

## Über Mitgefühl – ein common factor in der Psychotherapie traumatisierter Menschen?<sup>1</sup>

Luise Reddemann

### Ein Blick zurück

Jerome Frank hat schon in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts die Frage gestellt, ob Hoffnung ein Element jeder Psychotherapie sei (Frank & Frank 1991). Ähnlich frage ich nach achtsamem Mitgefühl als einem Element jeder Psychotherapie.

Zur Beschäftigung mit Mitgefühl fühlte ich mich von dem Moment an besonders herausgefordert, als ich Anfang 1985 die Leitung einer psychosomatischen Klinik übernahm. Vielleicht können sich die Jüngeren unter Ihnen nur noch schwer vorstellen, dass es damals gang und gäbe war, PatientInnen, die von sexualisierter Gewalt zu berichten versuchten, mit dem Hinweis abzuwürgen: „Das haben Sie doch sicher selbst gewollt“. Später komme ich auf Freundlichkeit zu sprechen. Sie werden mir sicher zustimmen, dass das unfreundlich und wohl auch respektlos war.

Sie können sich vielleicht auch nicht vorstellen, wie wenig zu jener Zeit, ich spreche von den 1980er Jahren, Traumafolgen in Deutschland Interesse fanden, wenn Sie sich die heutige Fülle an Literatur und die vielen Institute dazu ansehen. Pierre Janet war in Deutschland zu jener Zeit so gut wie nicht bekannt, vermutlich nicht zuletzt, weil Freud ihn abgelehnt hatte und weil er stets an der Vorstellung festgehalten hat, dass seelische Erkrankungen mit Traumatisierungen in Zusammenhang standen, vornehmlich sexualisierte Gewalt, also einem beziehungs-schädigenden Verhalten, das jegliches Vertrauen für die Betroffenen infrage stellt (siehe Heim 2017). Was dann wiederum für uns in der Behandlung zu einer großen Herausforderung wird.

Erst von Onno van der Hart, einem profunden Kenner der Arbeiten Janets, lernte ich Anfang der 90er Jahre etwas über Stabilisierung und dass wir schwer traumatisierten Menschen Möglichkeiten zur Orientierung in ihrem inneren Chaos anbieten sollten, sie gegebenenfalls auch einzuladen, ihr äußeres Chaos zu ordnen (van der Hart 2008). Das ist aus meiner heutigen Sicht eine mitfühlende Intervention, bei der es darum geht, Leiden zu mildern. Im Rahmen der Forschung zu *common factors* wird die Notwendigkeit betont, dass wir klare Strukturen anbieten sollten, weil es für den Patienten sonst keine Orientierung gibt. Das hatte ich nicht gelernt. Heute weiß ich, wie wichtig das ist.

Was ich von Onno von der Hart vor allem lernte war, die PatientInnen in ihrer Instabilität besser zu verstehen und dass erst durch ein tiefes Verstehen Mitgefühl möglich wurde – ein Verstehen, das ich so bis dahin (ich spreche von Ende der 80er und Beginn der 90er Jahre) noch nicht kennengelernt hatte. Mitgefühl setzt Verstehen und Empathie voraus. Wir können in die Irre gehen und sogar unsere Empathie kann uns täuschen, wenn wir nicht verstehen – und uns das womöglich nicht eingestehen.

Mir ging es von Beginn meiner Tätigkeit als Ärztin um ein Sorgend-sein und ich empfand daher viele gängige Parameter der mir vermittelten Psychoanalyse in den 1970er und 80er Jahren als schwierig. Heute wird, wie Sie ja wissen, vieles anerkannt, ja, ist selbstverständlich geworden, was einige Pioniere entworfen und empfohlen haben, die dafür den Preis eines Außenseiterdaseins in Kauf nehmen mussten und deshalb möglicherweise sogar bis heute nicht immer ausreichend gewürdigt werden. Ich denke da vor allem an Sandor Ferenczi<sup>2</sup> und Heinz Kohut<sup>3</sup>, denen es um Liebe ging. Was sie forderten, würde ich eher als Mitgefühl und Freundlichkeit beschreiben.

Noch einmal zurück zu meiner beruflichen Entwicklung: 1970 begann ich meine Ausbildung zur Psychiaterin und viele Kolleginnen und Kollegen, die sich damals in der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie und im Mannheimer Kreis<sup>4</sup> zusammenschlossen, gaben mir persönlich und in meiner Arbeit mitfühlenden Halt. Damals wollten wir eine andere Psychiatrie, die durch die Psychiatrie-Enquete tatsächlich umgesetzt wurde. Wir haben keine Mitgefühlsübungen gemacht, aber wir haben Mitgefühl so gut wir konnten und mit viel innerem Feuer und äußerem Engagement gelebt. Heute geht es in manchen psychiatrischen Krankenhäusern wieder ähnlich zu wie vor der Reform vor 40 Jahren, außer dass PatientInnen keine Anstaltskleidung mehr tragen müssen. Müssen wir das hinnehmen? Und ist es ethisch vertretbar, dass wir es hinnehmen? Geht es da noch darum, den „PatientInnen den Vorrang“ zu geben?

Wir hatten zu jener Zeit Worte für unser Engagement, wie z. B. Gerechtigkeit und Solidarität, Würde – Begriffe, die viel mit Mitgefühl zu tun haben, weil sie einem vielleicht ohne Mitgefühl gar nicht einfallen. Diese frühen Erfahrungen halfen mir, mich später auf Achtsamkeit und Mitgefühl bewusster auszurichten.

### PatientInnen sind ExpertInnen

Für mich bedeuten die vier ethischen Prinzipien ärztlichen Handelns, nämlich des Wohltuns, des Nicht-Schadens, des Respekts vor der Autonomie und der Gerechtigkeit<sup>5</sup>, mich nicht allein einer professionellen Haltung zu verschreiben, die als Besser-

2) Siehe: <https://www.sandorferenczi.org/sandor-ferenczi/about-ferenczi/> (Zugriff 19.11.2018)

3) Siehe: [https://www.suhrkamp.de/autoren/heinz\\_kohut\\_2544.html?d\\_view=veroeffentlichungen](https://www.suhrkamp.de/autoren/heinz_kohut_2544.html?d_view=veroeffentlichungen) (Zugriff 19.11.2018)

4) Siehe: <http://www.finzen.de/pdf-dateien/02%20dgsp.pdf> (Zugriff 19.11.2018)

5) Siehe Marckmann & Jox (2013, S. 445)

1) Aktualisierte Fassung eines Vortrags, gehalten aufgrund der Einladung des Landesvorstands der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung, Hamburg am 21.11.2018 in Hamburg

wisserei erlebt werden kann, sondern stets gemeinsam mit den PatientInnen nach Entscheidungen zu suchen. Es geht mir darum, nicht zu meinen, als Ärztin wisse ich genau, was das Richtige und Gute für die Patientin ist. Es galt zu lernen, wie wichtig – vor allem für traumatisierte Menschen – ihre Würde ist, und dass ich sie nicht erneut beschädigen darf, indem ich mich über ihre Bedürfnisse nach Autonomie hinwegsetze. Ich habe gelernt, dass Therapie ein gemeinsamer Prozess des Suchens und Findens ist und dass es die PatientInnen sind, die am besten wissen, was für sie der richtige Weg ist, denn für uns alle gilt, dass es tröstlich ist, wenn wir erfahren, dass andere unsere Würde achten.

Es ging in meiner Entwicklung als Therapeutin auch darum einzusehen, dass es nicht *den* Weg gibt, dass festgelegte Behandlungspfade und Manuale zwar nützlich sein können, dass sie mir aber niemals die Verantwortung abnehmen konnten, wenn ich mich auf Komplexität und vorher nicht berechenbare Situationen einzulassen hatte. Das klingt jetzt einfach, aber ich bin mir ziemlich sicher, dass der Drang zur Besserwisserei vielen von uns, mich eingeschlossen, immer wieder zu schaffen machen kann. Das hat vielleicht auch damit zu tun, dass wir uns Sicherheit wünschen, was ja nicht illegitim ist. Von daher könnte die Annahme, ja Voraussetzung, dass die Patientin am besten weiß, was sie braucht, erleichternd sein. Was oft genug auch in der Körpermedizin gelten könnte, aber nicht gewusst werden will. Und leider lässt sich eine falsch verstandene Psychotherapie hier vom heutigen wissenschaftlichen Denken allzu sehr beeindrucken.

Psychotherapie mit schwer verletzten Menschen kann nur tastend sein. Ich bin der Meinung, dass es zu einer mitfühlenden Begleitung gehört, dass wir uns von den PatientInnen zeigen lassen, was für sie möglich und aushaltbar ist. Die Forschung zu *common factors* unterstützt diese Haltung. Dort wird hervorgehoben, dass die Patientin Expertin ihrer selbst ist, nicht wir (z. B. Hubble et al. 1999, Duncan & Miller 2000).

Ich hatte auch zu lernen, dass nicht jede Wunde vollständig heilen kann, dass es nicht für alles Lösungen gibt und nicht alles gemeistert werden kann, sondern dass wir manchmal auch mit schlecht heilenden Wunden und mit Narben weiterleben müssen und ja auf der körperlichen Ebene auch können und es akzeptieren. In der Psychotherapie wird das zu wenig bedacht, obwohl es auch auf der psychischen Ebene oft so ist; meines Erachtens zum Schaden der PatientInnen, weil ihnen zu viel Druck gemacht wird, und auch zu unserem Schaden, weil wir uns dadurch ebenfalls Druck machen. Als Ärztin fällt mir diese Einsicht vielleicht leichter, weil es in der Arbeit mit körperlich Kranken viele Erkrankungen gibt, die allenfalls gelindert werden können und die im Übrigen auch lebenslang begleitet werden müssen. Ich nenne hier als eine der bekanntesten Erkrankungen Diabetes.

Die Vorstellung, dass in der Psychotherapie und insbesondere neuerdings in der Traumatherapie immer sehr schnelle Besserungen, wenn nicht sogar Heilungen

möglich sind, wenn man nur „das Richtige“ tut, halte ich für hochproblematisch und nicht realitätsgerecht, zumindest dann nicht, wenn man sich, wie ich das seit über 30 Jahren tue, mit schwer traumatisierten Menschen befasst, also vor allem solchen, die in der Kindheit Vernachlässigung gepaart mit Gewalt und sexualisierter Gewalt erleiden mussten. Für diese Gruppe von PatientInnen gibt es übrigens keine angemessene Diagnose im ICD oder im DSM.

### Mitgefühl geht über Empathie hinaus

Extremtraumatisierte Menschen benötigen Empathie und Mitgefühl. Diese aufbringen zu können gilt natürlich für die Begegnung mit allen Menschen, jedoch sind wir bei schwer traumatisierten Menschen mehr gefordert. Es ist wichtig hervorzuheben, dass Mitgefühl über Empathie hinausgeht. Beide Begriffe werden leider häufig synonym gebraucht. Empathie ist Einfühlung und insoweit neutral. Aus Einfühlung heraus lässt sich auch Verbrecherisches tun! Sie kann sich also in Richtung Ablehnung, ja sogar Hass, entwickeln oder eben in Richtung Mitgefühl. Nach meinem Kenntnis- und Erfahrungsstand ist bei schwer belasteten Menschen Linderung und vor allem Trost das, was gebraucht wird, und ohne Mitgefühl scheint Trost nicht möglich.

Mitgefühl wird verstanden als Einfühlung und der Wunsch, Hilfreiches oder sogar Heilsames bewirken zu wollen; Heilung, Besserung oder Linderung von Beschwerden sind Ziele für jede Art von Krankenbehandlung; es handelt sich dabei nicht nur um einen Wunsch der Patientinnen an uns, sondern sogar um einen Anspruch, der sich aus unserem Sozialgesetzbuch ergibt. Bei schwer belasteten Menschen ist vollständige Heilung selten, Besserung häufiger und Linderung fast immer möglich.

Ähnlich wie Michael Eigen, einer der einflussreichsten zeitgenössischen amerikanischen Psychoanalytiker, es beschreibt, geht es mir nach 46 Jahren psychotherapeutischer Arbeit: „At the beginning I didn't know that therapy deals with unsolvable fracture. When I began practicing I thought it could be mended. Today I understand that it cannot. You can try to soften the rupture. Actually, I don't believe in therapy. Therapy is a path, a dedication, a search... The word 'Treatment' is not right as well. Inappropriate. *There are other words I like: 'to foster,' 'to encourage.'*“ (Kaniel und Eigen 2013).

Nicht unähnlich scheint sich der Züricher Psychiater Christian Scharfetter in den 90er Jahren in einem Artikel zum Thema „Eros therapeutikós“ zu äußern (Scharfetter 1993). Er spricht über die Notwendigkeit des „dienstbar Seins“. Ist so etwas heute noch denkbar oder handelt man sich da nur noch Spott ein? Was soll das denn sein Eros therapeutikós? Und dienstbar sein?

Immerhin äußerte sich ein in Deutschland führender Chirurg, Christian Friedrich Vahl, 2014 im Deutschen Ärzteblatt: „Ein guter Chirurg setzt so wenig Chirurgie wie mög-

lich ein ... Ein guter Chirurg ist nicht ein fanatischer Diener einer imaginären Göttin namens ‚Chirurgie‘..., sondern ein Mensch, der seine Meisterschaft von anderen Meistern erworben hat und diese im Dienst der Patienten mit Augenmaß einsetzt“ (Vahl 2014). Also doch noch im „Dienst der Patienten“. So denke ich, auch die Psychotherapie, egal welcher Schule, sollte keine fanatische Dienerin einer Göttin psychotherapeutische Methode X oder gar ausschließlich des Gottes der *evidence based medicine* sein, sondern ähnlich wie eben vernommen, sollte es um einen Dienst mit Augenmaß an leidenden Menschen gehen. Das ist aber mit einer allein an Evidenzbasierter Medizin orientierten Haltung nicht möglich. Warum? Weil es bei der Forschung zu evidenzbasierten Methoden immer um Gruppenvergleiche geht, niemals um einzelne Menschen<sup>6</sup>. Somit kann diese Forschung uns Orientierung geben, aber es ist dann an uns, mit der Patientin zu klären, was angebracht und hilfreich ist, immer wieder aufs Neue!

Es gibt viele Menschen, die sich eher dafür geißeln, dass sie Schmerz empfinden. Schmerz zuzulassen macht auch erneut verletzlich. Ebenso kann Mitgefühl bzw. Mitgefühl für sich selbst zunächst verletzlicher machen. Wir sollten als TherapeutInnen damit rechnen, dass mitfühlende Angebote sogar zurückgewiesen werden, und wir sollten Geduld haben. Für solche therapeutische Arbeit braucht es also eine feinfühlig-einstimmung der Therapeutin. Feinfühlig-einstimmung zu geben auf Erfahrungen, die unsere Vorstellungskraft übersteigen, kann schwierig sein, sodass es oft lange Zeit darum gehen muss zu vermitteln: Ich bin da, ich bin mit Ihnen, und bei dem zu bleiben, was die Patientin einbringt, und das heißt häufig auch Verzicht auf Deutung! (s. Des Pres 2008).

### Hilfreiche Faktoren als allgemeine Faktoren

Einige von der Forschung gefundene Faktoren können hilfreich sein. Ich zitiere aus einem Artikel von Wampold und Imel, der von der „*Society for the advancement in psychotherapy*“ mit dem Titel „What-do-we-know-about-psychotherapy-and-what-is-there-left-to-debate“ publiziert wurde (Wampold & Imel 2015). Die Zitate sind von mir übersetzt:

*„Die Forschungsergebnisse sind eindeutig: KlientInnen, nicht TherapeutInnen können am besten beurteilen, was in der Therapie hilft und was nicht. Die Implikationen sind: Wir PsychotherapeutInnen müssen viele und individuelle Wege finden, um regelmäßig, sorgfältig und systematisch klares Feedback von unseren Klienten zu erhalten. Zweitens und damit verwandt: Begegne den KlientInnen, wo er oder sie ist; anders ausgedrückt: Wir müssen als PsychotherapeutInnen nicht nur Behandlungsziele mit unseren KlientInnen aushandeln und das Verständnis unserer KlientInnen für ihre Probleme und Ziele an die erste Stelle setzen. Wir müssen auch flexibel UND*

6) Siehe Kriz (2014)

*vielstimmig genug – also gut ausgebildet in verschiedenen therapeutischen Richtungen und Settings sein – dass wir eben nicht den PatientInnen abverlangen, sich an die Behandlung anzupassen, sondern dass wir die Behandlung den KlientInnen anpassen. ... KlientInnen kommen oft mit ihrer eigenen Art des Erzählens und eigenen Ideen, was am besten zu ihnen passt und was gute Aussichten hat, dass sie damit arbeiten können und zu heilen.*

*Wir PsychotherapeutInnen sollten unseren KlientInnen so zuhören, dass wir sorgfältig deren verbales und nicht-verbales Feedback zusammentragen, nicht nur in jeder Sitzung, sondern von Moment zu Moment. Dann sind wir aufgefordert, alles zusammenzufügen, was zusammengefügt werden kann, um den KlientInnen dort zu begegnen, wo sie sind.“*

Gerade aus Sicht traumatisierter PatientInnen ist dieses „*meeting the clients where they are*“ bedeutsam und vermittelt ihnen Respekt vor ihren Lösungen.

Es gibt es eine Fülle an Literatur, die meist unter der Überschrift „*common factors*“, also allgemeine Faktoren, beschrieben wird, das meiste allerdings nur auf Englisch<sup>7</sup>. Es geht darum, dass diese allgemeinen Faktoren, die viel mit Beziehungspflege zu tun haben, wohl einen Teil des Therapieerfolgs erklären können und wie wichtig es ist, dass TherapeutInnen sich nicht nur an irgendwelchen Methoden orientieren, sondern eben an diesen *common factors*. Wobei die Forschung dazu noch lange nicht abgeschlossen ist. Ich wünsche mir z.B. Forschung zu Mitgefühl unter dem Aspekt von *common factors*, weil Mitgefühl etwas Allgemeines ist und kein Therapiespezifikum.

Im Rahmen von „dienstbar sein“ könnte es auch darum gehen, Achtsamkeit und Mitgefühl jeweils als Haltungen zur Verfügung zu haben, um leidende Menschen gut begleiten zu können. Techniken scheinen hierzu wenig geeignet, wenn die Beziehungsfaktoren außer Acht gelassen werden, denn dann geht es ja immer ums „Richtigmachen“ und sich Methoden zu unterwerfen, statt in Resonanz mit dem anderen Menschen zu sein. *Techniken sollten, so möchte ich das jetzt formulieren, dem Dienstbarseinkönnen dienen. Wenn Techniken die Herrschaft übernehmen, haben Mitgefühl und Würdeorientierung und vieles andere verloren.*

Mich hat es in den letzten Jahren weitergebracht, mich so gut wie möglich und wie es mir sinnvoll erscheint, in Richtung auf das von den Psychotherapie-ForscherInnen Empfohlene zu bewegen, wissend, dass es viele, viele Wege gibt. Was diese ForscherInnen übrigens auch sagen. Sie wissen, dass sie am Anfang eines Weges stehen, aber einiges können wir uns aus dieser Forschung sicher zum Nachdenken gönnen.

7) Eine Ausnahme ist z. B. Hubble et al. (2001). Eine differenzierte Diskussion zu den allgemeinen Therapiefaktoren findet sich in Pfammatter et al. (2012). Allerdings ist dort Mitgefühl noch nicht explizit erwähnt, jedoch Achtsamkeit (Anm. d. Red.)

Trost zu spenden verstehe ich als eine Form tätigen Mitgefühls, was aber in der Psychotherapie nicht unbedingt einen hohen Stellenwert hatte; teilweise war es regelrecht verpönt. Der Vertreter des Tröstens war Viktor Frankl, wohl nicht zuletzt aufgrund eigener Erfahrungen in Konzentrationslagern (Frankl 1977). So zu trösten, dass der andere Mensch sich gesehen fühlt, erfordert Feinfühligkeit und Einstimmung. Je schwerer ein Mensch verletzt ist, desto schwerer kann es fallen, sich einzustimmen, also Empathie aufzubringen. Es geht daneben auch darum zu lernen, sich als Tröstender auch – und vielleicht sogar zuerst! – selbst zu trösten, was viele TherapeutInnen leider nicht können. Sich vorzustellen, dass man sich selbst in den Arm nimmt und liebevoll mit sich selbst spricht, scheint vielen merkwürdig. Ich kann aber versichern, dass es hilft. Und dazu wenn möglich noch ein tröstlicher Text, eine tröstende Musik! Das kann Wunder wirken.

### **Mitgefühl als dialogisches Prinzip**

Es erscheint mir einleuchtend, dass Mitgefühl, wie es inzwischen gelehrt wird, stark vom Buddhismus beeinflusst ist, weil in buddhistischen Lehren Mitgefühl einen zentralen Platz einnimmt und – was vielleicht noch wichtiger ist – weil es eine kontemplative Praxis des Sichübens in Mitgefühl gibt. Das kann für Menschen in helfenden Berufen eine Unterstützung sein, so ist meine Erfahrung. Es geht um Üben im Stillen für sich oder auch in Gruppen und ums daraus sich ergebende Handeln (Reddemann 2016).

In dem Buch „Medizin und Mitgefühl“ schreiben ein westlicher Arzt und ein tibetischer Lehrer, der Heilkundige solle wissen, wie es sich anfühlt, krank zu sein. So sollte ich als Behandlerin „begreifen, wie schmerzhaft, beunruhigend und verunsichernd es sein kann, nicht zu wissen, was mit einem selbst passieren wird“ (Nyima & Shlim 2006, S. 53). Viele KollegInnen möchten Empfehlungen haben, wie man mit PatientInnen umgeht, und sind irritiert, wenn ich sie zur Selbsterfahrung einlade. Ansatzweise ist es möglich, sich in innere Not einzufühlen, indem man diese bei sich selbst entdeckt, wenn vielleicht auch nicht in das unermessliche Leid, das manche unserer PatientInnen mit sich tragen.

Mitgefühl ist auch ohne buddhistisch basierte Praxis möglich, weil es im Grunde genommen natürlich ist. Auch ist die Qualität von Mitgefühl teilweise in unseren Worten Barmherzigkeit und Nächstenliebe enthalten. Noch einmal Scharfetter (1993): „Therapeutische Liebe gibt Herberge in den Stürmen des Lebens, Schutzhütte, Refugium in den Erdbeben der Existenz ...“ Das ist Mitgefühl, vielleicht ein wenig überhöht, auch wenn das Wort nicht vorkommt. Der Freiburger Mediziner Giovanni Maio wird nicht müde zu erläutern, wie dringend PatientInnen Zuwendung benötigen und wie wenig ihnen mit Methoden gedient ist. Freundliche Zuwendung begünstigt Mitgefühl und umgekehrt (Maio 2015).

Shane Sinclair ist m.W. als erster forschender Kliniker mit seiner Arbeitsgruppe der Frage nachgegangen, was PatientInnen – mit schweren Krebserkrankungen – unter Mitgefühl verstehen und was sie von ihren ÄrztInnen erwarten (Sinclair et al. 2016). Es wird in seiner Studie gezeigt, dass PatientInnen erkennen können, dass es große Unterschiede bei den sie Betreuenden gibt, und sie sehr wohl sagen können, was Mitgefühl für sie bedeutet.

Ein Patient hat es auf den Punkt gebracht: Ärzte, die mitfühlend sind, kümmern sich um den ganzen Menschen und nicht nur um den Krebs. Der ganze Mensch ist ja nicht nur krank, leidet nicht nur an Symptomen, und er ist jemand, der mehr von sich versteht als alle, die ihn begleiten. Wenn wir in Krisen sind, benötigen wir vieles, nicht zuletzt, dass wir Wege finden, das Schwere und das Leichte früher oder später wenigstens gelegentlich in Balance zu bringen. Und dazu können wir beitragen, wenn wir uns einfühlen und mitfühlend handeln.

Den ganzen Menschen sehen heißt, sich auch für sein intuitives Wissen zu interessieren. Ich habe es nicht selten erlebt, dass PatientInnen, obwohl wir sie gut informiert hatten, bestimmte Interventionen abgelehnt haben. Wenn wir genauer nachgefragt und uns für die Gründe ihrer Ablehnung interessiert haben, kam immer heraus, dass dieses Zurückweichen auch vor scheinbar Sinnvollem einen Grund hatte. Wenn wir uns aber ausschließlich an Diagnosekategorien und an Manuale klammern, nehmen wir diese wichtiger als das Wissen unserer PatientInnen über sich selbst.

Der Arzt Paracelsus sprach davon, dass die Natur heilt, nicht der Arzt, der kann nach ihm nur kurieren. Natur wird hier als etwas den PatientInnen Innewohnendes verstanden. Konkretes Helfen ist etwas, das sich im Dialog mit dem Patienten „herauskristallisiert“, so sagt es Maio. Das bedeutet: Mitgefühlsübungen können uns im günstigsten Fall offener machen für dieses Dialogische, sie können uns aber nicht den Dialog abnehmen. Jede Art von manualgeleiteter Arbeit steht in der Gefahr, das Dialogische zu untergraben.

### **Mitgefühl und Haltung**

Es geht in der Arbeit mit traumatisierten Menschen um Beziehungen, sowohl alte Erfahrungen und wie sie sich ausgewirkt haben und bis heute auswirken, und um die bedeutsame Möglichkeit, neue Erfahrungen in einer anderen und hoffentlich heilsamen Beziehung zu machen. Es geht fast immer um die Frage: Wie mag es sich auswirken, wenn menschliche Beziehungen geprägt sind von Verachtung, Vernachlässigung, Gewalt und sexualisierter Gewalt, und was mag das für die psychotherapeutische Arbeit bedeuten?

Mitgefühl sei hier betrachtet als relativ komplexe Haltung und Handlung, verbunden mit freundlicher und offener Einfühlung in Leiden und dem Wunsch, Heilsames zu

bewirken und danach zu handeln. Dieses Handeln zeigt sich in der Psychotherapie an unseren Interventionen! Es lohnt sich, genau zu untersuchen, wie ich mit meinen PatientInnen spreche. Hier mag die Empfehlung hilfreich sein, das, was man sagt, immer einmal auf die „Goldwaage“ zu legen. Gelingt es mir freundlich zu sprechen, ermutigend, Hoffnung nährend, können wichtige Überlegungen sein. Und dann, wie die Forschung es empfiehlt, immer wieder Feedback zu erbitten. Verstehen Patient oder Patientin meine Worte? Wie empfindet sie diese? Die Forschung sagt nämlich, dass die Einschätzung von Therapieeffekten zwischen TherapeutInnen und PatientInnen erheblich differieren können (siehe z. B. Bachelor 2013). Da hilft dann wohl nur, häufig Feedback zu erbitten.

Es ist eine wichtige Frage, *wie* wir Mitgefühl in der Psychotherapie vermitteln können, was ja auch bedeutet, PatientInnen zu Mitgefühl mit sich selbst einladen zu können, dadurch dass sie unser Mitgefühl erfahren. Neben dem Mitgefühl mit Patienten ist es zentral, dass wir es auch für uns selbst aufbringen. Und gerade aus diesem Mitgefühl für uns selbst kann Einsicht in Schwächen und Unzulänglichkeiten erwachsen, die wiederum den Patienten zugutekommt.

Wir kommen nicht mitgefühllos auf die Welt! Aber es wird uns teilweise relativ rasch wieder abgewöhnt. Und wenn wir PsychotherapeutInnen das Glück hatten, es uns erhalten zu können, wurde es einem zumindest früher in nicht wenigen psychotherapeutischen Ausbildungen abgewöhnt. Die Psychologin Jutta Kienbaum schreibt aufgrund ihrer Forschungen zu Mitgefühl bei Kindern, dass Mitgefühl und Tröstenkönnen zerstört werden, wenn das erzieherische Verhalten sich nicht durch Wärme und liebevolle Zuwendung auszeichnet (Kienbaum 2015). Und das lässt sich leicht auf gewisse Formen der Psychotherapie übertragen.

### **Mitgefühl und der gesellschaftliche Kontext**

Ein Punkt liegt mir noch am Herzen: Man kann leider mit meditativen Praktiken vermeiden, sich mit sozialen und sozialpsychologischen Fragen auseinanderzusetzen, obwohl wir gerade hier in letzter Zeit sehr eingeladen wären, mit Mitgefühl genau hinzusehen und uns zum Handeln zu motivieren. Zu meinem Bedauern gibt es nicht zuletzt mit Hilfe der Achtsamkeitswelle und der positiven Psychologie jetzt ein „Heilmittel“, ja „Allheilmittel“, das im Medizinbetrieb gleichermaßen wie in der Betriebswissenschaft gerne verordnet wird, nämlich die Individualisierung der Probleme. Nimm du dein Leben in die Hand, übe dich in Achtsamkeit und Mitgefühl und in einer grundsätzlich positiven Einstellung und du hast keine Probleme bzw. du kannst sie alle lösen. Das mag gut klingen und ist auch nicht immer falsch, enthält aber erhebliches Missbrauchspotenzial. Es handelt sich aus Sicht der Mächtigen ganz klar um ein Unterdrückungsinstrument, aus Sicht der weniger Mächtigen und Abhängigen scheint die Antwort in die Flucht der Innerlichkeit einen gewissen Sinn zu machen (Erdheim 1984). Nur verfestigen sich leider dadurch die Verhältnisse. Darüber hinaus

lässt sich ein Mechanismus der Identifikation mit dem Aggressor gut am Sprachgebrauch ablesen. Es werden vor allem von jungen KollegInnen Worte wie Effizienz, Effektivität und Evidenz wie selbstverständlich gebraucht, ohne sie zu hinterfragen und dies, obwohl sie unter Effizienz-Effektivitäts- und Evidenzdruck leiden! Das erschüttert mich. Da wären Fragen nach der Identifikation mit dem Aggressor und ein systemisch geschulter Blick vonnöten!

Historische Gegebenheiten, die wir nicht so gerne zur Kenntnis nehmen, können mitfühlend kritisch betrachtet werden. Dazu können wir in der Geschichte bis ins 19. Jahrhundert zurückgehen, um nachzuvollziehen, dass bestimmte Methoden der Erziehung über mehr als ein Jahrhundert traumatisierend für viele waren. Das Erschreckende daran ist, es war die Mehrheit. Man nehme nur einmal den immensen Erfolg des „Struwwelpeter“ (übrigens auch in anderen Ländern, aber das soll uns hier nicht interessieren), der schon 1925 500 Auflagen erreicht hatte. Diese außerordentlich grausamen Geschichten für Kinder werden nicht besser, auch wenn man weiß, dass sie von ihrem Autor, übrigens einem Psychiater, unter anderem ironisch und sozialkritisch gemeint waren<sup>8</sup>. Dieses Buch spiegelt einen Zeitgeist der Angst, der Unterdrückung und – aus traumatherapeutischer Sicht – der Vernachlässigung wider. Vernachlässigung ist der zentrale traumatogene Faktor der frühen Kindheit. Es besteht die Gefahr, dass qua Verinnerlichung der Erziehungspraktiken der Eltern diese wieder an die nächste Generation weitergegeben werden. Denn, wie sollte ein vernachlässigtes Kind Mitgefühl lernen?

Für ein historisches und sozialpsychologisches Verständnis ist folgende Einsicht von Bedeutung: Wir können davon ausgehen, dass die sogenannten „privaten Tugenden“ sich später genau als die „Tugenden“ des politischen Untertanen erweisen. Dafür kann Heinrich Manns Roman „Der Untertan“ einen literarisch-historischen Beleg liefern<sup>9</sup>. Der Untertan verfügt über alle „Tugenden“ des autoritären Charakters und zeigt nicht das geringste Mitgefühl, sondern quält andere. Und als Kind wurde er selbst gequält und gedemütigt.

Über Generationen weitergegebene traumatisierende Erziehungspraktiken können zu einem nicht geringen Teil Gefühllosigkeit, Mangel an Mitgefühl und Kälte, Phänomene also, die uns jetzt immer noch beschäftigen, erklären. Und hier ginge es darum, zunächst jene Komponenten unseres Lebens – und ich ergänze: unserer Geschichte –, die wir für inakzeptabel – oder sogar für verachtenswert – halten, anzuschauen, auszuhalten, sie nicht zuzudecken, sondern zu betrauern. Betrauern als ein erster Schritt in Richtung aufrichtiges Mitgefühl im Umgang mit unserer Geschichte, die fast jeden in Deutschland auf die eine oder andere Weise geprägt haben mag. Tobias von der

8) Siehe <https://de.wikipedia.org/wiki/Struwwelpeter> (Zugriff 19.11.2018)

9) Siehe [https://de.wikipedia.org/wiki/Der\\_Untertan](https://de.wikipedia.org/wiki/Der_Untertan) (Zugriff 19.11.2018)

Recke bietet hierzu Aufstellungsarbeit an, die mir beim Lesen und im Gespräch mit ihm Eindruck gemacht hat (von der Recke & Wolter-Cornell 2016).

### **Freundlichkeit und Mitgefühl**

Wie finden wir zum Mitgefühl, wenn wir nicht das Glück hatten in einer warmherzigen Umgebung groß geworden zu sein? Achtsamkeitsmeditation kann ein Weg sein ebenso wie bewusste Übungen in Freundlichkeit und Mitgefühl. Tiefenstrukturen werden damit allerdings nicht immer adäquat und vor allem in heilsamer Weise erfasst, und es kann sich lohnen, Meditation mit tiefenpsychologischen und/oder humanistischen Ansätzen zu ergänzen und umgekehrt. Im Fall von psychisch kranken Menschen scheint mir dies unerlässlich ebenso wie die kritische Überprüfung aller Angebote im Hinblick auf ihre Tauglichkeit für PatientInnen. Auch hier ist es wieder erforderlich, mehr auf die PatientInnen zu hören.

Forscher benutzen nach Sinclair meist Definitionen von Mitgefühl, die von Gelehrten formuliert worden sind, indem die Perspektive des Helfers eingenommen wurde, ohne den Empfänger, also die PatientInnen, zu berücksichtigen (Sinclair et al. 2016). Es sollte daher für TherapeutInnen darum gehen, das, was sie für mitfühlend halten, mit den PatientInnen immer wieder abzugleichen. Praktisch auf den Punkt gebracht: Nicht alle Menschen schätzen es, wenn man sie umarmt, auch wenn sie in noch so großer Not sind. Mitgefühl ohne Feingefühl und die Bereitschaft sich abzustimmen mag eine schöne Idee sein, bewirkt in der Praxis wenig und riskiert sogar zu kränken.

Eine Arbeit, in der auf haltgebende, warmherzige, freundliche und mitfühlende Weise jemand Raum erhält, seine/ihre dunklen Seiten und seinen/ihren Schmerz zu erkunden und dafür nicht bestraft oder abgelehnt zu werden, sondern begleitet, so dass das Leiden hinter den dunklen Seiten erkannt werden kann, ist ein Geschenk, das PsychotherapeutInnen vieler Schulen zu geben bereit sind. Vielen Menschen, mit denen ich psychotherapeutisch gearbeitet habe, war es nicht möglich, sich alsbald dem Licht zuzuwenden, sie wollten in ihrem Schmerz und in ihrem Leid gesehen und anerkannt werden. Und sie wollten mit mir darüber sprechen und benötigten meine Bereitschaft zuzuhören, ohne dass ich sogleich ein Rezept hatte, das darüber hinausgegangen wäre.

Mitgefühl mit sich selbst als Therapeutin und der Anderen kann eine tragende Kraft sein, ohne dass der Begriff Mitgefühl jemals in der therapeutischen Begegnung verwendet, vielmehr von der Therapeutin vorgelebt wird. Lange bevor es um welche Übungen auch immer für die Patientin gehen kann. Auch aus diesem Grund empfiehlt es sich, dass TherapeutInnen intensive Eigenerfahrung mit unterschiedlichen (Übungs-)Ansätzen machen. Und dass wir uns immer wieder fragen, ob wir dem Schmerz unserer PatientInnen mit dem, was wir anbieten, auszuweichen versuchen,

weil wir unserem eigenen ausweichen möchten. Und das wiederum nicht zu tadeln, sondern als Einladung zu begreifen, sich auf das Thema behutsam einzulassen.

Schmerz und Leid benötigen Mitgefühl, aber auch noch anderes: Geduld ganz sicher, Hingabe. Und auch Mut. Wichtig erscheint mir ebenso eine Orientierung am Würdeprinzip, welches nach Kant beinhaltet, dass man einen anderen Menschen niemals als Mittel zum Erreichen von Zwecken benutzen darf<sup>10</sup>. Der Selbstzweck kann immer nur von der Person selbst bestimmt werden. Es geht ja nicht darum, dass wir etwas für sinnvoll halten, sondern dass wir die PatientInnen überzeugen können oder eben nicht. Wenn wir sie nicht überzeugen können, haben wir kein Recht, ihr etwas aufzudrängen, selbst wenn wir es für noch so gut und hilfreich halten. Vielleicht brauchen wir dann Mitgefühl mit uns selbst, um unser Scheitern zu ertragen. Sie alle wissen, dass wir auch mit Wohlmeinendem oder Evidenz-basiertem scheitern können. Ich gehöre zu den Leuten, die auf Bedrängtwerden, auch wenn es noch so gut gemeint sein mag, mit heftiger Abwehr reagieren, und habe deshalb großen Respekt vor einem Nein meiner PatientInnen.

Was Medizin und Psychotherapie angeht, möchte ich vorschlagen, Mitgefühl geduldig unter allen Umständen auch für Abgründe aufzubringen zu versuchen. Mitgefühl ist etwas, was Halt geben kann und eine Haltung ist, noch nicht einmal ausgesprochen, aber präsent.

Mich unterstützt oft der Gedanke, dass Mitgefühl im Buddhismus ja nicht alleine empfohlen wird, sondern gemeinsam mit Freundlichkeit, Mitfreude und Gleichmut. Mit „*common factors*“ ist ja gemeint, dass Verhaltensweisen heilsam sind, über die möglicherweise jeder freundlich gesinnte Mensch mehr oder weniger verfügt, ergänzt durch einige Faktoren, die sich in praktisch jeder Psychotherapie als hilfreich erwiesen haben. Es geht also um die Fragen, welche Verhaltensweisen für Leidende hilfreich sind, wenn sie ihnen entgegengebracht werden, oder auch, welche als weniger hilfreich gelten. Deshalb gehe ich heute davon aus, dass so etwas wie uralte Tugenden nämlich Achtsamkeit, Mitgefühl und Barmherzigkeit behilflich sein können, diese Faktoren zu erreichen oder zumindest sich diesen anzunähern.

### **Noch einmal: Forschungsergebnisse**

Hier noch einmal einige Ergebnisse aus der Forschung. Sie sind in dem Buch der AutorInnen Louis Georges Castonguay und Clara E. Hill mit dem Titel „How and Why Are Some Therapists Better Than Others?: Understanding Therapist Effects“ (2017), zusammengetragen worden.

<sup>10</sup>) Siehe <https://www.saperaudepls.de/2017/07/23/immanuel-kants-selbstzweckformel/> (Zugriff 19.11.2018)

Wie schon mehrfach erwähnt: KlientInnen, nicht die TherapeutInnen, können am besten beurteilen, was hilft und was nicht, was heißt, PsychotherapeutInnen benötigen Feedback von ihren KlientInnen.

An zweiter Stelle: Wir sollten genügend flexibel sein und genügend plural denkend – gut ausgebildet in verschiedenen therapeutischen Wegen und Beziehungen –, dass wir nicht die KlientInnen für die Behandlung und die Beziehung passend machen wollen, sondern vielmehr, dass *wir und das, was wir tun*, zur Beziehung und zur Behandlung passen. Das wird gerne mit „*no Prokrustian bed*“ bezeichnet. Prokrustes war ein griechischer Halbgott, der Menschen, die in seine Nähe kamen, in ein Bett legte, wo er sie alle gleich lang gemacht hat: Die zu kleinen wurden gestreckt, den zu großen wurde etwas abgeschnitten. Übrigens hat auch Milton Erickson es deshalb abgelehnt, eine Methode zu formulieren. Jeder Patient sei einmalig, er wolle sie nicht in das Bett des Prokrustes legen (Trenkle 2015, S. 9).

Klienten kommen ja oft mit einer eigenen Art, Beziehungen einzugehen, und natürlich mit eigenen Ideen, was am besten zu ihnen und was am besten passt, um ihre Probleme zu lösen und zu heilen. Ich habe erst kürzlich noch einmal die Erfahrung gemacht, wie herausfordernd diese Forderung sein kann, und musste mir eingestehen, dass ich an den hier genannten Empfehlungen eher gescheitert bin, weil ich mich sehr schwer tat, mich in die Eigenarten der von mir begleiteten Person einzufühlen.

Nach allem, was ich inzwischen gelernt habe, könnten die *common factors* wichtiger sein als Methoden! Allerdings geben Methoden Orientierung, die *common factors* sind da viel herausfordernder, weil wir uns fortwährend und immer aufs Neue darum bemühen müssen.

Eine hilfreiche Beziehung gemeinsam mit der hilfeschuchenden Person herzustellen, auch mit Personen, die man nicht ganz leicht erreicht, ist herausfordernd. Dazu braucht es zweifellos Geduld und auch Respekt vor dem anderen Menschen und dessen Versuchen, mit dem Leben einigermaßen zurechtzukommen. Geduld und Respekt wurden bisher nicht untersucht, scheinen mir aber unerlässlich zu sein. Es braucht auch Geduld mit uns selbst! So dass die TherapeutIn fähig und bereit ist, Brüche in der Beziehung zu reparieren. Dies wird heute von verschiedenen Forschern verschiedener Richtungen stark betont (z. B. Safran & Muran 2011, Safran et al. 2011). Es bedeutet fähig zu sein, eigenes verletzendes Fehlverhalten zu erkennen, Kritik anzunehmen und sich zu entschuldigen. Selbst wenn man es nicht beabsichtigt hat zu kränken. Das kann Überwindung kosten. Als sehr wichtig für TherapeutInnen wird die Bereitschaft, Neues zu lernen, hervorgehoben, und das, was man tut, anzweifeln zu können, um Neues dazulernen zu können.

Mitmenschliche Wärme und Einfühlungsvermögen werden wohl ausgehend von Carl Rogers oft genannt. Dazu scheint es die Fähigkeit zu brauchen, sich gut ausdrücken

zu können, auch Gefühle. Sehr wichtig ist, dass PsychotherapeutInnen Hoffnung nähren können, dazu braucht es die Fähigkeit, gemeinsam herauszufinden, auf was man sich in der Arbeit fokussieren sollte, aber auch, dass wir hoffen können, ehe es die PatientIn vermag. So konnte der Turiner Forscher Fabrizio Benedetti zeigen, dass Mitgefühl des Arztes eine Voraussetzung für die Entwicklung von Hoffnung bei PatientInnen ist (Benedetti 2010).

Und nun noch kurz, was sich in der Forschung von Wampold & Imel sowie von Castonguay & Hill als weniger oder nicht hilfreich herausgestellt hat. Vielleicht sind da Dinge dabei, die Sie nicht erwartet hätten:

Zunächst unser Alter oder Geschlecht, dann der berufliche Hintergrund – also in der Studie z. B., ob jemand Psychologin oder Arzt ist. Wenn sich jemand für kompetent hält, war das offensichtlich kein Anhalt dafür, dass die betreffende Person in der Studie vom Klienten als hilfreich erlebt wurde. Auch spielen theoretische Orientierungen offenbar keine Rolle oder dass man sich an irgendwelche manualisierte Vorgaben hielt. Gerade dies ist aber heutzutage in der Psychotherapie weit verbreitet. Manuale werden abgearbeitet und wehe, die PatientInnen können damit nichts anfangen. Meist wird dann *ihnen* der schwarze Peter zugeschoben. Aber in der Fachcommunity auch, wehe du hältst dich nicht ans Manual. Es wird nicht genug gefragt, ob PatientInnen Gründe haben, dass sie etwas nicht beantworten oder nicht machen wollen. Diese Gründe können in der PatientIn selbst liegen, aber auch mit dem Verhalten der TherapeutIn zu tun haben.

### Mitgefühl und Ethik

Für alle genannten Kompetenzen kann eine achtsam-mitfühlende Haltung dienlich sein, die unsere gewohnten Be- und Verurteilungen und Bewertungen mildert und diese wenigstens gelegentlich durch Qualitäten wie Geduld, Offenheit, Vorurteilslosigkeit, Toleranz und Freundlichkeit gegenüber dem, was aufgetreten ist, ersetzt; dies wird oft durch die Begriffe „Akzeptanz“ und „Nichturteilen“ zusammengefasst. Nicht zuletzt deshalb erscheint es wünschenswert, Achtsamkeit und Mitgefühl auch in ihrer ethischen Dimension zu betrachten und wenn möglich sich bewusst darin zu üben. Ich sage das deshalb, weil das wohl noch kein *common sense* ist.

„Ethik“ beschreibt hier keinesfalls ein System von Pflichten, sondern nach Paul Grossman die Entwicklung eines inneren und buchstäblich „verkörperten“ Gefüges von aus der praktischen Erfahrung abgeleiteten Haltungen und Werten. Dies gilt für den Umgang mit sich selbst genauso wie für den Umgang mit anderen. Die ethischen Haltungen und Werte werden im Übrigen nicht nur im geistigen Bereich, sondern auch im Körper erfahrbar (Grossman & Reddemann 2016). Das lässt sich leicht jederzeit überprüfen. Fühlen wir uns doch meist auch körperlich besser, wenn wir freundlich sein können, statt aufgeregt und verspannt.

Mit John Peacock, einem buddhistischen Lehrer der sogenannten säkulären Richtung des Buddhismus, verstehe ich das Prinzip Freundlichkeit als den besten Weg zum Mitgefühl<sup>11</sup>. Nach Peacock *fordere der Buddha nicht, jedermann zu lieben, sondern zu jedermann freundlich und respektvoll zu sein, sich selbst eingeschlossen*. Wir wissen, dass uns das schwer fallen kann. Also müssen wir einiges an Zeit damit verbringen, diese freundliche Haltung uns selbst und der Welt gegenüber immer wieder aufs Neue zu entwickeln. Es geht um eine Einstellung von Herz und Geist. Herz und Geist, das scheint mir der wichtige Punkt zu sein, auf den nicht alle Psychotherapieschulen explizit vorbereiten.

Mir sagen Peacocks Überlegungen sehr zu. „Freundlichkeit allen Dingen gegenüber“ ist fundamental. Der buddhistische Begriff ist Metta. „Metta ist eine ganz spezielle, heilsame Art, die Welt zu sehen. Für die Praxis heißt das: wenn Metta nicht dabei ist, wird es kalt. Es geht nicht nur darum, was wir sehen, sondern darum, es freundlich anzusehen.“

Freundliches und Achtsames mit allem Sein ist auch eine wichtige Vorbereitung für Mitgefühl sowie eine Basis für die meisten *common factors*. Freundliche Achtsamkeit kann uns auch deutlich machen, dass Mitgefühl uns überfordern kann und dass es eher darum gehen darf, gelassen zu sein und Freude in unser inneres Boot zu holen. Wir vergessen oft, PatientInnen nach Freudigem in ihrem Leben zu fragen, und versagen es uns, uns mitzufreuen. Mitgefühl braucht die Begleitung von Freundlichkeit, Gelassenheit und *Mitfreude*. Und in der Forschung zu *common factors* taucht Mitfreude über Fortschritte der PatientInnen auf.

### Mitgefühl als lebendiger Prozess

Das alles kann man nicht nur technisch erfassen, sondern es will erlebt werden und immer wieder aufs Neue entdeckt. Es ist ein lebendiger Prozess, der so gut wie möglich gelingt und manchmal auch misslingt.

*Ich möchte mit einer Vignette aus meiner Arbeit enden und diese in die bisherigen Überlegungen einbetten (aus: Grossman & Reddemann 2016):*

*Frau A., Mitte vierzig, kommt fast unter Tränen und voller Wut und Ärger darüber, dass sie sich am Arbeitsplatz nicht angemessen unterstützt fühlt. Kürzlich hatte sie auf dem Weg zur Arbeit einen Unfall und das interessiere bei der Arbeit keinen Menschen, meint sie.*

*Die Therapeutin sagt zunächst, dass sie verstehen könne, dass die Patientin wütend sei. Gleichzeitig nimmt sie im Brustbereich eine Enge wahr, die sie als Ausdruck von*

*Einsamkeitserfahrungen von sich kennt und fährt fort: „Es ist ja auch schwer, wenn man den Eindruck hat, mit allem alleine fertig werden zu müssen.“ Diese Würdigung des Schmerzes geht auf die Vorstellung der Therapeutin zurück, der Patientin nicht nur zu Einsicht zu verhelfen, sondern einen Schritt in Richtung Freundlichkeit und Mitgefühl mit sich selbst anzubieten. Die Patientin: „Das bin ich gewöhnt, mir hat noch nie jemand geholfen.“ Darauf die Therapeutin: „Wie schrecklich!“ Die Patientin fragt, ob die Therapeutin das ernst meine. Ja, das meine sie ernst. Die Patientin sieht die Therapeutin für eine Weile stumm an, dann fragt sie: „Ja, und was soll ich jetzt machen?“ Darauf die Therapeutin, ob sie sich vorstellen könne, mit sich selbst ein wenig freundlich und wenn möglich mitfühlend zu sein. Was sie davon halte, sich vorzustellen, dass sie sich selbst in den Arm nehme, sie könne es auch konkret tun, wenn sie wolle, und sich selbst etwas Freundliches, Mitfühlendes sagen. Ob sie da eine Idee habe. „Sie meinen, wie mit meiner besten Freundin?“ „Ja, genau, so meine ich das.“ „Und Sie glauben, dass das hilft?“ Ja, das glaube sie, aber die Patientin möge es überprüfen, es sei besser, ihr nicht zu glauben, sondern es auszuprobieren. Die Patientin wird wieder still und nach einer Weile meint sie: „Das tut mir wirklich gut, hätte ich nicht gedacht. Ich habe zu mir gesagt, das ist wirklich schrecklich, was du durchmachst, und mir vorgestellt, wie ich mich selbst in den Arm nehme, und da wurde ich ruhiger. Ist ja verrückt!“ „Können Sie beschreiben, was es bedeutet, dass Sie ruhiger sind, wo spüren Sie das?“ „Im Körper, der entspannt sich und meine Gedanken sind friedlicher.“ „Leuchtet es Ihnen ein, dass Sie jetzt eine Erfahrung machen konnten, dass es Ihnen besser gehen kann, wenn Sie mit sich selbst in einem liebevollen Kontakt sind?“ „Ja, stimmt, das kann ich probieren ...“*

*Es geht hier um Freundlichkeit und Mitgefühl und daraus abgeleiteten Einladungen an die Patientin und unter dem Aspekt von common factors u. a. um die Bitte um Feedback.*

Die mitfühlende Haltung der Therapeutin ist stärker von der Vorstellung geprägt, Leiden zu lindern, statt es aushalten zu sollen (in meiner psychoanalytischen Sprache: es eben nicht nur als Gegenübertragungsgagieren zu qualifizieren). Das heißt, das Gegenübertragungserleben Mitgefühl – nicht Mitleid – freundlich zum Ausdruck zu bringen und Angebote in Richtung auf Selbstmitgefühl der Patientin in Erwägung zu ziehen. Das Gewahrsein für die eigene Befindlichkeit eröffnet nicht nur einen Zugang zum Verständnis des Leidens der anderen wie vor allem in den neueren psychoanalytischen Ansätzen wie intersubjektive und relationale Psychoanalyse, sondern ist darüber hinaus mit dem Wunsch verknüpft dieses Leiden zu lindern. Und einen Raum zu ermöglichen, in dem sich PatientInnen selbst freundlicher und mitfühlend begegnen können. Dabei erscheint es wichtig, dass diese mitfühlende Haltung die Anerkennung des Leidens zur Voraussetzung hat. PatientInnen können dann zu ihrem Erstaunen entdecken, dass Freundlichkeit und Mitgefühl mit sich selbst ihr Leiden mindern. Anstatt gegen leidvolle Erfahrung nur zu wüten oder zu resignieren und dies zu erkennen, eröffnet diese Bezugnahme mehr Wohlbefinden. Auf der Basis dieses Wohlbefindens kann ein Freiraum entstehen, um „gesündere“ Verhaltensweisen

11) Peacock J (o.J.) Über Metta Meditation. [http://www.saekularerbuddhismus.org/?page\\_id=231](http://www.saekularerbuddhismus.org/?page_id=231) (Zugriff 19.11.2018)



und schließlich ein „besseres Leben“ auch angesichts von unvermeidbaren Schwierigkeiten des Lebens zu entwickeln.

Ich komme zum Schluss: Ich habe ja schon erwähnt, dass Technik keinesfalls genügt. Achtsamkeit und Mitgefühl gehören für mich zu Begegnungs- und Beziehungsqualitäten, die sich selten nur technisch beschreiben lassen und dort, wo es geschieht, verfehlt dies den ganzen Menschen. Wenn ich mich als ganzer Mensch mit Freundlichkeit und Mitgefühl auf den oder die anderen einlassen kann, mögen sich dann wohl am ehesten all die Qualitäten entwickeln, die die Forschung inzwischen gefunden hat, die unter dem Label „*common factors*“ bekannt geworden sind.

### Literatur

- Bachelor A (2013) Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 20(2):118-35.
- Benedetti F (2010) *The Patient's Brain. The neuroscience behind the doctor-patient relationship.* Oxford University Press, Oxford
- Castonguay LG, Hill CE (2017) (Hg) *How and Why Are Some Therapists Better Than Others?: Understanding Therapist Effects.* APA, Washington DC
- Des Pres T (2008) *Der Überlebende – Anatomie der Todeslager.* Klett-Cotta, Stuttgart
- Duncan BL, Miller SD (2000) *The Heroic Client. Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy.* Jossey-Bass, San Francisco
- Erdheim M (1984) *Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit: Eine Einführung in den ethnopschoanalytischen Prozeß.* Suhrkamp, Frankfurt (suhrkamp taschenbuch wissenschaft)
- Frank JD, Frank J (1991) *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy.* Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD
- Frankl VE (1977) *Trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager.* Kösel, München
- Grossman P, Reddemann L (2016) Achtsamkeit: Wahrnehmen ohne Urteilen – oder ein Weg, Ethik in der Psychotherapie zu verkörpern? *Psychotherapeut* DOI 10.1007/s00278-016-0097-0
- Heim G (2017) Pierre Janet. *Psychotherapie im Dialog* 18(3): 34-37
- Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (Hg) (2001) *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen.* verlag modernes lernen, Dortmund
- Kaniel R K-I, Eigen M (2013) *Therapist from the Depths: A Conversation with Michael Eigen.* Im web: <http://www.tikkun.org/nextgen/therapist-from-the-depths-a-conversation-with-michael-eigen> (Zugriff am 02.02.2016)
- Kienbaum J (2015) *Entwicklungsbedingungen von kindlichem Mitgefühl.* In: Malti T, Perren S (Hg) *Entwicklung und Förderung sozialer Kompetenz in Kindheit und Adoleszenz (2., überarbeitete Auflage), Kohlhammer, Stuttgart, S. 36-52*
- Kriz J (2014) *Wie evident ist Evidenzbasierung? Über ein gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung.* In: Sulz S (Hg) *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft.* CIP-Medien, München, S. 154-185. Im web: [https://www.researchgate.net/publication/273138797\\_Kriz\\_Jurgen\\_2014\\_Wie\\_evident\\_ist\\_Evidenzbasierung\\_Uber\\_ein\\_gutes\\_Konzept\\_-\\_und\\_seine\\_missbrauchliche\\_Verwendung](https://www.researchgate.net/publication/273138797_Kriz_Jurgen_2014_Wie_evident_ist_Evidenzbasierung_Uber_ein_gutes_Konzept_-_und_seine_missbrauchliche_Verwendung) (Zugriff 19.11.2018)
- Maio G (2015) *Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung.* Herder, Freiburg
- Marckmann G, Jox RJ (2013) *Ethik in der Medizin. Ethische Grundlagen medizinischer Behandlungsentscheidungen.* Bayerisches Ärzteblatt 9/2013: 442-445 (Volltext im web: [http://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2013/09/einzel/pdf/BAB\\_9\\_2013\\_442\\_445.pdf](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2013/09/einzel/pdf/BAB_9_2013_442_445.pdf))
- Nyima C, Shlim DR (2006), *Medizin und Mitgefühl.* Arbor, Freiburg
- Pfammatter M, Junghan UM, Tschacher W (2012) *Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese.* *Psychotherapie* 17(1): 17-31. Volltext im web: <https://cip-medien.com/wp-content/uploads/02.-Pfammatter.pdf> (Zugriff 20.11.2018)
- Reddemann L (2016) *Mitgefühl, Trauma und Achtsamkeit in psychodynamischen Therapien.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Safran JD, Muran JC (2011) *Repairing Alliance Ruptures.* *Psychotherapy* 48(1): 80-87. Volltext im web: [http://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas\\_utilizador/user11/70.\\_ruptures\\_meta\\_analysis.pdf](http://clinica.ispa.pt/ficheiros/areas_utilizador/user11/70._ruptures_meta_analysis.pdf) (Zugriff 19.11.2018)
- Safran JD, Muran JC, Eubanks CF (2011) *Repairing Alliance Ruptures.* In: Norcross JC (Hg) *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness (2nd ed),* Oxford University Press, New York, S. 224-238
- Scharfetter C (1993) *Eros therapeutikós. Love and ethics in psychotherapy.* *Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* 43(7):254-61
- Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S, Chochino HM (2016) *Compassion in Health Care: An Empirical Model.* *J of Pain and Symptom Management* 51(2):193-203. Im web: [https://www.researchgate.net/publication/283447427\\_Compassion\\_in\\_Health\\_Care\\_An\\_Empirical\\_Model](https://www.researchgate.net/publication/283447427_Compassion_in_Health_Care_An_Empirical_Model) (Zugriff 19.11.2018)
- Trenkle B (2015) *Vorwort zur deutschen Ausgabe.* In: Rossi EL (Hg) *Gesammelte Schriften von Milton H. Erickson. Studienausgabe in 6 Bänden. Bd 1.* Carl-Auer, Heidelberg, S. 9-12
- Vahl CF (2014) *Zur Diskussion: Was ist ein guter Chirurg?* *Deutsches Ärzteblatt* 111(6): [2] Im web: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/154029/Zur-Diskussion-Was-ist-ein-guter-Chirurg> (Zugriff 19.11.2018)
- van der Hart O (2008) *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung.* Junfermann, Paderborn
- von der Recke T, Wolter-Cornell U (2016) *Dimensionen systemischer Familienrekonstruktion. Lebensentwürfe in familiärem, historischem und politischem Kontext.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Wampold BE, Imel ZE (2015) *What Do We Know about Psychotherapy? And What Is There Left to Debate?* Im web: <http://societyforpsychotherapy.org/what-do-we-know-about-psychotherapy-and-what-is-there-left-to-debate/> (Zugriff 19.11.2018)

Prof. Dr. Luise Reddemann  
e-mail: [l.reddemann@t-online.de](mailto:l.reddemann@t-online.de)