

Die Kultur des Mitgeföhls, Trauma und Achtsamkeit in psychodynamischen Therapien¹

Luise Reddemann

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

meine Damen und Herren,

lieber Wolfgang,

für die Einladung zu diesem Vortrag bedanke ich mich herzlich.

Den Titel möchte ich etwas verändern, nämlich in **Kultur des Mitgeföhls**, weil Mitgeföh sehr viel mit Handeln zu tun hat.

Ich erinnere mich noch gut an eine Fortbildung für Leitende Ärzte, bei der uns beigebracht werden sollte, dass auch wir ÄrztInnen uns mit den Gegebenheiten der Ökonomie abzufinden hätten. Patienten helfen zu wollen, erschien eher nebensächlich. Das war irgendwann in den 90er Jahren, der Neoliberalismus begann seinen heimlichen oder unheimlichen Siegeszug. So kamen dann auch Worte wie Patient als Kunde, Service statt Pflege, etc. auf. Der Referent war übrigens selbst Arzt, aber für ihn war es weit wichtiger über wirtschaftswissenschaftliche Kompetenz zu verfügen. Inzwischen wird die Ökonomisierung aller Lebensverhältnisse zunehmend angeprangert, immer lauter rufen auch Ärzte danach, diesem Denken entgegen zu treten. Und der ehemalige Richter am Bundesverfassungsgericht Siegfried Bross argumentiert sogar, dass die Kommerzialisierung ärztlicher Dienstleistungen verfassungswidrig sei. Er hält es für gesetzeswidrig, dass Verwaltungsleute mehr in Krankenhäusern zu sagen haben als ÄrztInnen. Die neuerdings von Bross kritisierten Entwicklungen sind mit Gewissheit nicht getragen von Mitgeföh mit kranken Menschen und bringen PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen ständig in massive Konflikte, wie ich von vielen KollegInnen höre.

Der amerikanische Philosoph Richard Rorty war skeptisch gegenüber moralphilosophischen Forderungen und meint, dass Harriet Beecher Stowe und andere mehr zur Entwicklung des Mitgeföhls beigetragen haben als alle Moralphilosophie. Ich verstehe Rorty so, dass wir nur durch die Vernunft, die z.B. Kant ins Feld führte, nicht mitfühlend werden. Es war ja Kants Idee, dass man die Würde anderer Vernunftwesen respektieren solle. Aber wer waren andere Vernunftwesen? Frauen waren es nicht, Kinder auch nicht, Schwarze nicht. Arme? Sicher nicht. –

¹ Vortrag gehalten anlässlich der Verabschiedung von Wolfgang Wöller als Leitender Chefarzt der Rhein-Klinik Bad Honnef am 17.11.2017

Mitgefühl erkennt Leiden, erkennt es an und will handeln, um Leiden zu verringern. Es hat etwas mit Vernunft *und* Herzengüte zu tun und der Absicht, mitfühlend zu handeln. Es ist also genau genommen nicht nur ein Gefühl.

Patientinnen wünschen sich mitfühlende ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, die sie in ihren Nöten anhören und ernst nehmen und die gewillt sind, sich auf eine heilende Beziehung einzulassen, also sich Gedanken zu machen, welches Handeln in der Beziehung zu heilsamen Entwicklungen beitragen kann.

Daher frage ich, „Was kann der Grund sein, dass es in psychodynamischen Therapien lange geradezu verpönt war, mitfühlend oder gar tröstend auf PatientInnen einzugehen“. Das verstieß angeblich gegen die Abstinenz. Man nannte es Bedürfnisbefriedigung und das war verpönt, Freud hatte gesagt, die Analyse müsse in der Versagung stattfinden. Für manche scheint es sich nicht um einen historisch bedingten Zwischenschritt zu handeln, sondern immer noch um ein Gebot, das in jedem Fall einzuhalten sei.

Freud verwendete ja, um dies zu verdeutlichen, die so genannte Chirurgen-Metapher. Offenbar ging er davon aus, dass Chirurgen ihre Gefühle nicht nur zu kontrollieren in der Lage seien, sondern relativ unberührt vom Schmerz der Patienten sein sollten. Diesem Bild entspricht der kühl handelnde naturwissenschaftlich orientierte Arzt.

Kann es sein, dass hinter all dem sehr viel Angst steckt: Angst, vom Schmerz der Patienten überwältigt zu werden, oder von Ohnmacht und Hilflosigkeit angesichts der Erfahrung, dass wir als ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen häufig nur sehr wenig tun können. Eine bittere Erfahrung, die niemand auf Dauer erspart bleibt. Wir können hier auch von Gegenübertragung sprechen. Angst übrigens auch vor mangelnder Anerkennung, wie Freud sie erfuhr, als er sein Konzept vorstellte, dass seelische Erkrankungen mit Traumatisierungen in der Kindheit zu tun haben. Er hat, was hier sicher bekannt ist, sein Konzept nach dessen eisiger Ablehnung weitgehend aufgegeben zum Schaden von Millionen von PatientInnen über Jahrzehnte, weil Freuds Verdikt von vielen für richtiger gehalten wurde, als das, was PatientInnen erzählten. Also kein Mitgefühl, keine Achtsamkeit und Trauma. Strukturell Ähnliches zeigt sich heute im Streit um die „richtige“ Traumatherapie. Um Therapieformen, die so schnell wie möglich konfrontieren sollen, wo es übrigens zum Teil kaum oder gar nicht um Beziehung geht, sondern vor allem um größtmögliche Schnelligkeit. Da herrscht möglicherweise auch - unbewusst - der Ungeist des Neoliberalismus.

Es ist jedoch hervorzuheben, dass bei genauerer Betrachtung gar nicht so selten schon in jahrzehntealten Therapieempfehlungen Dinge gesagt wurden, die man als von Mitgefühl getragen beschreiben kann. Häufig ist von Empathie die Rede, wo es doch um Mitgefühl zu

gehen scheint. Die Begriffe werden bis heute oft synonym gebraucht. Nachdem die Hirnforschung nun gezeigt hat, dass bei Empathie ganz andere Bereiche des Gehirns aktiv sind als beim Mitgefühl, wäre es sinnvoll, diese Begriffe nicht mehr synonym zu benutzen, wenn schon die Alltagserfahrung nicht reicht. Sie könnte ja zeigen, dass Mitgefühl zwar mit Empathie zu tun hat, denn wir brauchen Einfühlung, um uns mitfühlend verhalten zu können, aber Empathie allein verhilft eben nicht grundsätzlich dazu, Hilfreiches auch bewirken zu wollen bzw. es auch zu tun; man kann Empathie im Übrigen auch dazu verwenden um zu schaden. Wir können sagen, Empathie ist neutral und kann dann sowohl in Richtung Liebevolleres oder auch Schädliches bewirken wollen gehen. Empathie mag genügen, wenn es um „richtige“ der Schule getreue Interventionen geht. Wenn wir uns aber fragen wollen, was könnte hier unter Bindungs- und Beziehungsaspekten am hilfreichsten sein, dann kommt Mitgefühl ins Spiel.

Ein Leitgedanke könnte der eines der Gründerväter der relationalen Psychoanalyse, Emmanuel Ghent, sein wonach „bei der psychoanalytischen Behandlung menschliche Beziehungen in ihrer Besonderheit und Einzigartigkeit eine übergeordnete Rolle spielen“ (Ghent 1992, S.XVIII, zitiert bei Aron und Harris 2006) Wie mag es sich auswirken, wenn diese menschlichen Beziehungen geprägt sind von Verachtung, Vernachlässigung, Gewalt, und was mag das für die psychodynamische Arbeit bedeuten?

Von der Psychoanalyse geprägte Grundhaltungen schließen Mitgefühl keinesfalls aus. Es geht eher um die Frage nach einer expliziten Nutzung, das heißt darum, ob Mitgefühlsbasierung für die Interventionspraxis explizit genutzt werden sollte. Dazu könnte schlicht die so genannte goldene Regel eine Orientierung sein, nämlich sich zu fragen, würde ich wollen, dass jemand so und so mit mir spricht, also z.B. neutral oder mitfühlend.

Darüber hinaus sollten wir uns selbst zuzubilligen, dass es ist nicht immer leicht ist, Mitgefühl zu entwickeln. Gegebenenfalls kann dies mit der Patientin thematisiert werden, und wenn sie sich über einen Mangel an Mitgefühl beschwert, sollte das aufgegriffen werden. Denn richtig im Sinn der Schule ist nicht immer richtig für eine Patientin.

Es geht um Mitgefühl mit uns selbst und mit den Patientinnen, und dass gerade aus diesem Mitgefühl für uns selbst eine Akzeptanz von Schwächen und Unzulänglichkeiten erwachsen kann, die wiederum ihnen zugutekommt.

Natürlich ging es Freud um tiefes Verstehen, jedoch verhinderten einige Parameter der psychoanalytischen Situation wie sie damals verstanden wurden, wie z.B. die Spiegelmetapher, die Abstinenz, die Grundregel eher Mitgefühl. Erst Ferenczi hat darauf hingewiesen, dass sich durch die Hypokrisie des Analytikers, wie er es nennt, also dessen

Unaufrichtigkeit, für den Patienten traumatisierende Erfahrungen wiederholen können. Er hat damit die weiter oben zitierte Aussage von Ghenet vorweggenommen, denn die hier eben genannten einschränkenden Parameter schufen zumindest für traumatisierte Patienten eine belastende Beziehungserfahrung und nicht reparierbare Brüche.

Einige Therapeuten haben jedoch vor allem durch die Begegnung mit traumatisierten Patienten die Notwendigkeit von neuen reparativen Beziehungserfahrungen erkannt. Erfahrungen, die heute mit „Rupture and Repair“ beschrieben werden (Safran und Muran 2000) also Fehleinstimmungen, wie sie in jeder engen Beziehung vorkommen, können nur aus Mitgefühl heraus verstanden und korrigiert, bzw. „repariert“ werden. (Holmes 2010) Ohne Mitgefühl besteht die Gefahr von rechthaberischer Deutungsarbeit, durch die sich Patienten verletzt fühlen. Schon Thomä sorgte sich, dass bestimmte Deutungen PatientInnen kränken oder beschämen könnten und bezeichnete mit Kächele das reine Zurückspiegeln von Fragen als schädlich, weil „der Patient dies als Abweisung erleben könne.“ Bereits 1984 hatte sich Thomä dahin gehend geäußert, dass „in Wirklichkeit der Psychoanalytiker als teilnehmender und die wahrgenommenen Phänomene interpretierender Beobachter die Übertragung und speziell die ‘Übertragungsneurose’ in höchstem Maße (beeinflusst)“ (Thomä 1984 S. 39) also bei genauer Betrachtung alles andere als neutral ist.

Eine andere Relativierung von bis dahin gültigen Vorstellungen nahm Joseph Weiss (1994) vor. Er stellte die Grundregel so lange in Frage wie Patienten sich in der Analyse nicht sicher fühlen und entwickelte gemeinsam mit Harold Sampson und Kollegen von der Mount Zion Group die „control mastery theory“, wobei es ihm vor allem um ein Erleben von Sicherheit der Patienten geht. In seinem Buch „How Psychotherapy Works: Technique and Process: Process and Technique“ wird Weiss nicht müde, die Notwendigkeit von Sicherheit zu betonen und erklärt, warum die Grundregel hierzu nicht geeignet sei. Gerade aus der Sicht traumatisierter PatientInnen ist Sicherheit von großer Bedeutung, und Weiss bringt in seinem Buch auch eine ganze Reihe von Fällen traumatisierter Patientinnen. Aus jedem seiner Worte spricht Achtsamkeit und engagiertes Mitgefühl, selbst wenn er diese Begriffe nicht verwendet. Und mit unserem heutigen Wissen über Bindung ist es noch einmal deutlicher, dass wir uns mit frühgestörten und traumatisierten PatientInnen um Sicherheitserleben in der therapeutischen Beziehung bemühen sollten, ja müssen. Das macht Weiss in seinen Fallgeschichten sehr deutlich.

Relational orientiert kann heute gefragt werden: Sollen wir uns Patienten gegenüber bloß „mindful“ (achtsam) oder auch „minded“ („sorgend“) zeigen, so Aron und Harris (2006, 118).

Heute werden viele Buchholz zustimmen, wenn er sagt, dass Menschen durch „menschlichen Bezug und Verstehen-in –der –Bezogenheit aus ihren affektiven Erfrierungen gelöst werden können. (Buchholz 2003,S.7) Es geht um das Verhältnis einer Therapeutin, die nicht mehr kühle Beobachterin sein kann, zu ihren Patienten. Es geht um den Analytiker, der nicht mehr Deutungsautorität beanspruchen kann, sondern auf anderen Wegen ein bedeutsamer Anderer zu werden, nämlich durch Berücksichtigung des Intersubjektiven oder des Relationalen, so Buchholz (S 8-9).

Andererseits gibt es bis heute noch immer in manchen professionellen Kontexten eine von Traditionen geprägte Kultur der „Versagung“ anstatt der Anerkennung der Bedürfnisse der Patientinnen nach mitfühlendem Beantwortetwerden. Eine genauere Analyse dieser Zusammenhänge findet sich in Michael Ermanns Buch „Der Andere in der Psychoanalyse. Die intersubjektive Wende.“ (2014) in dem sich Ermann deutlich für die neueren Sichtweisen ausspricht.

Parallel zu diesen innerpsychoanalytischen Entwicklungen wuchs das Interesse, komplex traumatisierte Menschen angemessen zu behandeln und etwa erregte Achtsamkeit Interesse, später auch Mitgefühl teils mit dem Ziel, eine explizite Praxis des Mitgefühls in die Psychotherapie zu integrieren.

Mitgefühl kann eine tragende Säule in der Arbeit mit traumatisierten Menschen sein, somit auch in psychodynamischen Therapien einen Platz haben. Es zeigt sich, dass PatientInnen durch die Erfahrung des fürsorglich-engagierten Umgangs der Therapeutin mit ihnen lernen können, mit sich selbst liebevoll mitfühlend und fürsorglich zu werden. Patientinnen können so eingeladen werden, auf der Basis der haltgebenden therapeutischen Beziehung zu lernen, mit sich selbst imaginativ haltgebend zu werden. Dies gemeinsam anzustreben, mindert die Gefahren des Nachbeelterns durch die Therapeutin, was ja ein wichtiger Grund für maligne Regression sein kann.

Die amerikanische Psychoanalytikerin Donna M. Orange, (2006) meint Mitgefühl bringe Respekt vor dem Leiden der Patientin zum Ausdruck. Es sei weder Interpretation noch Fürsorge, und doch beides, es betone implizit die Würde der Anderen. Letzteres ist mir besonders wichtig.

Orange geht davon aus, dass Mitgefühl durch Berücksichtigung von Komplexität Reduktionismus untergraben kann, und dass es uns in der klinischen Arbeit darin unterstützt, toleranter gegenüber Fehlern - eigenen und gegenüber denen von Patientinnen - zu verhalten, aber auch, das scheint mir von besonderer Relevanz zu sein, achtsamer gegenüber kleinen

Mißstimmigkeiten in der therapeutischen Beziehung zu werden. So könne Mitgefühl den Dialog mit der Patientin fördern und Verständnis für ihr Leiden.

Sie zitiert den Heidelberger Philosophen Hans-Georg Gadamer, der bereits 1975, als Psychoanalytiker davon noch weit entfernt waren, meinte, die Begegnung mit der Anderen verbinde uns und lasse uns „mitbetroffen“ sein.

Etwa 30 Jahre später vertritt Owen Renik (2003, 320-321), Lehranalytiker am San Francisco Psychoanalytic Institute, dass die Wertschätzung für Verantwortung und Mitgefühl in der therapeutischen Beziehung psychodynamischer Psychotherapien ein wichtiger Faktor sei.

Es geht - vermutlich immer - um Mitgefühl mit uns selbst und mit den PatientInnen und dass gerade aus diesem Mitgefühl für uns selbst eine Akzeptanz von Schwächen und Unzulänglichkeiten erwachsen kann, die wiederum den PatientInnen zugutekommt. Winnicotts Wort von „good enough“ (gemeint ist bei Winnicott die Mutter) steht hier für mich Pate, selbst wenn er nicht von Mitgefühl gesprochen hat.

Besonders bedeutungsvoll scheint mir, dass Mitgefühl helfen kann, Scham zu akzeptieren als ein nicht zu vermeidendes schmerzhaftes Erleben einerseits, um andererseits der Patientin schamvolles Erleben möglichst dosiert zuzumuten, wenn es sich um traumatische Hintergrunderfahrungen handelt, die häufig ausschließlich überwältigend erlebt werden.

Es mag einleuchten, dass mitfühlende Achtsamkeit weiterführt als die heute viel empfohlene so gut wie nur kognitiv orientierte Achtsamkeit, die nicht urteilen soll, aber eben nicht grundsätzlich aus einem mitfühlenden „Herz-Geist“ heraus. Denn das Wort *citta*, das oft nur mit Geist übersetzt wird, bedeutet genauer „Herz-Geist“. Tanja Singer hat übrigens in einer breit angelegten Studie zeigen können, dass ihre ProbandInnen, die eine Mitgefühlspraxis erlernten und übten konsequenter weitermachten als die die Achtsamkeit übten.

Polly Young –Eisendraht (2003, S.301-323), aus der Jung'schen Tradition kommend, spricht im Kontext von Mitgefühl von einer „bergend-transzendierenden“ Übertragung, die zunächst durch die Hoffnung der Patientin genährt werde, dass die Analytikerin genügend erfahren und fürsorglich ist, um das Leiden der Patientin zu lindern. Diese Form der Übertragung zeige das Entwicklungspotential der Patientin im Hinblick auf Weisheit und Mitgefühl für sich und andere und die der Patientin innewohnende Möglichkeit, Leiden zu transzendieren, „auch wenn diese Weisheit unbewusst oder erst aufkeimend sei.“ (Young Eisendraht 2003 S 305,Übersetzung L.R.)

Wir sollten allerdings nicht außer Acht lassen, dass schwer interpersonell traumatisierte Patientinnen häufig viel Zeit brauchen, um Vertrauen in die Therapeutin zu entwickeln. Aus meiner Sicht bedeutet das, dass die Therapeutin oft über eine längere Zeit ohne diese

Hoffnung der Patientin auskommen muss und sich allein auf ihr Mitgefühl stützen kann. An dieser Stelle bedeutet Mitgefühl vor allem, gut zu verstehen, was frühe Vernachlässigungs- und Gewalterfahrungen anrichten können und eine Patientin zu respektieren, die einem fortwährend mit größter Vorsicht begegnet. Mitfühlendes Handeln zeigt sich dann darin, dass wir Geduld aufbringen.

Wenn man fragt, ob die Bedeutung von Achtsamkeit wie sie in buddhistischen Lehren vertreten wird, zu psychodynamischen Konzepten passt, wird häufig auf Gemeinsamkeiten mit Freuds Grundregel hingewiesen. (z.B. Epstein 1996)

Manche meinen, ohne Mitgefühl sei Achtsamkeit eine finstere Angelegenheit, eine selbstbezogene Frage nach Erleuchtung, eine abgehobene Loslösung von der Alltagswelt oder auch Nabelschau.

Es soll hier auch nicht unerwähnt bleiben, dass Achtsamkeitspraxis dazu führen kann, Themen zu vermeiden oder zu Abwehrzwecken zu verwenden, vor allem: Narzisstische Perfektion und Unverwundbarkeit zu verfolgen, Ängste vor Individuation zu umgehen, Verantwortlichkeit und Verfügbarkeit zu meiden, Ängste vor Nähe zu rationalisieren, unerwünschte Gefühle zu unterdrücken, Ärger zu vermeiden, Überich –Bedürfnisse nach Selbstbestrafung zu erfüllen, innere Erfahrung zu vermeiden, Vernunft, Intellekt und Nachdenken über eigene Motive zu vermeiden und Meditation als Ersatz für Trauerprozesse angesichts von Verlusten einzusetzen und Kummer aus dem Weg zu gehen. (Suler 1993)

Bei durch Vernachlässigung, Gewalt und sexualisierte Gewalt traumatisierten PatientInnen kann man mit der heute gängigen und immer mehr in Mode kommenden Praxis von Achtsamkeit wenig erreichen, zum Teil sind solche Angebote sogar schädlich. Mitgefühl wird allerdings immer benötigt.

Auch Erich Fromms Gedanken über das, was Liebe für ihn ist, haben viel mit Mitgefühl zu tun, wenngleich er das Wort nicht benutzt. Er nennt vier Grundelemente, die für ihn zum Lieben dazu gehören, die wiederum für ärztliches und psychotherapeutisches Handeln wichtig sind, nämlich: Fürsorge, Verantwortungsgefühl, Achtung vor dem anderen und Erkenntnis.

Wenn Fromm Liebe als tätige Sorge für das Leben und das Wachstum dessen, was wir lieben, begreift, ist das für mich nicht zuletzt eine Aussage über Mitgefühl.

Es geht ihm um *eine Antwort auf die ausgesprochenen oder unausgesprochenen Bedürfnisse eines anderen menschlichen Wesens. Der liebende Mensch antworte. Er fühle sich für seine Mitmenschen genauso verantwortlich wie für sich selbst.* So weit Fromm.

Menschen, die Mitgefühl erfahren, beschreiben das oft als ein beantwortet werden. Mitgefühl bedeutet, zu verstehen, dass der andere Mensch um seiner selbst Willen und auf seine eigene

Weise wächst und sich entfaltet. Das wiederum halte ich für die Arzt/ Therapeut-Patient Beziehung für zentral: Wie schnell jemand gesunden will und kann, haben nicht wir zu bestimmen und können es nicht.

Manche scheinen davon auszugehen, dass sich Mitgefühl naturwüchsig aus Achtsamkeit ergibt. Es scheint aber möglich zu sein, dass jemand Achtsamkeit als Technik praktiziert, so wie es mir eine Reihe meiner PatientInnen berichtet haben. Sie können dadurch zwar während der Meditation manchmal Entspannung erreichen, diese hält aber nicht an. Meine Hypothese dazu ist, dass die traumatisierten inneren Anteile dadurch nicht beruhigt werden können, teilweise werden sie auch verstört und PatientInnen verschlechtern sich durch Meditation.

Einiges spricht dafür, dass PatientInnen dann von einer Behandlung viel profitieren, wenn sie die Hoffnung auf Heilung haben. Das würde bedeuten, dass wir entweder einen auf Heilung hoffenden Patienten brauchen, um ihm helfen zu können oder dass wir ihm mitfühlend dabei helfen sollten, Hoffnung zu entwickeln.

Die Hirnforschung liefert Hinweise, dass der mitfühlende Arzt der beste Arzt ist, den man sich wünschen kann.

In seinem 2011 erschienen Buch „The patients brain“ beschreibt der Turiner Hirnforscher Fabrizio Benedetti, dass es das Mitgefühl des Arztes ist, das einen Patienten zur Hoffnung ermutigen kann. In der Psychotherapie traumatisierter Menschen benötigen wir besonders viel Mitgefühl damit sich Hoffnung entwickeln kann.

Wir fühlen uns, wenn wir selbst als PatientInnen gestresst, wenn wir uns wie am Fließband behandelt fühlen. Nur wenn z.B. die Ärztin uns versteht, bemerkt, was wir brauchen, wenn sie uns emotional beantwortet, dann fühlen wir uns erleichtert, wir können lächeln. Wir sollten uns davon befreien, das mehr oder weniger verächtlich als Regression zu bezeichnen. Wenn es uns schlecht geht, sind wir bedürftig und es war der lange verachtete John Bowlby der zeigen konnte, dass auch Erwachsene Angebote einer sicheren, Halt gebenden Bindungserfahrung brauchen, wenn sie in Not sind.

So wie ich die Dinge heute verstehe, sehe ich keinen großen Unterschied mehr zwischen einer Arzt-Patient Interaktion, die sich auf körperliches Leiden bezieht und einer Interaktion, die eher Psychisches zum Gegenstand hat.

Viele unserer PatientInnen lehnen sich dafür ab, ja hassen sich sogar dafür, dass sie das, was sie sein sollten, nicht erreichen. Sie bezahlen einen hohen Preis dafür, dass sie fühlen. Die ersten Verletzungen, die ihnen zugefügt wurden, führen dazu, dass sie immer neue weitere Verletzungen gegen sich richten. Sie wünschen sich von ihrer Not befreit zu sein und hoffen,

wenn sie nur genügend gut, sprich: angepasst sind, dann... Beispiele von traumatisierten PatientInnen zeigen, dass es ihnen zwar gelungen ist zu überleben, und doch bleiben sie wütend auf sich selbst und die Welt. Sie suchen Frieden und deshalb kommen sie in Therapie und meditieren teilweise auch, aber sie fühlen sich überall von Dämonen umstellt. Dämonen der Vergangenheit, die sie nicht loslassen. Ich nehme an, dass innere Dämonen, die wir Introjekte nennen, ihnen Mitgefühl nicht erlauben. Hier scheint es notwendig zu sein, dass die Therapeutin so viel Mitgefühl für all die verletzten und vernachlässigten Anteile aufbringt, dass sie die Patientin einladen kann, diesen mit Mitgefühl zu begegnen. Und auch dazu ermutigen kann, den Dämonen, also den Introjekten, mitfühlend zu begegnen. Dies kommt m.E. einem psychodynamischen Verstehen insbesondere für Prozesse von Übertragung und Gegenübertragung sehr zugute. Für mich ist die Grundlage dieser Arbeit das ego state Modell von Paul Federn, der übrigens ein sehr mitfühlender Psychiater war und vieles vorweggenommen hat, was später in der Traumtherapie wieder auftauchte. Z.B. warnte er davor, zu viel frühere Erfahrungen von den jüngeren Anteilen wissen zu wollen, weil dies das erwachsene Ich schwächen könne.

Es gehe darum, die „Schreie der Welt zu hören“, meint die sehr bekannte buddhistische Lehrerin Pema Chödrön. Und genau hier scheint die Stelle zu sein, wo es Mitgefühl braucht, aber eben auch Mitgefühl der Therapeutin mit sich selbst. Die Schreie der Welt tagein, tagaus mit offenen Ohren und offenem Herzen zu hören, das ist nicht leicht. Der Buddha war weise, deshalb stellte er dem Mitgefühl drei weitere an die Seite: liebende Güte, Gleichmut und, für mich das Wichtigste: Mitfreude. Ohne Freude im Leben und bei der Arbeit kann man nicht mitfühlend sein. Ich fand einen schönen Vergleich bei der psychoanalytischen Kollegin vom Allison White Institut in New York, Sandra Buechler: Die Analytikerin müsse es halten wie eine Mutter im Flugzeug, erst müsse sie selbst die Sauerstoffmaske anlegen, erst dann dem Kind. Wir sollten viel tun, dass wir Freude im Leben und am Leben haben, das ist der Sauerstoff der Therapeutin-Patientin Beziehung. Für tiefes Verstehen der PatientInnen und der sich daraus ergebenden Prozesse, die sich in der Übertragung manifestieren können, kann vor allem eine mitfühlende Grundhaltung und sich daraus ergebende Interventionen zur tragenden Säule der psychodynamischen Arbeit werden.