007) Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. Ein systematischer Forschungsüberblick. *Psychotherapeut* 52(5), 322–333
- Vogel J, Barthel Y, Schwarz R (2006) Entwicklung Psychoanalytischer Praxis und Ausbildung: Warum entscheiden sich Studierende der Medizin und der klinischen Psychologie in Deutschland für oder gegen eine psychoanalytische Ausbildung? Bericht der Arbeitsgruppe 13 auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. in Dresden vom 22.–24.9.2006. Online: www.dgpt.de/dokumente/kongress2006/AG13.pdf (zuletzt abgerufen am 06.09.2012), zitiert nach Glaesmer et al 2010
- Weber A, Hörmann G (2007) *Psychosoziale Gesundheit im Beruf – Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft*. Gentner Verlag Stuttgart