

Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten

C. Reimer, H. B. Jurkat

Ärztinnen und Ärzte sind, wie repräsentative Umfragen in der Bevölkerung immer wieder zeigen, hoch angesehen und geniessen ein hohes Sozialprestige. 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, ist nur wenig bekannt. Innerhalb der einschlägigen medizinischen Fachliteratur beschäftigt man sich erst allmählich und noch vorsichtig mit den Stressoren in den Heilberufen, so u.a. Heim [1] und Fengler [2].

Im angloamerikanischen Sprachraum gibt es schon seit fast 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 immer wieder auf gesundheitliche Risiken durch Alkohol und/oder Medikamentenabusus hingewiesen, aber auch auf eine im Vergleich zu anderen Berufsgruppen und zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöhte Suizidrate.

Immer wieder hingewiesen wird auch auf eine besondere Belastung der Partnerschaften bzw. Ehen von Helfern, in der Regel am Beispiel von Ärzten. Da aber in den entsprechenden Untersuchungen durchgängig Kontrollgruppen fehlen, gibt es bisher keine wissenschaftlich gesicherten Belege dafür, dass Partnerschaften von Helfern bzw. Ärzten schwieriger sind als solche in vergleichbaren Berufsgruppen.

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. Grössere empirische Untersuchungen zu

Problemen der Lebensqualität in den Heilberufen gibt es im deutschsprachigen Raum – am Beispiel von Ärzten – erst seit einigen Jahren (z.B. [3, 4]).

Wie steht es um die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten? Insgesamt ist die empirische Literatur dazu spärlich. Es gibt einige Angaben zur Suizidhäufigkeit: Psychiater, die häufig auch Psychotherapeuten sind, rangieren innerhalb der Berufsgruppen auf Platz 1 vor den Anästhesisten auf Platz 2 (u.a. [5–7]).

Wie könnte ein so eindeutiger Befund zu erklären sein? Möglicherweise als Ausdruck einer depressiven Persönlichkeitsstruktur oder anderer Störungsanteile, die für eine solche Berufswahl prädestinieren könnten. Bedacht werden muss auch, dass narzisstische Gratifikationen, die sich aus Heilungserfolgen ergeben können, im Bereich der Psychiatrie und auch der Psychotherapie in der Regel eher bescheiden ausfallen, so dass narzisstische Bedürfnisse hier eher frustriert werden.

Nach Zur [8] sind ähnliche Trends hinsichtlich der Suizidalität für Psychologen und nach Black [6] zumindest auch für Psychologinnen erkennbar. Bedacht werden muss bei diesen Befunden, dass Suizidalität natürlich indirekt auch etwas über das Ausmass an Depressivität aussagt.

Generell fällt übrigens bei Sichtung der themenbezogenen Literatur auf, dass bei psychologischen Psychotherapeuten kaum Tendenzen bestehen, Aspekte ihrer eigenen Lebensqualität wissenschaftlich zu untersuchen.

Zur untersuchte die Auswirkungen der psychotherapeutischen Arbeit auf das persönliche und familiäre Leben von Psychotherapeuten [8]. 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 eher von Vorteil für das familiäre Zusammenleben sind.

Der Autor beschreibt zunächst als möglichen Problembereich der psychotherapeutischen Arbeit die Isolation, die durch den Therapierahmen vorgegeben werde; diese Isolation könne zu Erschöpfung führen. Dazu beitragen könnten auch bestimmte Verhaltensweisen von Patienten, wie z.B. die Äusserung von Selbstmordabsichten oder 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, die Verwendung von psychologischem Jargon, Labeln und Diagnosen sowie die emotionale Erschöpfung und die Eifersucht der Angehörigen auf die Aufmerksamkeit, die den Patienten, aber nicht

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. C. Reimer
Justus-Liebig-Universität
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie
Friedrichstrasse 33
D-35392 Giessen
E-mail: christian.reimer@psycho.med.uni-giessen.de

ihnen entgegengebracht wird, negative Konsequenzen für das Familienleben haben. Jedoch stünden 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.

Belastungen bei der psychotherapeutischen Arbeit

In keinem anderen Fach innerhalb der medizinischen Disziplinen werden an die Persönlichkeit des Therapeuten und insbesondere an seine Integrität so hohe Anforderungen gestellt wie im Bereich der Psychotherapie. Zwar müssen unsere organmedizinisch tätigen Kollegen auch ihre therapeutische Kunst beherrschen und durch Aktualisierung ihres Wissens immer wieder adaptieren. Aber sie sind bei weitem nicht in dem Mass persönlich, emotional gefordert wie Psychotherapeuten.

Was ist gemeint? Psychiater und Psychotherapeuten sind anhaltend allen Qualitäten seelischen Leidens ihrer Patienten ausgesetzt, müssen diese wahrnehmen, annehmen, aushalten und mit Geduld einer Bearbeitung zugänglich machen. Das setzt auf seiten des Therapeuten voraus, dass er professionell souverän und selbst in einer psychischen und physischen Verfassung ist, die eine relative Ausgewogenheit, ein sicheres Ruhen in sich selbst gewährleistet. Ein so gesunder und stabiler Psychotherapeut könnte seine therapeutische Kunst «nach bestem Wissen und Gewissen» [9] ausüben und seinem Patienten Gewähr dafür leisten, dass er seine Macht und die Abhängigkeit von ihm und seinen Hilfsangeboten nicht missbraucht.

Eine so anhaltend positive psychische Balance ist aber u.U. 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 macht das Spezifische der psychotherapeutischen Arbeit im Vergleich mit der in anderen Fachdisziplinen 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 u.v.a.m. Was macht all das mit uns, die wir von unserer Professionalität her verpflichtet sind, geduldig zuzuhören, aufzunehmen, anzunehmen, zu verstehen, zu akzeptieren, standzuhalten, konstruktiv zu bleiben, zu containen und so fort?

Jeder, der im Bereich der psychologischen Medizin arbeitet, weiss aus eigener Erfahrung, wie belastend die Therapeut-Patient-Beziehung hier sein kann, z. B. durch

- die ständige Bedrohung der Grenzen und Integrität des Psychotherapeuten durch grenzgestörte Patienten;
- die Verpflichtung, ein liebevolles, tragfähiges Arbeitsbündnis auch gegen innere und äussere Widerstände aufrechtzuerhalten;
- die Konfrontation mit eigenen Erinnerungen und unangenehmen biographischen Details, die durch die Auseinandersetzung mit der Biographie von Patienten ausgelöst werden können;
- dadurch auch immer wieder ein Erkennen zumindest streckenweiser Gemeinsamkeiten mit den Patienten und daraus resultierender Affekte;
- relativ wenige Erfolgserlebnisse in der Therapie, zumindest im Hinblick auf Heilung, und daraus resultierende Enttäuschungen und Kränkungen bis hin zu resignativen, pessimistischen Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Patienten.

Sicher liesse sich diese Liste noch komplettieren. Im folgenden soll darauf hingewiesen werden, welche Konsequenzen diese Belastungen für die Therapeut-Patient-Beziehung in der Psychiatrie und Psychotherapie haben können.

Eine kurze Vorbemerkung dazu: 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 Dienstschluss gedanklich, in Gesprächen oder auch in Träumen mit Patienten und ihren Problemen weiterbeschäftigt. 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 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 Psychiater und 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 sowie Schlafstörungen. Nicht ohne Grund hat Fengler seinem Buch über die Analyse und Bewältigung von «Burnout» und beruflicher Deformation den Titel «Helfen macht müde» gegeben.

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. Solche Affekte lassen sich häufig gegenüber solchen Patienten beobachten, die sich den Wirkmöglichkeiten des Therapeuten zu entziehen scheinen und die dadurch bei ihm Gefühle von Frustration, Angst, Ablehnung u.a.m. provozieren. Beispielhaft dafür seien nur Sucht- und Suizidpatienten genannt, aber auch die sogenannten Vorwurfspatienten, deren nicht enden wollenden 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 jüngster Zeit hat Strupp in Resümierung von Psychotherapie-Ergebnisstudien darauf hingewiesen, dass immer wieder festzustellen gewesen sei, dass auch sehr erfahrene, langjährig tätige Psychotherapeuten Schwierigkeiten hätten, mit Feindseligkeit, und zwar sowohl auf seiten des Patienten, aber auch auf seiten 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» [10].

Diese Aussage von Strupp könnte zunächst einmal verwundern, da die Bandbreite latent oder offen geäussert Feindseligkeiten in psychotherapeutischen Behandlungen bekanntlich gross ist. In besonderer Weise haben Psychotherapeuten mit der Problematik von Feindseligkeit und Hass bei Patienten mit folgenden Störungen zu rechnen:

- narzisstischen Persönlichkeitsstörungen;
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen;
- Suizidalität, insbesondere auch chronischer Suizidalität;
- Depressivität mit der darin enthaltenen, häufig latenten Feindseligkeit;
- Zwangssyndromen;
- autoaggressiven Krankheitsbildern (z.B. Artefakt-Syndrom, Masochismus, Sucht, Essstörungen).

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 damit rechnen, sondern adäquat damit umgehen können müssen, was aber wohl, wie z.B. die Supervisionspraxis zeigt, oft eine schwere Übung ist.

Erwähnt werden soll noch zum Thema der Feindseligkeit die nicht zu kleine Gruppe von Patienten, die sich aus unterschiedlichen psychodynamischen Gründen, die hier nicht im einzelnen aufgeführt werden können, durch die Psychotherapie vorübergehend oder länger anhaltend nicht wesentlich oder gar nicht verändern können im Sinne einer Besserung ihrer Beschwerden und ihres Lebensgefühls. Diese

Patienten werden ihren Therapeuten leicht zuviel, sie nerven, man freut sich über Stundenabsagen, denkt an vorzeitige Beendigung der Therapie oder an Überweisung zu einem Fachkollegen einer anderen «Schule».

Persönliche Probleme von Psychiatern und Psychotherapeuten

Es ist anzunehmen, dass sich ganz bestimmte Persönlichkeiten zum Beruf des Psychiaters/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) kann gut von sich selbst ablenken. Andererseits können natürlich biographische Problemkonstellationen und das Wissen um die Hintergründe auch dazu führen, dass sich «Mitgefühl und Hilfsbereitschaft entwickeln können» [11].

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, was in verschiedenen Fachgesellschaften zur Formulierung und Verabschiedung von Ethikrichtlinien geführt hat (u.a. [12]).

Wie auch bei Ärzten im allgemeinen könnten wir vermuten, dass zumindest eine Reihe derer, die Psychotherapie als Beruf wählen, «verwundete Heiler» [13] mit einem hohen Potential 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 massiverer 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 einen 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, das – vermeintlich – einverständliche Miteinander stören. Für Patienten ist das insofern katastrophal, als sie wieder auf ihren biographisch begründeten Feindseligkeits- und Hassgefühlen sitzenbleiben und Liebes- bzw. Aufmerksamkeitsentzug zu erwarten haben, so

wie sie es auch schon in ihrer Kindheit erfahren haben.

Zur Gewichtung und Bedeutung der Lebenszufriedenheit des Psychiaters/Psychotherapeuten ist zu bedenken, dass es einen erheblichen Unterschied macht, ob der Therapeut ausserhalb der therapeutischen Beziehung eine befriedigende Liebesbeziehung hat, oder ob er den Wunsch hat, sich zu verlieben bzw. Liebe zu finden. Wenn also Liebe momentan nicht zum Aussenleben des Psychotherapeuten gehört, steigt die Gefahr, dass er sie in der Therapie sucht.

Hinzu kommt, dass auch Psychiater und Psychotherapeuten akute oder chronische Lebenskrisen haben können, die sich z.B. in einem Mangel an sozialen Kontakten, in Vereinsamung und in Zuständen erhöhter Verletzbarkeit, z.B. nach Trennungen, manifestieren. In solchen Lebenssituationen kann die persönliche Problematik des Therapeuten, sein Mangel an Lebensqualität in die Therapie hineinwirken und dann im beschriebenen Sinne den Therapieprozess stören.

Überlegungen zu Prävention und Psychohygiene

Es wäre eine Utopie zu fordern oder vorauszusetzen, dass Psychiater und Psychotherapeuten immer souverän, in gleichbleibender Distanz und mit bestmöglicher Empathie die komplizierten Beziehungsstrukturen mit ihren Patienten handhaben können.

Ebenso utopisch wäre es zu fordern, dass sie stets in sich ruhende, psychisch ausbalancierte Menschen mit einem sehr hohen Mass an Lebensqualität sein müssten. Andererseits könnte man mit einer gewissen Berechtigung aber auch hoffen, dass sie aufgrund ihres Wissens über sich selbst und ihrer Selbsterfahrung zufriedener und glücklicher leben als manche andere, so dass Arbeit und Liebe ein ausgewogenes, gesundes Verhältnis in ihrem Leben gefunden haben.

In jedem Fall kann sich unser Berufsstand die Diskussion nicht ersparen, dass und wie es zu problematischen Interaktionen mit Patienten kommen kann, durch die diesen Schaden zugefügt wird. Zu überlegen ist, wie berufsspezifischen Belastungen und daraus resultierenden Gefahren für Therapeut und/oder Patient sinnvoll begegnet werden kann.

Zunächst sind die Curricula psychotherapeutischer Weiterbildungsinstitutionen dringend ergänzungsbedürftig. Zu Recht weisen Heigl-Evers und Heigl darauf hin, dass es in der psychologischen Medizin selbstverständlich sein sollte, «den psychischen Apparat des Psychotherapeuten instand zu halten und zu pflegen, um dessen therapeutische Kompetenz zu erhalten und zu verbessern» [14]. Die Frage ist allerdings, ob Lehrpsychotherapie bzw. -analyse und Supervision dazu ausreichen. Untersuchungen zur Qualität bzw. Effizienz von Selbsterfahrung und Supervision sind bisher von der Forschung vernachlässigt worden. Die sehr deutlichen Berichte, die wenige Mutige über Probleme ihrer Selbsterfahrung publiziert haben (z.B. [15]), haben die psychotherapeutische Zunft offensichtlich nur wenig beeindruckt. Meist haben sie eine Pathologisierung der

Verfasser nach sich gezogen. Eine unglücklich oder zumindest nicht befriedigend verlaufene Selbsterfahrung scheint nicht selten zu sein. Bei solchen Ausgängen bleibt auch ein zukünftiger Therapeut auf seinen wesentlichen Lebensproblemen sitzen und braucht sehr viel Anstrengung und Mut, es später noch ein zweites Mal in der Hoffnung auf einen besseren Ausgang zu versuchen.

Wenn auch der Wert der Selbsterfahrung nicht von allen Psychotherapieschulen gleichermaßen hoch eingeschätzt wird – so weist Margraf auf die Tatsache hin, dass für die von vielen Psychotherapieausbildungen und -verbänden zwingend vorgeschriebene eigene (aufwendige und teure) «Lehrtherapie» in Jahrzehnten der Forschung eindeutig kein positiver Einfluss auf den Therapieerfolg nachgewiesen werden konnte [16] –, kann man doch die vage Hoffnung haben, dass die wesentlichen Lebensprobleme künftiger Psychotherapeuten in ihrer Lehrtherapie einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden können, damit sie ihren künftigen Patienten störungsfreier begegnen. Sicher kann Selbsterfahrung in vielen Fällen hilfreich sein. Allerdings ist zu bedenken, dass zumindest ein Teil der Missbrauchsproblematik durch die Selbsterfahrung initiiert worden sein kann: Gemeint ist z.B. der sehr problematische Umgang von Lehrtherapeuten gegenüber ihren Kandidaten im Hinblick auf Urlaubsregelungen und Finanzgebaren.

Sieht man aber von eher unglücklich verlaufenen Selbsterfahrungen im Sinne von Lehrtherapien ab, bleibt festzuhalten, dass ethische Fragen und Probleme, die sich aus psychotherapeutischen Behandlungen ergeben, bisher kaum regelhaft vermittelt werden. Es wäre daher sinnvoll, Ethikseminare im Rahmen psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildung anzubieten, in denen es um Vermittlung von Wissen und um offene, angstfreie Diskussion ethischer Probleme gehen muss.

Themen solcher Ethikseminare könnten z.B. sein: berufliche Belastungen von Psychotherapeuten und Prävention dieser Belastungen; ethische Probleme des Umgangs mit schwierig erscheinenden Patienten; die Rahmenbedingungen psychotherapeutischer Arbeit unter ethischen Aspekten; Prävention von Missbrauchstendenzen.

Es ist erstaunlich, wie wenig in psychotherapeutischen Weiterbildungsinstitutionen überhaupt über ethische Fragen diskutiert wird. Dabei zeigt sich gerade an der Bedeutung, die Missbrauchsprobleme mit Patienten haben, wie dringend notwendig solche Diskussionen sind.

Zu diskutieren wäre auch, ob die ständige Arbeit in einem «Beziehungsgeflecht komplizierter Subjektivität» [17] nicht nach sich ziehen müsste, dass Psychotherapeuten in bestimmten Zeitabständen ihre Selbsterfahrung ergänzen (Selbsterfahrung nach Abschluss der Weiterbildung in Tranchen). Dieses könnte präventive Wirkungen im Sinne einer Sorge für die eigene Psychohygiene haben und damit auch als ein möglicher Aspekt von Qualitätssicherung psychotherapeutischer Arbeit gesehen werden.

Hierüber müssten nicht nur die Therapeuten selbst, sondern auch ihre Berufsverbände und Ausbildungsinstitute nachdenken. Die Widerstände, die eine solche – wie wir meinen: berechnete – Forderung provozieren würde, sind unschwer zu erraten: Die Ausbildung war häufig lang, emotional (und finanziell!) aufwendig und voller Abhängigkeiten. Am Ende steht der «fertige» Psychotherapeut, auf dessen konsequente Nach- und Weiterreife man dann hoffen muss. Geben wir uns wirklich eine Blöße, wenn wir zugeben, dass auch noch nach Abschluss der Weiterbildung kontinuierliche professionelle Unterstützung hilfreich und sinnvoll ist?

Leichter vorstellbar ist vielen Psychotherapeuten offensichtlich die Etablierung von *Intervision* als freiwillige psychohygienische und qualitätssichernde Massnahme. Vorteile dieser Form von gegenseitiger Supervision sind: Der Wegfall hierarchischer Strukturen und finanzieller Aufwendungen, dadurch Minimierung von Abhängigkeiten und eine offene Atmosphäre innerhalb einer Kollegengruppe, mit der man sich soweit gut versteht, dass man Vertrauen haben und sich öffnen kann. Insofern ist die Intervision in besonderer Weise dazu geeignet, Psychotherapeuten Hilfestellung und kollegiale Unterstützung bei ihrer Arbeit zu geben. Eine solche Massnahme sollte nach Abschluss der eigenen Weiterbildung verpflichtend berufsbegleitend gefördert werden. Nach Kenntnis des Autors ist eine solche Forderung lediglich bei den Gesprächspsychotherapeuten verwirklicht.

Welche Hilfsmöglichkeiten gibt es, wenn Psychiater/Psychotherapeuten für sich und/oder für Probleme, die aus der Arbeit mit ihren Patienten resultieren, Hilfe benötigen? Sie müssen hierzulande auf ihre eigenen Ressourcen zurückgreifen, indem sie entweder ihre derzeitige Hilfsbedürftigkeit vor sich selbst verleugnen oder sie sehen, Hilfe aber nicht aufsuchen. Die Berufsverbände lassen sie diesbezüglich auch allein, denn Anlaufstellen für gefährdete, hilfsbedürftige Therapeuten gibt es nicht.

Die Situation in den USA stellt sich anders dar, dort gibt es nach Brooke praktisch in allen Bundesstaaten ein «impaired physician»-Programm [18]: Es werden in verschiedenen Organisationsformen Diskussionen und Kurse über Stressmanagement im Beruf, über ethisches Verhalten, über Umgang mit menschlichen Problemsituationen angeboten. Selbsthilfeorganisationen (z.B. «psychologists helping psychologists») ergänzen dieses Angebot. Allen gemeinsam ist die nicht abweisbare Erfahrung, dass die Tatsache, Helfer zu sein, einen Menschen in einen hohen emotionalen Stresslevel und damit auch in eine chronische Dauerbelastung der privaten Beziehungen, insbesondere der Partnerschaft, führen kann. Aufgrund dieses Erkenntnis wird der Fokus auf Prävention gelegt.

Angesichts der anhaltenden Konfrontation mit einer psychisch gestörten Klientel ist zur *Psychohygiene von Psychiatern und Psychotherapeuten* zu sagen, dass die Prinzipien einer gesunden Lebens-

führung mit genügend Zeit für Entspannung zu beachten sind. Das schliesst die Pflege und Förderung nicht berufsbezogener Aktivitäten (Partnerschaft, Freundschaften, Hobbies und andere Leidenschaften) ein. Psychische Gesundheit des Psychotherapeuten setzt auch die Fähigkeit zu Distanz und zu klaren Grenzziehungen voraus. Wer damit Schwierigkeiten hat, wird sich von den Patienten und ihren oft vielfältigen Wünschen nie eindeutig lösen können. Distanz und Grenzen können seitens des Psychotherapeuten neben dem, was er an liebevoller empathischer Aufmerksamkeit und realer Hilfe geben kann, nur dann angemessen wirken, wenn der Umgang mit Patienten nicht als wesentlichster Inhalt des Lebenssinns angesehen wird.

Solchen Gefahren könnten Therapeuten vorbeugen, wenn sie sich um die Organisation eines guten, zufriedenstellenden Privatlebens mit Partnern und Freunden bemühen. Dies bedeutet, dass sie selbst aktiv für ihre Lebensqualität sorgen müssen! So wäre ein psychisch gesunder Psychotherapeut einer, dessen Lebensqualität die Fähigkeit ausmacht, zwischen Arbeit und Liebe ein angemessenes Gleichgewicht herzustellen.

Empirische Schlussbemerkung

In einer kleineren Substichprobe von ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiatern ergab sich eine durchschnittliche Arbeitszeit von 46 Stunden im Vergleich zu 54,3 Stunden als Durchschnittswert einer repräsentativen Ärztstichprobe aller Fachgebiete. Eine ähnlich hohe wöchentliche Arbeitszeit von niedergelassenen Psychotherapeuten (sowohl ärztlicher als auch psychologischer, die sich in der Arbeitszeit nicht unterschieden) wurde von Bowe festgestellt. Das durchschnittliche Einkommen der niedergelassenen Psychotherapeuten lag jedoch erheblich niedriger als das der anderen Ärzte [19]. Betrachtet man die empirischen Ergebnisse zu den einzelnen Variablen unseres Fragebogens zur Lebensqualität von Ärztinnen und Ärzten, ergibt sich folgendes: Eine sehr hohe allgemeine Lebenszufriedenheit geben 61,5% der ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiater im Vergleich zu 45,1% aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte an. Während sich bei den Ärzten im allgemeinen deutlich mehr Mediziner aufgrund ihres Lebensstils in ihrer Gesundheit beeinträchtigt fühlen, ist das Verhältnis bei den ärztlichen Psychotherapeuten eher ausgewogen, d.h., ähnlich viele fühlen sich durch ihren Lebensstil in ihrer Gesundheit beeinträchtigt bzw. gefördert.

Somit scheint zwar die Lebensqualität von Psychotherapeuten etwas niedriger zu sein als sie aufgrund deren beruflicher Vorbildung hätte sein können; die Lebensqualität insgesamt scheint jedoch im allgemeinen höher als die von allen berufstätigen Medizern im Durchschnitt [20] zu sein.

Literatur

- 1 Heim E. Stressoren der Heilberufe. Tragen Frauen die grösseren Gesundheitsrisiken? *Z Psychosom Med* 1992;38:207-26.
- 2 Fengler J. Helfen macht müde: Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. München: J. Pfeiffer; 1999.
- 3 Reimer C, Jurkat H. Lebensqualität von Ärzten: Pessimismus macht sich breit. *Dtsch Ärzteblatt* 1996;93:A-1022-4.
- 4 Stern K. Ende eines Traumberufes? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten. Münster: Waxmann; 1996.
- 5 Arnetz BB, Hörte LG, Hedberg A, Theorell T, Allander E, Malker H. Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psych Scand* 1987;75:139-43.
- 6 Black D. When physicians commit suicide. *Iowa Med* 1992;2:58-62.
- 7 Lindeman S, Läärä E, Hakko H, Lönnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psych* 1996;168:274-9.
- 8 Zur O. Psychotherapists and their families: The effect of clinical practice on individual and family dynamics. *Psychother Priv Pract* 1994;13(1):69-96.
- 9 Rauchfleisch U. Nach bestem Wissen und Gewissen. Die ethische Verantwortung in Psychologie und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1982.
- 10 Strupp HH. Ein zeitgemässer Blick auf die psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut* 2000;45:1-9.
- 11 von Rad M. Psychotherapie als Beruf. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1996;46:83-9.
- 12 Reimer C. Ethik der Psychotherapie. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E. *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Heidelberg: Springer; 2000. S. 652-70.
- 13 Gathmann P, Semrau-Lininger C. Der verwundete Arzt. Ein Psychogramm des Heilberufes. München: Kösel; 1996.
- 14 Heigl-Evers A, Heigl F. Ethik in der Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1989;39:68-74.
- 15 von Drigalski D. *Blumen auf Granit*. Frankfurt am Main: Ullstein; 1991.
- 16 Margraf J. Rezension. *Psychotherapeut* 1997;42:126-7.
- 17 Reimer C. Lebensqualität von Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 1994;39:73-8.
- 18 Brooke D. Impairment in the medical and legal professions. *J Psychosom Res* 1997;43:27-34.
- 19 Bowe N. Anhaltende Honorarmisere und ihre Folgen. Qualitätsverlust in der psychotherapeutischen Versorgung und wachsende Existenzbedrohung bei den Psychotherapeuten. *Psychotherapeut* 1999;4:251-6.
- 20 Jurkat H, Weimann S, Reimer C. Arbeitsbelastung, Gesundheit und Lebenszufriedenheit von Internisten. *Internist* 1997;4:381-6.