

Die Freunde der Therapeuten

Selbstfürsorge und die guten inneren Objekte

MATHIAS LOHMER

ZUSAMMENFASSUNG: Helfen ist befriedigend und anstrengend; die Arbeit mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ist spannend und zugleich zehrend. Da braucht es gute Helfer und Freunde für den Therapeuten, damit er seine Stabilität, Gesundheit und Schaffensfreude erhalten kann. »Freunde« sind gute Begleiter im Berufs-, Familien- und Freundeskreis, aber auch Faktoren, die das Wohlbefinden des Therapeuten stützen: Selbstfürsorge, ein expansiver Modus neben dem beruflichen rezeptiven Modus, Kontrapunkte im Leben, die einen *Flow* ermöglichen. Und schließlich: die guten inneren Objekte, speziell ein gutes inneres supervisorisches Objekt, das hält und herausfordert, unterstützt durch die äußeren guten Objekte in Interventions- und Supervisions-Kontexten.

SCHLÜSSELWÖRTER: Helfer; Selbstfürsorge; Supervision; inneres supervisorisches Objekt; Persönlichkeitsstörungen

CITE AS: Lohmer, M. (2022): Die Freunde der Therapeuten. Selbstfürsorge und die guten inneren Objekte. *Persönlichkeitsstörungen*, 26 (3), 354–367. DOI 10.21706/ptt-26-3-354

EINGEREICHT AM: 06.04.2022, **ANGENOMMEN AM:** 11.04.2022

Einleitung

Helfen ist befriedigend und anstrengend; Psychotherapeuten sind beneidet (»ein wirklich sinnvoller Beruf mit Menschen«) und unterbezahlt; die Arbeit mit Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ist spannend und stimulierend (die schillernde Borderlinerin, der faszinierende Narzisst, der kristalline Schizoide) und zugleich zehrend und öde (die Dauerkrise der Borderlinerin, der entwertende Narzisst, der unzugängliche Schizoide).

Da braucht es gute Helfer und Freunde für den Therapeuten, damit er seine Stabilität, Gesundheit und Schaffensfreude erhalten kann. In unserem Sinne sind »Freunde« nicht nur konkrete unterstützende Personen (diese natürlich auch), sondern all die Faktoren, die es zu pflegen gilt, damit das Wohlbefinden des Therapeuten gewährleistet ist.

Diese Arbeit gliedert sich in drei Abschnitte:

1. »Geben ist seliger denn nehmen« – Helfergenügsamkeit
2. »Esst und trinkt und schiebt auch was ein!« – Ausgleichshandeln
3. »Und die Welt fängt an zu singen, triffst Du nur das Zauberwort« – Der innere supervisorische Dialog

1. »Geben ist seliger denn nehmen« – Helfergenügsamkeit

1.1 Das strukturelle Anerkennungs-Defizit

Die Redewendung »Geben ist seliger denn Nehmen« stammt aus der Abschiedsrede des Paulus vor der Gemeinde in Ephesus. »Ich habe euch in allem gezeigt, dass man so arbeiten und sich der Schwachen annehmen muss im Gedenken an das Wort des Herrn Jesus, der selber gesagt hat: Geben ist seliger denn Nehmen« (Apostelgeschichte 20, 35 LUT). Sie könnte gut auch als Motto für die Tätigkeit des Helfens dienen. Helfen als Beruf führt aber zu einer einseitigen Belastung, die zu einer chronischen Fehl-Balance führen kann. These: Es gibt ein chronisches Defizit in der Therapeut-Patient-Beziehung aufgrund der kontinuierlichen Halte- und Containment-Funktion (Bion 1970; Lohmer 2014; Lohmer & Giernalczyk 2012) sowie der vorwiegend aufnehmend-rezeptiven Arbeitsweise von Helfern: emotionale Nahrung (Dank, Zuwendung) sowie narzisstische Spiegelung (Anerkennung, Resonanz) sind immer zu wenig und Helfer befinden sich chronisch im oral-narzisstischen Defizit (Lohmer & Wernz 2000)! Auch wenn Patienten dankbar sind – die Rollenverteilung bedingt, dass man nie so viel zurückbekommen kann, wie man gibt. Dies steht im Kontrast zu anderen Feldern der »Beziehungsarbeit«: So ist auch die Verausgabung in der – vor allem frühen – Eltern-Kind-Beziehung hoch, gleichzeitig be-

kommen Eltern in der Regel viel Liebe zurück und können ihre Generativität im Aufwachsen der Kinder genießen.

Helfer-Beziehungen sind also notwendig einseitig – und einsam, weil man sich ja, im Gegensatz zu Familien- und Freundes-Beziehungen, nicht gleichermaßen dem Patienten anvertrauen und sich von ihm stützen lassen kann. Ja, auch das freudvolle Regredieren auf eine primärprozesshafte und bacchantische Ebene im Feiern und Scherzen und Sich-Gehen-Lassen ist im Patientenkontakt ausgeschlossen – und wenn es denn passiert, ist es Ausdruck einer Entgleisung.

Es ist evident, dass man sich diesen »unmöglichen Beruf« (Freud 1937) mit einem derartigen *strukturellen Anerkennungsdefizit* nicht ohne inneren Grund, ja Not, aussucht. Therapeuten versuchen unbewusst, ihre eigenen beschädigten *inneren Objekte* (also ihre inneren Repräsentanten der in der eigenen Lebensgeschichte immer wieder überarbeiteten Erfahrungen mit wichtigen äußeren Beziehungspersonen) stellvertretend in den Patienten zu heilen (Rey 1988) – die depressive Mutter, den abwesend-unerreichbaren Vater, das behinderte Geschwister. Dies bedeutet Ansporn und Anstrengung zugleich. Besonders in der Arbeit mit schweren Persönlichkeitsstörungen gibt dieser Mechanismus Therapeuten Zähigkeit und Leidensfähigkeit, kann aber auch zu übermäßiger Verausgabung und chronischer Erschöpfung führen. Dazu passt, dass viele Therapeuten im unbewussten Konflikt »Versorgung vs. Autarkie« (Arbeitskreis OPD 2006) in der Regel in den aktiven Modus gehen und manifest vor allem altruistischen Einsatz für andere und Selbstgenügsamkeit zeigen – abgewehrt werden dabei Wünsche nach eigener Versorgung und Geborgenheit. Kommt es zu einer dauerhaften Schiefelage der Bedürfnisbefriedigung, überlistet jedoch die eigene Bedürftigkeit häufig die Selbstkontrolle: Dann kann es zu therapeutischen Mesallianzen bis hin zum emotionalen oder sexuellen Missbrauch kommen.

In diesem Zusammenhang sei auch an Wolfgang Schmidbauers schon 1977 erschienene epochale Arbeit zum »Helfersyndrom« (2007) erinnert, in der er als einer der ersten aus einer psychoanalytischen Perspektive diese Helferproblematik bei verleugneter eigener Bedürftig-

keit analysierte. In der inneren Welt der Psychotherapeuten finden wir entsprechend häufig ein eher rigides Über-Ich (»Habe ich genug getan, mich genug bemüht, bin ich nicht unzureichend?«) und forderndes Ich-Ideal (»Geben ist seliger denn Nehmen«, »Wenn es in der Therapie nicht klappt, liegt es sicher an mir!«).

Dazu kommt, was Kernberg (Yeomans et al. 2017) die *barmherzige* statt der *klinischen* Indikation bezeichnet – auch mit ungeeigneten Patienten unter unpassenden Bedingungen zu arbeiten, weil: »Die brauchen es, die finden sonst niemanden, die sind so schwer traumatisiert!«. Schließlich gibt es besonders bei erfahrenen Therapeuten die Fehl einschätzung, selber ohne »Supervisoren- oder Intervisoren-Freunde« arbeiten zu können – was dann wieder zu unerkannten Verstrickungen und Verwicklungen führen kann (Lohmer 2014).

1.2 Stressoren für Therapeuten

Möller (2013) schlägt vor, drei Stressoren-Felder für Therapeuten zu unterscheiden (siehe Abb. 1): patienteninduzierten Stress, Stress im Arbeitsumfeld und selbstinduzierten Stress.

Im patienteninduzierten Stress wirken Pathologie und Agieren der Patienten direkt auf die Halte- und Containment-Fähigkeit des Therapeuten ein und schlagen auf sein Selbstwertgefühl durch. Spannungen in der Organisation der Arbeit erzeugen das Gefühl mangelnder Kontrollfähigkeit, selbstinduzierter Stress schließlich wirkt durch mangelnde Selbstfürsorge und eigene neurotische Muster.

In einer Studie zeigen Bauer, Bendels und Groneberg (2016), dass 39,4% aller Befragten (n=508) eine psychische Fehlbeanspruchung aufweisen (die Verausgabung in der Arbeit ist höher als die empfundene Belohnung). Gleichzeitig gaben aber 58,5% an, zufrieden mit ihrem Beruf zu sein – ein spannender Kontrast!

Die hohe Berufszufriedenheit bei relativ häufigen Fehlbeanspruchungen weist auf eine große intrinsische Motivation hin. Ohne zielführende Coping-Strategien kann diese Situation auf Dauer aber zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen!

<p>Patienteninduzierter Stress</p> <ul style="list-style-type: none"> • aggressives Agieren der Patienten • starke Depression der Patienten • überwältigende Problematik • Suiziddrohungen • vorzeitiger Therapieabbruch • starke Zustandsverschlechterung 	<p>Stress im Arbeitsumfeld</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeitdruck, Menge der Arbeit • Organisationspolitik, bürokratischer Aufwand • unkooperative oder gleichgültige Kollegen • Spannung zwischen den Bedürfnissen der Patienten, der Institution und den eigenen Bedürfnissen
<p>Selbstinduzierter Stress</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perfektionsdenken (Therapeutenideal) • Selbstzweifel • Bedürfnis nach Anerkennung • emotionale Erschöpfung • ungesunder Lebensstil • analog zur Klientel: • Selbstwertinstabilität und • Aggressionshemmung 	

Abb. 1: nach Möller (2013)

2. »Esst und trinkt und schiebt auch was ein!« – Ausgleichshandeln

Worin bestehen nun solche Coping-Strategien? Obiger Leitspruch stammt aus dem schwäbischen Sprachschatz meiner mütterlichen Großeltern und beschreibt die gastliche Aufforderung, es sich gut gehen zu lassen und auch noch einen Vorrat mitzunehmen – also ein gutes Ausgleichshandeln für die oben beschriebenen Belastungen zu schaffen. Dafür ist es aber notwendig, zunächst kritisch die eigenen belastenden Faktoren in Lebensstil und Berufsgestaltung zu untersuchen – einige davon wurden oben als Stressoren bereits angeführt, einige werden nachfolgend aufgeführt.

2.1. Kontraproduktive Angewohnheiten überprüfen

Arbeitsucht: Ich arbeite zu viel und strukturiere mein Leben zu sehr. Es bleibt zu wenig ungeplante, freie Zeit, in der man ausspannen, flanieren, auftanken kann.

Nachlässigkeit: Ich schade mir selbst, indem ich versäume, die notwendigen Formalitäten rechtzeitig zu erledigen. Das kann ein Berg von unerledigten Psychotherapieanträgen sein, eine unsystematische Terminplanung oder eine zu späte Rechnungsstellung.

Langeweile: In den Sitzungen fühle ich mich gelangweilt und mache alles nur noch routinemäßig. Die therapeutische Situation wird zur Routine, es gibt zu wenig Abwechslung (Settings wie Paar-, Familien- und Gruppentherapie, Supervision, Krisenberatung, Coaching) und Ambition in der Arbeit.

Isolation: Ich verbringe zu viel Zeit allein. Eine kollegiale Peer-Group fehlt, der Therapeut bleibt für sich mit seinen Belastungen und Verstrickungen.

Einseitigkeit: Ich bin nur noch mit anderen therapeutisch Tätigen zusammen und rede fast nur über Dinge, die mit der Arbeit zu tun haben. Ein Hang zur Homogenisierung der eigenen Lebenswelt, der zu einer Verarmung an Kontrasten führt.

2.2. Selbstfürsorge

Vuille (2021) hat untersucht, welche Arten der Selbstfürsorge Therapeuten nutzen, um mit ihrem Belastungserleben zurechtzukommen – dabei unterscheidet sie, was Therapeuten als »wichtig« (in der Theorie) angeben und was sie tatsächlich (in der Empirie) tun.

Was können wir hier feststellen? Auf dem Gebiet der *körperlichen Strategien* sind Therapeuten offenbar gar nicht so schlecht, Theorie und Empirie passen gut zusammen – einzig die basale Bedeutung einer guten Schlafhygiene wird nicht ausreichend berücksichtigt. Bei den *psychologischen Strategien* fällt auf, dass Ausgleichsstrategien *außerhalb* des therapeutischen Bereiches angewandt werden – so ist Zeit in der Natur sicherlich ein wesentlicher Ausgleichsfaktor. Die entschiedene Regulation *innerhalb* des therapeutischen Feldes (»stagnierende Therapien abbrechen«) fällt in der Realität schon deutlich schwerer.

	Körperliche Strategien	Psychologische Strategien	Emotionale Strategien	Arbeitsbezogene Strategien	Spirituelle Strategien
Theorie	Sport	Abgeben von Verantwortung	bewusste Selbstbeobachtung	bewusste Pausen, ausreichend Erholungszeiten	meditative und schamanische Tätigkeiten
	ausreichend Schlaf	stagnierende Therapien abbrechen		Austausch mit Fachpersonen	Beschäftigung mit Spirituellem
Empirie	Sport	Zeit in der Natur	Pflegen von sozialen Kontakten	Weiterbildung	
	Zeit für Ruhe- und Erholungsphasen			Beschäftigung mit alltäglichen Aktivitäten	
	Wellness				

Abb. 2: nach Vuille (2012)

2.3 Ausgleichshandeln – expansiver Modus und Kontrasterleben

Was sind nun wesentliche Faktoren, die ein gutes Ausgleichshandeln zur beruflichen Belastung schaffen können? Diese könnten als *Expansivität* (im Gegensatz zur berufstypischen *Rezeptivität*) und als Kontrasterleben zur therapeutischen Tätigkeit bezeichnet werden.

Expansivität – Energie nach außen bringen

Im *rezeptiven Modus* nehmen wir auf, halten und reagieren. In einem *expansiven Modus* werden wir von uns aus aktiv, werden initiativ, nehmen Führungsrollen ein. Dies entspricht einem aktiv-gestaltenden Engagement (z.B. Seminare abhalten, Funktionsträger in Berufsverbänden oder Vereinen sein, Sport und Hobbies nachgehen) im Unterschied zur vorwiegend rezeptiven Haltung im therapeutischen Setting.

Therapeutisches Handeln fordert uns ein hohes Maß an Selbst- und Impulskontrolle ab – kontinuierlich aktivierten Kampf- oder Fluchttreflexen kann nicht nachgegeben werden. Dies führt zu einer ungesunden Blockade von expansiv-aggressivem Selbst-Ausdruck. Möglichkeiten zur *sublimierten physischen Aggression* (z. B. durch Boxen, Kampfsport, Fechten) können hier eine wichtige Ausgleichsmöglichkeit darstellen – und zugleich dazu beitragen, konstruktiv-aggressive Momente besser in unser therapeutisches Handeln zu integrieren, indem wir in einem freundlichen Modus damit vertraut werden!

Zur Expansivität gehört genauso Raum für *libidinöse Befriedigung*: Leidenschaftlichkeit und Zärtlichkeit, Liebe und Sexualität, das Spiel von Flirt und Verführung außerhalb der therapeutischen Beziehung vitalisieren uns und erleichtern die Impuls- und Triebkontrolle innerhalb der therapeutischen Arbeit. *Sublimierte Libido* in der therapeutischen Situation ermöglicht uns, angstfrei unsere erotische Gegenübertragung wahrzunehmen und einen inneren Raum für die Entwicklung attraktiver Weiblichkeit oder Männlichkeit für unsere Patienten bereitzustellen.

Die hohe sich selbst auferlegte Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle in der therapeutischen Arbeit führen häufig nicht nur zu einer Blockade aggressiven und libidinösen Selbstausdrucks, sondern zu einer generellen Bremse in Spontanität und Regressivität. Gastlichkeit, Bewirten (Kochen, gute Weine) und Feiern können helfen, die Selbstkontrolle zu lockern und exaltiert sein zu können: die fröhliche Tischrunde statt ständigem Self-Monitoring! *Positive Regressivität* erlaubt die Aktivierung des Primärprozesses in einer Gruppe und damit assoziative Gespräche mit Humor, Einfällen und Kreativität. Dabei gelingt es dann leichter, auch über die »äußere Welt« und nicht nur therapeutische und berufsbezogene Themen zu sprechen.

Kontrasterleben – Kontrapunkte setzen und Achtsamkeit üben

Der letzte Punkt beleuchtet die Notwendigkeit, einen Kontrapunkt und Kontrast zur therapeutischen Welt bewusst zu schaffen. Dies kann z. B. heißen, Freundschaften zu Menschen aus anderen Lebens- und Berufs-

kreisen zu pflegen und »gemischte« Tischrunden und Gesellschaften einzuladen.

Aus der Diskussion um Achtsamkeit (Kabat-Zin 2004) wissen wir, dass ein Fokussieren auf kleine alltägliche Handlungen (z. B. die Tee-Zeremonie), ein vollständiges Aufgehen in einer Tätigkeit zu einem Kontrasterleben beitragen, ja sogar zu Momenten des »Flow«-Erlebens (Csikszentmihalyi 2004) führen können. Dies wird noch verstärkt, wenn wir Zeit mit einer Beschäftigung verbringen, die uns Kunstfertigkeit abverlangt – z. B. Klettern oder Musizieren.

3. »Und die Welt fängt an zu singen, triffst du nur das Zauberwort« – Der innere supervisorische Dialog

Wir haben bis jetzt untersucht, wie wir durch gutes Ausgleichhandeln, Kontrasterleben und Achtsamkeit die innere Balance bewahren und die äußeren und inneren Freunde aktivieren können. Im letzten Abschnitt möchte ich nun auf die Rolle der *inneren Objekte* als *Freunde der Therapeuten* zurückkommen. Denn es gibt ja nicht nur die *beschädigten*, sondern auch die *guten* inneren Objekte.

Unser Motto zu diesem Abschnitt stammt aus dem Gedicht »Wünschelrute« von Joseph von Eichendorff aus der Spätromantik:

*»Schläft ein Lied in allen Dingen,
Die da träumen fort und fort,
Und die Welt fängt an zu singen,
Triffst du nur das Zauberwort.«*

In diesem Gedicht geht es – unter anderem – um Öffnung und Erkennen, um plötzliches Lebendigwerden durch einen träumerischen Zustand – Bion (1970) würde von *Rêverie* sprechen –, in dem die Grenzen zwischen Realität, Fantasie und Unbewusstem aufgelöst werden und das Zauberwort das Erleben verändern kann.

3.1. Die Rolle der guten inneren Objekte – der innere Supervisor

Gute Beziehungs- und Bindungserfahrungen mit realen, äußeren, unterstützenden Personen (*äußere* Objekte) ermöglichen die Bildung von unterstützenden guten *inneren* Objekten. Dies bedeutet, dass z. B. Teilaspekte von Beziehungen zu unseren Eltern (Erfahrungen von Halt, Förderung, Spiegelung, Ermutigung, Großzügigkeit) zu Kernen innerer Repräsentanzen dieser Erfahrungen werden, zu *guten* Erfahrungen im Gegensatz zu Repräsentanten von *schlechten, bösen oder bedrohlichen* Erfahrungen, die dann zu Kernen *schlechter* innerer Objekte werden. Klein und ihre Nachfolger (z. B. Bott-Spillius 1988) haben immer wieder darauf hingewiesen, dass es nicht nur unsere Interaktionserfahrungen mit äußeren Objekten sind, die die inneren Objekte prägen, sondern ebenso unsere eigenen, oft frühen und noch nicht integrierten Fantasien und Projektionen, welche die inneren Objekte formen und besonders benigne oder bedrohlich werden lassen.

Mit diesen benignen inneren Objekten kann innere Zwiesprache gehalten werden. Dies erlaubt uns, mit uns selbst in einem hilfreichen Dialog und nicht alleine mit bedrohlichem Erleben und Gedanken zu sein. Ein solches gutes inneres Objekt kann auch ein »innerer Supervisor« sein, gebildet aus den Erfahrungen mit guten inneren Objekten im Allgemeinen und guten supervisorischen Erfahrungen mit einem oder verschiedenen Supervisoren im Besonderen.

3.2. Der innere supervisorische Dialog

Eine Patient-Therapeut-Interaktion kann die *schlechten inneren Objekte* im Therapeuten aktivieren – oft durch Agieren in der Übertragung, projektive Identifikation und negative therapeutische Reaktionen des Patienten. Der Patient spaltet dabei eigene destruktiv-kritische Anteile ab, externalisiert und projiziert sie in den Therapeuten bzw. vollzieht eine Rollenkehr (vom schuldigen zum vorwürflichen Objekt, vom Täter zum Opfer). Therapeuten fühlen sich dann in der Regel komplementär ohnmächtig, schuldig, unzureichend, fehlerhaft und wütend. Selbstvor-

würfe und Insuffizienzgefühle dominieren dann sein Erleben, der innere Übergangsraum zum Nachdenken, Reflektieren, Assoziieren wird verengt, das kreative Denken blockiert, das Unbewusste abgeschnitten. Dies ist der Moment für den *inneren supervisorischen Dialog*. Hier aktiviert der Therapeut – intuitiv zumeist – die guten inneren Objekte, insbesondere den *inneren Supervisor* gegen die schlechten inneren Objekte. Praktisch bedeutet dies, dass ein innerer Dialog beginnt, ein Heraustreten aus der direkten Interaktion auf die Metaebene – von der Bühne in den Zuschauerraum. Der Therapeut erlaubt sich dafür bewusst, seinen Aufmerksamkeitsfokus eine Zeit lang von der Beobachtung des Patienten und seiner Interaktion mit ihm auf die Beobachtung seines inneren Erlebens, seiner Gegenübertragung und seiner physiologischen Empfindungen zu richten. In diesem inneren Dialog stellt der innere Supervisor hilfreiche supervisorische Fragen:

»Was passiert gerade? Wie fühle ich mich gerade? Was für ein Objekt soll ich gerade sein oder auf gar keinen Fall sein? Was soll ich tun oder auf keinen Fall tun?«

Das gute innere supervisorische Objekt ist wohlwollend, ermutigend, interessiert, nachsichtig – aber auch ein wenig frech, respektlos, provozierend (»Komm', trau dich, geh noch einen Schritt weiter, wie könntest Du das ausdrücken?«). Es ist so gesehen eine *innere Triangulierung*: Durch den Dialog mit einem *dritten* Objekt (neben dem Selbst und dem Patienten) kommt es zu einer *Weitung* des reflexiven Raumes, einer *Rêverie* (Bion 1970), einem tagträumerischen Denken, in dem der Therapeut wieder in Kontakt mit seinem Unbewussten und seinen Assoziationen kommen kann. Jetzt kann sich ein hilfreicher Gedanke einstellen, die Welt fängt wieder zu singen an, weil man das Zauberwort getroffen oder es sich eingestellt hat!

Danach kann sich der Therapeut – wacher, gestärkter, überlegter, in seinem *inneren Containment-Prozess* geordnet – wieder der Patienten-Interaktion zuwenden. Manchmal geschieht dies dann durch Wendungen wie: »Wissen Sie, ich habe gerade für einen Moment darüber nachgedacht, was sich zwischen uns so ereignet, und dabei ist mir aufgefallen ...«.

3.3. Supervision als Unterstützung der guten inneren Objekte

In dieser Perspektive unterstützt eine Supervision die Bildung und Konsolidierung eines solchen guten inneren supervisorischen Objektes.

Supervision ist ein *triadischer Prozess* par excellence – sie findet immer in einem Dreieck statt: Patient, Therapeut, Supervisor; Therapeut, Supervisor, Ausbildungsinstitut; Therapeut, Supervisor, Supervisionsgruppe (vgl. Lohmer 2017).

Supervision ist ein Spezialfall von *Containment*. Unverdautes und Unbegriffenes im Patient-Therapeut-System wird durch eine fruchtbare Container-Contained-Beziehung zwischen Therapeut und Supervisor (bzw. Supervisionsgruppe) in etwas »Verstehbares« transformiert. Im günstigen Fall ergibt dies eine neue Gestalt der »therapeutischen Szene«. Kernelement dieses Verarbeitungsprozesses ist die Oszillation zwischen Teilhabe und Beobachtung. Durch die Konfrontation mit dem »fremden« verstehenden Blick kann eine emotional bedeutsame Metaebene für den Therapeuten (und indirekt für den Patienten) erreicht werden (Lohmer & Hörz-Sagstetter 2022). Supervisor und Teilnehmer der Supervisionsgruppe werden so zu »Freunden des Therapeuten« – er erfährt Hilfe beim Heraustreten aus der »therapeutischen Szene, wird getragen und herausgefordert, kann (im Balint-Setting) beobachten, wie die Gruppe auf seine Schilderung reagiert und so Abstand gewinnen.

Auch die S3-Leitlinie »Borderline-Persönlichkeitsstörungen« der AWMF (2022 im Druck, S. 52) geht von der Notwendigkeit einer Supervision aus und spricht eine konkrete Empfehlung aus: »Streng genommen basieren alle kontrolliert randomisiert durchgeführten Studien auf Therapien, bei denen intensive kollegiale Supervision zur Sicherstellung der Manualtreue (Therapieadhärenz) integraler Bestandteil des Studienprotokolls war. Entsprechend kann man argumentieren, dass für psychotherapeutische Behandlungen von Betroffenen mit BPS, die ohne kollegiale Supervision durchgeführt wurden, keine Wirksamkeitsnachweise vorliegen. Im Sinne der Umsetzung von wissenschaftlicher Evidenz, aber auch zur Motivation von ambulanten Behandelnden,

und damit zur Reduktion von stationären Behandlungen, wäre es wünschenswert, wenn die Erstattung der Kosten für super- oder intervisori-sche Leistungen gewährleistet würde.

Empfehlung 8.3: Die behandelnden Personen (eine oder mehrere) sollen in der jeweiligen BPS-spezifischen Methode Supervision oder Intervention erhalten.«

Und natürlich, als Unterform der Supervision, bilden auch die Mitglieder einer *Intervisionsgruppe* eine Gruppe von hilfreichen Freunden – hier kann ernsthafte intervisorische Arbeit trefflich mit anschließendem Tafeln und Scherzen, mit angenehmer Regression, verbunden werden.

Und zuletzt: Arbeit mit einer manualisierten Methode (z. B. TFP, DBT, MBT, Schematherapie) erweist sich als ein wahrer »Freund« für Therapeuten – sie schafft anstelle des Einzelkampfes eine Gemeinschaft mit Identitätsstärkung und Halt (vgl. Lohmer & Hörz-Sagstetter 2022).

Kontakt: Dr. Mathias Lohmer, Feilitzschstr. 36, 80802 München,
E-Mail: lohmer@t-online.de

LITERATUR

- Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Hans Huber.
- AWMF (2022, im Druck). S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- Bauer, J., Bendels, M. & Groneberg, D.A. (2016). Psychische Belastung unter Ärztinnen und Ärzten der Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiatrische Praxis* 43(06), 339–341. DOI 10.1055/s-0041-111185.
- Bion, W.R. (1970). Container und Contained. In: W.R. Bion (2006). Aufmerksamkeit und Deutung. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel, 85–97.
- Bott Spillius, E. (Hg.). (1988). Melanie Klein Today. Developments in Theory and Practice. Vol. 1: Mainly Theory. London, New York: Routledge.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). Flow. Das Geheimnis des Glücks. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, S. (1937). Die endliche und unendliche Analyse. GW XVI.
- Kabat-Zin, J. (2004). Die heilende Kraft der Achtsamkeit. Freiamt: Arbor.
- Lohmer, M. (2014). Der Umgang mit Verwicklungen und Verstrickungen – Abstinenz, Containment und Verantwortung im Beratungsprozess. In: M. Lohmer & H. Möller. Psychoanalyse in Organisationen. Stuttgart: Kohlhammer, 206–217.
- Lohmer, M. (2017). Ein Wirkmodell der Supervision. In: H. Möller & M. Lohmer. Supervision in der Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer, 21–33.

- Lohmer, M. & Giernalczyk, T. (2012). Psychodynamik und Unbewusstes im Unternehmen. In: T. Giernalczyk & M. Lohmer (Hg.). *Das Unbewusste im Unternehmen*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 7–23.
- Lohmer, M. & Hörz-Sagstetter, S. (2022). Die Supervision in der übertragungsfokussierten Psychotherapie schwerer Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen* 26 (3), 148–166. DOI 10.21706/ptt-26-2-148.
- Lohmer, M. & Wernz, C. (2000). Zwischen Veränderungsdruck und Homöostaseneigung: Die narzisstische Balance in therapeutischen Institutionen. In: M. Lohmer (Hg.). *Psychodynamische Organisationsberatung*. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta, 233–254.
- Möller, H. (2013). Selbstfürsorge im Psychosomatischen Team. Hünfeld: AGPPS.
- Reese, C., Bengel, J. & Mittag, O. (2014). Berufliches Selbstverständnis, Ressourcen, Belastungen und berufliche Zufriedenheit von Psychologen in rehabilitativen Einrichtungen. *Das Gesundheitswesen* 76(07), 446–452. DOI 10.1055/s-0034-1367009.
- Rey, H. (1988). That what patients bring to analysis. *Int J Psychoanal* 69 (Pt4), 457–470.
- Schmidbauer, W. (2007). *Das Helfersyndrom. Hilfe für Helfer*. 4. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Vuille, C.-A. (2012). Selbstfürsorge von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Biel.
- Yeomans, F., Clarkin, J. F. & Kernberg, O. F. (2017). Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten. *Das TFP-Praxismanual*. Stuttgart: Schattauer.

ABSTRACT: *The friends of the therapists. Selfcare and good inner objects:* Helping is satisfying and exhausting; working with patients with personality disorders is exciting and at the same time fatiguing. This is where good helpers and friends are needed for the therapist to maintain stability, health, and creative joy. »Friends« are good companions in the professional, family and friend circle, but also factors who support the therapist's well-being: Self-care, an expansive mode alongside the professional receptive mode, counterpoints in life that enable flow. And finally: the good inner objects, specifically a good inner supervising object who supports and challenges, supported by the outer good objects in intervention and supervision contexts.

KEYWORDS: helper; self-care; supervision; inner supervising object; personality disorder