

VPP



Berufsverband
Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

aktuell

VERBAND PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IM BDP E.V.

HEFT 41

Juni 2018

Selbstmitgefühl in der Psychotherapie



Selbstmitgefühl in der Psychotherapie

Dr. Christine Brähler ist Psychologische Psychotherapeutin in Praxis in München und lehrt und forscht auf internationaler Ebene zu Selbstmitgefühl in der Psychotherapie.

Herr P. berichtet im Therapiesgespräch: „Gestern bin ich mit einer massiven Schwere auf der Brust aufgewacht. Sofort schossen mir negative Gedanken durch den Kopf, wie etwa, dass ich diesen Tag mit all seinen Anforderungen nicht bewältigen kann. Das Leben erschien mir als ein einziger Kampf. Ich fühlte mich wie von einem Mühlstein erdrückt. Als ich da so völlig kapituliert lag, hörte ich auf einmal innerlich liebevolle Worte, die mir Verständnis zusprachen und mich daran erinnerten, dass meine Familie mich bedingungslos liebt, auch wenn ich aufgrund der depressiven Phasen manchmal nicht aus dem Bett komme. Plötzlich war mein Körper leichter, und mir war wärmer ums Herz. Ich fühlte mich ermutigt, aufzustehen und mich erst einmal zu duschen. Nach der Dusche hielt die sanfte Energie an und ich bewältigte meine Aufgaben – eine nach der anderen – und fühlte mich am Abend stolz und erfüllt.“

Drei Komponenten von Selbstmitgefühl

Im Fallbeispiel wird deutlich: Obwohl Herr P. noch Symptome einer Depression erlebt, ist er in der Lage, mitfühlend und weise mit deren Auftreten umzugehen, sodass sie ihn kaum beeinträchtigen. Er hat eine innere Instanz entwickelt, die hilft, Momente von Antriebslosigkeit und Überforderung zu regulieren. In anderen Worten: Herr P. schenkt sich in Momenten der Depression Selbstmitgefühl. Anstatt sich wie vorher in seinen negativen Gedanken zu verstricken und weniger Kapazität für seine Familie zu haben, ist er jetzt vertraut mit den sich wiederholenden Inhalten und hat Verständnis dafür, dass sie automatisch auftauchen, was ihm etwas mehr Distanz gibt. Er beobachtet sie mit *gleichmütigem Gewahrsein* und validiert sich selbst. Anstatt sich für seine Depression zu schämen und sich für seine „Schwäche“ zu verurteilen, kann er seine Grenzen besser akzeptieren und nachgiebiger zu sich selbst sein, da er sich mit anderen – arbeitenden Familienvätern wie ihm – im Gefühl der scheinbaren Unvollkommenheit verbunden fühlt. Er erlebt *gemeinsames Menschsein* und *Selbstfreundlichkeit*. Diese drei Komponenten machen Selbstmitgefühl aus (Neff, 2003). Durch das Selbstmitgefühl hat Herr P. Scham, Grübeln, Vermeidung und Selbstverurteilung, welche die Depression aufrecht erhielten, reduziert und sein Wohlbefinden gesteigert. Das Wesentliche der Therapie hat Herr P. bereits verinnerlicht und diese damit „tragbar“ gemacht.

Studien zu Selbstmitgefühl

In vergleichenden Studien zeigte sich, dass der Anstieg des Selbstmitgefühls der Patientinnen und Patienten am Ende der Therapie (Hoffart, Øktedalen & Langkaas, 2015; Schanche, Stiles, McCullough, Svartberg & Nielsen, 2011), aber auch von Sitzung zu Sitzung (Galili-Weinstock et al., 2017) die Reduktion von Symptomen hervorsagte – unabhängig von Therapieform und Krankheitsbild. Dies weist darauf hin, dass Selbstmitgefühl ein wichtiger transdiagnostischer Wirkmechanismus ist.

Selbstakzeptanz ist nichts Neues in der Psychotherapie: Bereits Sigmund Freud, B. F. Skinner und Carl Rogers wussten, dass diese das eigentliche Ziel sein sollte. Carl Rogers erkannte 1961: „[...] das seltsame Paradox ist, dass, wenn ich akzeptiere, wer ich bin, ich mich verändern kann“ (Rogers, 1995, S. 17). Neu sind heute evidenzbasierte Methoden, um die Selbstakzeptanz explizit zu fördern. Studien zeigen zusätzliche Verbesserungen bei Essstörungen (Gale, Gilbert, Read & Goss, 2014; Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar & Hoffman, 2017) und Borderline-Persönlichkeitsstörung (Feliu-Soler et al., 2017), wenn die jeweilige Richtlinien-therapie durch ein explizites Selbstmitgefühlsmodul ergänzt wurde. Befunde für neue mitgefühlsbasierte Therapieansätze als Ergänzung zur Standardbehandlung bei einer Reihe von klinischen Problemen wie Psychosen (Braehler et al., 2013), Essstörungen (Kelly et al., 2017), Persönlichkeitsstörungen (Lucre & Corten, 2013) und verschiedene schwere psychische Störungen (Cuppige, Baird, Gibson, Booth & Hevey, 2017) sind durchaus vielversprechend.

Wie wirkt Selbstmitgefühl?

Studien belegen klare negative Zusammenhänge zwischen Selbstmitgefühl und anderen, die Krankheit aufrechterhaltenden Mechanismen wie Scham, Grübeln, Gedankenunterdrücken, Vermeidung und Selbstverurteilung (Krieger, Altenstein, Baettig, Doerig & Holtforth, 2013; Ehret, Joormann & Berking, 2015). Die aktuelle Forschungslage lässt zudem schlussfolgern, dass ein expliziter ergänzender Fokus auf die Förderung von Selbstmitgefühl die Effektivität von etablierten Psychotherapieverfahren steigern kann, wenn starke Scham und Selbstverurteilung erlebt werden.

Die Literaturangaben für diesen und die nachfolgenden Texte von Dr. Christine Brähler finden interessierte Leserinnen und Leser auf www.vpp-aktuell.de.

„Ich war schon immer besser darin, mich um andere zu kümmern, als um mich selbst. Aber in den letzten Jahren habe ich Fortschritte gemacht.“

Carl Rogers im Alter von 75 Jahren (1995, S. 80)

Schritt 1: Selbstmitgefühl der Therapierenden stärken

Mitgefühl ist keine abstrakte Technik, sondern eine wohlwollende und weise Haltung gegenüber Leid. Wie steht es um unsere eigene Selbstfürsorge? Oft bedarf diese der bewussten Pflege und Übung, wie auch Carl Rogers im Alter feststellte (siehe Zitat oben). Egal wie sehr wir glauben, uns hinter Schreibtisch, Klemmbrett oder Übungsblättern verstecken zu können, unsere Haltung uns selbst gegenüber, wenn es uns schlecht geht oder wenn wir scheitern, scheint hindurch und prägt die Art, wie wir mit dem Leid unserer Patientinnen und Patienten umgehen.

Was verhindert Selbstmitgefühl?

Oft sind es Glaubenssätze wie: „Wenn ich mich um mich kümmere, ist das egoistisch/lasse ich andere hängen/passiert etwas Schlimmes, da das Leid der anderen größer ist“, die verhindern, dass wir Selbstmitgefühl nachhaltig in unseren Alltag integrieren.

Gegen berufliche Belastungen

Erfolgreiche Therapeutinnen und Therapeuten sind fähig, mit einem breiten Spektrum von Patientinnen und Patienten tragfähige Beziehungen aufzubauen. Ausschlaggebend ist dabei die Fähigkeit, sich einzufühlen, zu reflektieren, sich anzupassen und Hindernisse im Beziehungsaufbau zu überwinden. Diese emotionale, zwischenmenschliche Arbeit über Jahre hinweg auszuüben, kann erschöpfen. Selbstmitgefühl kann helfen, uns wieder Energie zu geben, wenn wir Gefahr laufen auszubrennen.

Neurowissenschaftliche Studien belegen, dass Menschen automatisch den Schmerz anderer als Empathieschmerz erleben, was Burnout verursachen kann. Durch Training in Mitgefühl und liebender Güte ist es jedoch möglich, die „Standardeinstellung“ des Gehirns zu verändern – vom belastenden Empathieschmerz weg, hin zu positivem und energiegebendem Mitgefühl. Eine Möglichkeit dafür ist das evidenzbasierte Trainingsprogramm *Mindful Self-Compassion* (MSC; achtsames Selbstmitgefühl; Germer & Neff, 2016), das für psychisch stabile Erwachsene entwickelt wurde und deshalb ideal zur Förderung von Resilienz in Gesundheitsberufen geeignet ist (Germer & Neff, 2016).

Obgleich Selbstmitgefühl nicht die systemischen Faktoren verändern kann, die Burnout im Beruf fördern, kann es

einen wesentlichen Beitrag zum Wohlbefinden von Therapeutinnen und Therapeuten leisten.

Üben Sie Selbstmitgefühl

Das nächste Mal, wenn Sie sich im Arbeitsalltag belastet fühlen, nehmen Sie sich kurz Zeit, und gönnen Sie sich eine Selbstmitgefühlspause aus dem MSC-Programm.

Gleichmütiges Gewahrsein:

Spüren Sie das Unbehagen im Körper. Wenden Sie sich der Stelle zu, und erkennen Sie in Ihrer eigenen verständnisvollen Stimme an, dass Sie gerade belastet sind, etwa indem Sie sich innerlich sagen: „Das ist echt schwierig“, oder: „Das ist wirklich stressig“, oder: „Aua, das tut weh“. Validieren Sie Ihre Belastung, so gut es geht – Werten wäre jetzt nur invalidierend. Dies ist ein Moment des Leids – egal wie klein oder groß.

Gemeinsames Menschsein:

Werden Sie sich bewusst, dass Sie wie jeder Mensch schwierige Zeiten durchmachen und Belastungen zum Leben gehören. Auch wenn Sie sich vielleicht gerade allein damit fühlen, führen Sie sich bewusst Menschen vor Augen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, wie etwa Kolleginnen und Kollegen, die diese Erschöpfung auch erleben: „Ich bin nicht alleine damit. Belastungen gehören zum Leben dazu.“ Oder denken Sie an vertraute Menschen, die auf andere Art und Weise im Leben belastet sind. Sie müssen deren Leid nicht richten, sondern sind eingeladen, sich mit ihnen verbunden und weniger allein zu fühlen.

Beruhigende Berührung:

Legen Sie die Hand aufs Herz und spüren Sie die Wärme der Hand und auch den beruhigenden Atemrhythmus unter der Hand.

Selbstfreundlichkeit:

Sagen Sie sich liebevolle, freundliche und unterstützende Worte, die Sie jetzt brauchen, wie etwa: „Möge ich freundlich zu mir sein“, oder andere tröstende, ermutigende, beruhigende oder beschützende Sätze, die Sie einer Freundin oder einem Freund in der gleichen Situation sagen würden. Schenken Sie sich Freundlichkeit – nicht um die Belastung wegzumachen, sondern weil Sie gerade belastet sind.

Schritt 2: Mitgefühl in der therapeutischen Beziehung

In den Interaktionen mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten erlebt die Patientin bzw. der Patient eine mitfühlende Beziehung zu einem anderen Menschen, die Modell für die mitfühlende Beziehung zu sich selbst sein sollte. Patientinnen und Patienten mit Bindungstraumatisierungen bedürfen einer sicheren Bindung mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten oder mit einer anderen Person im Außen, bevor sie sich im Selbstmitgefühl üben können. Das Gegenüber als verlässlich, einfühlsam, sensibel, weise und fürsorglich, aber auch ganz menschlich zu erleben, hat eine heilsame Wirkung auf Körper und Geist (Del Canale et al., 2012).

Es ist normal, dass sich in dieser Phase der Therapie Hindernisse gegenüber dem Empfangen von Mitgefühl in Form von Misstrauen, Vermeidung oder gar Wut zeigen und als Teil der üblichen biografischen und Beziehungsarbeit gesehen werden. Dieses Phänomen wird als „Angst vor Mitgefühl“ (Gilbert, McEwan, Catarino & Baião, 2014) oder „Backdraft“ (Germer, 2009) bezeichnet und erforscht. Die Arbeit mit dem Bindungssystem aktiviert alle Bindungserfahrungen, inklusive des schmerzlichen Mangels und der Verletzungen, die sich dann in der Übertragung oder direkt als benennbare Belastungen in der Patientin bzw. im Patienten zeigen können.

Mitfühlende Präsenz aufrechterhalten

Folgende Prinzipien können helfen, die mitfühlende Präsenz aufrechtzuerhalten bzw. zu ihr zurückzukehren, wenn sie uns einmal verloren geht, wenn wir uns gestresst, verwirrt oder bedroht fühlen, oder auch abgelenkt und müde.

Resonanz

Mitgefühl beginnt mit Einfühlung, einer Sensibilität anderen gegenüber und dem, was sie empfinden und vielleicht brauchen. Therapeutinnen und Therapeuten bedürfen eines achtbaren Gewahrseins für den eigenen Körper und die eigenen Gefühle während der Sitzung, um sich zuerst mit sich selbst zu verbinden und direkt „mitzufühlen“, was Patientinnen und Patienten erleben. Die Achtsamkeits- und Selbstmitgefühlspraxis der Therapierenden hilft, eigene Belastungen, die aktiviert werden, selbständig innerlich zu umsorgen und zu halten, sodass wieder Kapazitäten für die Patientin bzw. den Patienten frei werden und sich eigene Themen so wenig wie möglich mit denen der Patientin bzw. des Patienten vermischen.



Eine beruhigende Berührung kann im Umgang mit Belastungen helfen.

Radikale Akzeptanz

Mitgefühl ist weise und gleichmütig. Das bedeutet, dass wir den Patientinnen und Patienten und allem, was sie erleben und mitteilen, so offen und nicht urteilend wie möglich begegnen. Das heißt nicht, dass wir schädigendes Verhalten tolerieren oder passiv resignieren, sondern, dass wir, auch wenn wir Kontingenzen setzen, die Patientinnen und Patienten als Menschen mit allem problematischen Verhalten so akzeptieren, wie sie sind, bzw. Patientinnen und Patienten emotional nicht verlassen, auch wenn Veränderung gerade schwierig ist. Oft streben wir danach, dass unsere Patientinnen und Patienten Ergebnisse erzielen, und sind enttäuscht, wenn diese nicht erreicht wurden. Wenn wir uns der intrinsischen Motivation der Patientinnen und Patienten sicher sind, eine Besserung erlangen zu wollen, können wir ihnen und ihren Ressourcen vertrauen. Anstatt eine kritisierende oder rettende Haltung einzunehmen, kann uns die radikale Akzeptanz des Ist-Zustands helfen, mit den Patientinnen und Patienten wohlwollend verbunden zu bleiben. Die entstehende Weisheit zwischen Therapierenden und Patientinnen und Patienten kann helfen zu erkennen, welche Aspekte verändert werden können und welche nicht. Oft bekämpfen wir auch Probleme in Patientinnen und Patienten, die wir nicht verstehen und von denen wir uns beunruhigt fühlen. Wie wäre es stattdessen, uns den Patientinnen und Patienten

nicht wissend zuzuwenden? Diese Akzeptanz eröffnet uns eine weise Haltung, die das „Mitfühlen“ des Körpers und Herzens ergänzt.

Ressourcen

Aufbauend auf der Resonanz und der radikalen Akzeptanz kann der therapeutische Dialog sich bei Belastung auf die Aktivierung von Ressourcen fokussieren. Mitgefühl ist der Ausdruck von Fürsorge, die auf Leid trifft. Es ist also eine fürsorgliche Haltung, die sich je nach Art des Leids in einer anderen Eigenschaft manifestieren kann. Bei Missbrauch benötigen Betroffene Schutz durch Behauptung, Vernachlässigung erfordert nährende Pflege, Angst bedarf der Beruhigung, Trauer des Trostes und Unsicherheit der Ermutigung. Als Therapeutinnen und Therapeuten bieten wir diese Ressourcen von außen an, bis die Patientinnen und Patienten

diese Fertigkeiten verinnerlicht haben und sich selbst helfen können. Stufenweise begeben wir uns gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten auf die Suche nach bestehenden Ressourcen in deren Erfahrungsschatz und Leben, die im Jetzt hilfreich sein können.

Schulenübergreifender Wirkmechanismus

Als transdiagnostischer und schulenübergreifender Wirkmechanismus kann Selbstmitgefühl auf allen drei Ebenen in alle Psychotherapieformen integriert werden, die Emotionsregulation und Selbstakzeptanz zum Ziel haben. Aufbauend auf dem Fundament einer authentischen, mitfühlenden und klaren Präsenz der Therapierenden entwickelt sich eine therapeutische Beziehung, durch die Patientinnen und Patienten stufenweise implizit Selbstmitgefühl aufbauen.

Schritt 3: Interventionen für mehr Selbstmitgefühl

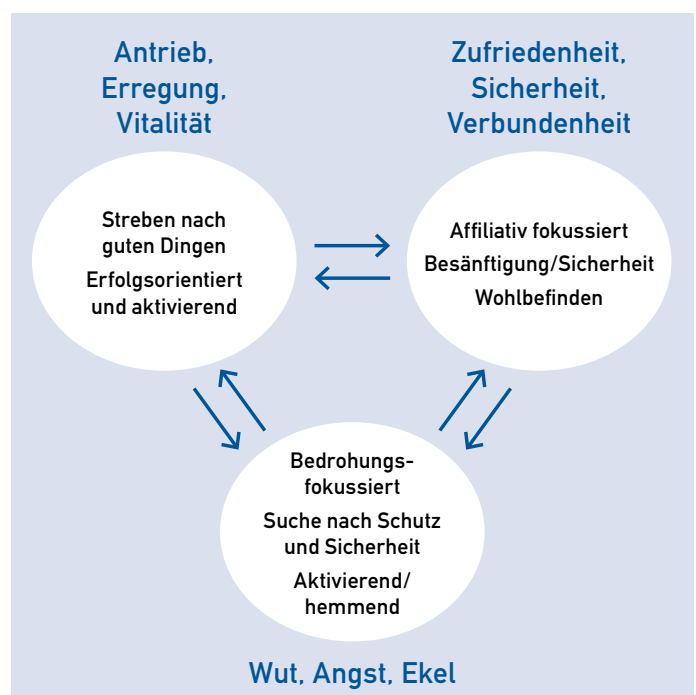
Im dritten Schritt können Interventionen, die speziell auf Patientinnen und Patienten und deren Fallkonzepte abgestimmt sind, helfen, Selbstmitgefühl explizit zu trainieren, die therapeutische Beziehung dadurch tragbar zu machen und die Selbstwirksamkeit zu steigern.

In diesem Artikel sollen einige wichtige Beispiele zur Integration in die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) nach Beck (1979) erwähnt werden, die teilweise der „compassion-focused therapy“ (CFT; Gilbert, 2010), einer mitgefühlbasierten Version der KVT, entstammen. (Für weitere Informationen und zur Integration in die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT), die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), die Anteilarbeit und die psychodynamische Psychotherapie siehe auch das Buch „Self-compassion in clinical practice“ von Brähler und Germer, 2019.)

Behaviorale Aktivierung

In dieser Übung liegt der Fokus auf der Motivation: Welches emotionale-motivationale System soll durch behaviorale Aktivierung aktiviert werden? In der mitgefühlbasierten Sicht und Forschung werden zwei positive emotional-motivationale Systeme unterschieden (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005): Das „Antrieb“-System strebt danach, Ressourcen anzuhäufen, um von außen Belohnung zu bekommen, wie etwa sozialen Rang und Anerkennung. Es geht mit kurzlebigen Hochgefühlen einher, die verpuffen, sobald die Ressourcen aufge-

braucht sind – um durch das Gefühl des Mangels wieder einen Antrieb zum Erwerb von Ressourcen und Belohnungen auszulösen. Dieses System führt zu einer Mentalität



Die Interaktion zwischen den drei zentralen Emotionsregulationsmechanismen (nach Gilbert, 2010)

des Vergleichs, des Wettbewerbs und der Rangordnung. Das „Fürsorge“- oder Bindungssystem hingegen strebt danach, Geborgenheit, Verbundenheit, Nähe, Zugehörigkeit und Zuwendung zu geben und zu empfangen. Diese positiven Gefühle sind langlebiger, da sie unabhängig von Leistung und sozialem Rang sind. Behaviorale Aktivierung kann somit um eine bewusste Aktivierung der fürsorglichen Motivation ergänzt werden, um zu vermeiden, dass Betroffene aus dem „Antrieb“-System heraus beginnen, sich zu vergleichen und zu überfordern.

Übung für Patientinnen und Patienten

Wählen Sie eine alltägliche Aktivität, wie etwa Duschen oder Frühstück, die Sie gerne in Ihren Tag integrieren würden, aber nur schwer bewältigen. Am besten eignet sich eine Tätigkeit, die Sie bald nach dem Aufstehen angehen können, um den Tag mit der Absicht zu beginnen, für sich zu sorgen. Denken Sie an ein echtes oder imaginäres Wesen, das Ihnen wohlgesonnen ist, vielleicht ein Haustier, eine Freundin bzw. einen Freund oder ein Familienmitglied, oder auch ein ideales, imaginäres, mitfühlendes Wesen, die Natur, Gott oder eine spirituelle Instanz, oder aber auch Ihr eigenes mitfühlendes Selbst. Sehen Sie das Wesen innerlich vor sich, empfangen Sie das Wohlwollen und die fürsorglichen Absichten. Fragen Sie sich: Was würde ich jetzt gerne von diesem Wesen hören, was es mir leichter machen würde, die Aktivität zu beginnen? Formulieren Sie dann eine fürsorgliche Absicht für diese Aktivität, schreiben Sie sie auf (zum Beispiel auf eine Karte) und platzieren Sie die Botschaft an einem Ort, den Sie vom Bett aus leicht sehen können. Die Botschaft könnte zum Beispiel lauten: „Ich dusche mich, weil ich mich um mich selbst kümmern will, oder um meiner Familie zu zeigen, dass ich mich auch selbst so respektiere wie sie mich.“ Nehmen Sie dann bewusst wahr, wie Sie sich währenddessen und danach fühlen. Es ist wichtig, sich zu erinnern, dass es nicht darum geht, eine Aufgabe zu beenden, sondern lediglich darum, eine Aktivität begonnen zu haben und sich dafür zu loben.

Kognitive Umstrukturierung

Die meisten KVT-Therapeutinnen und -Therapeuten kennen das Problem: Nach einer kognitiven Umstrukturierung sagt die Patientin bzw. der Patient, dass sich das alles zwar glaubwürdig anhört, sie bzw. er sich aber nicht anders fühlt. Eine vorherige Aktivierung des „Fürsorge“-Systems kann zu nach-

haltigen emotionalen und behavioralen Veränderungen führen. So belegt eine Studie von Ehret, Joormann und Berking (2018), dass Selbstmitgefühl effektiver die depressive Verstimmung in depressiven Patientinnen und Patienten reduziert als kognitive Umstrukturierung und als körperliches Zulassen des negativen Affekts. Eine weitere Untersuchung zeigt, dass eine experimentelle Induktion von Selbstmitgefühl die Wirksamkeit der kognitiven Umstrukturierung bei Depression verbessert (im Vergleich zur reinen kognitiven Umstrukturierung; Diedrich, Hofmann, Cuijpers & Berking, 2016).

In einer neurowissenschaftlichen Studie wurde Licht auf den zugrundeliegenden Mechanismus geworfen: Bei emotionaler Belastung führt kognitive Umstrukturierung zur Dämpfung sowohl negativer als auch positiver Gefühle, wohingegen die Mitgefühlsinduktion zum Anstieg von positiven Gefühlen bei mehr oder weniger gleichbleibendem negativem Affekt führt (Engen & Singer, 2015). In anderen Worten: Die Aktivierung von Sicherheit, Vertrauen, Wohlwollen, Akzeptanz und Verbundenheit puffert den negativen Affekt einer Belastung. Ganz konkret können Therapierende ihren Patientinnen und Patienten helfen, mit der Zeit innere mitfühlende und weise Bilder entstehen zu lassen. Therapierende suchen den sichersten Zugang zum „Fürsorge“-System, der das Bedrohungssystem am wenigsten aktiviert. Zum Beispiel kann es leichter sein, sich zuerst vorzustellen, Mitgefühl von der Sonne oder einer Farbe zu empfangen, statt von einem menschlichen Wesen, wenn Betroffene zwischenmenschliche Traumatisierungen erlebt haben. Sobald eine solche mitfühlende und weise Instanz aufgebaut wurde und emotional spürbar und abrufbar ist, kann man die Frage stellen: „Was würde Ihr mitfühlendes Wesen/Ihre Freundin/Ihr Freund/Ihr Selbst in dieser Situation sagen oder tun wollen?“

Exposition

Stellen wir uns die folgende Situation vor: Ein Kleinkind verliert seine Mutter im Einkaufszentrum. Sein Bedrohungssystem ist aktiviert, und es weint vor Verzweiflung. Als es die Mutter plötzlich wieder sieht, rennt es auf sie zu und fällt ihr in die Arme. Es weint, während es von ihr getröstet wird und sich von dem Schreck und der Angst erholen kann. Nachdem es sich in seinem eigenen Tempo beruhigt hat, bekommt es wieder Lust zu spielen und wird wieder neugierig, die Umgebung zu erforschen. Ein solches Zusammenspiel zwischen Bedrohungs-, Fürsorge- und Antriebssystem ermöglicht eine natürliche Emotionsregulation. Dies lässt sich auch auf die Konfrontation mit Ängsten anwenden. Patientinnen und Patienten, die Selbstmitgefühl kultiviert haben, beginnen oft

von selbst, sich mit Ängsten zu konfrontieren und Selbstexposition zu praktizieren. Diese Exposition ist dann nicht vom Kampfpuls des Bedrohungssystems motiviert, sondern von einer nachhaltigen fürsorglichen Motivation für das eigene Wohlbefinden und dem Wunsch, ein sinnerfülltes Leben zu führen. Selbstmitgefühl vor der expliziten Expositionsarbeit zu kultivieren kann unterstützend wirken, indem es die intrinsische Motivation und Resilienz der Betroffenen fördert.

Verhaltensexperimente



© myo.studio - Twenty20.com

Offenheit für Momente von Freude, Glück und Zufriedenheit

Freude zu empfinden und Mitgefühl zu geben und zu empfangen, sind wichtige Aspekte der Emotionsregulation. Ängste vor Glück, Zufriedenheit und Fürsorge sind bei Patientinnen und Patienten mit Depression erhöht, blockieren die Emotionsregulation und reduzieren die Lebensqualität (Gilbert, McEwan, Catarino, Baião & Palmeira, 2014). Verbunden damit sind Überzeugungen wie: „Wenn ich mich freue, dann passiert etwas Schlimmes“, oder: „Wenn ich Mitgefühl empfangen, dann macht mich das schwach und verletzlich.“ Gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten können Verhaltensexperimente entwickelt werden, die darauf abzielen, solche Glaubenssätze bezüglich des Erlebens von positiven Gefühlen zu überprüfen. „Was passiert tatsächlich, wenn ich mich Freude empfinden lasse?“, oder: „Wie fühle ich mich tatsächlich in meinem Körper, wenn meine Therapeutin bzw. mein Therapeut eine Mitgefühlsübung mit mir macht?“

Dabei ist es wichtig, die Prinzipien der stufenweisen Desensibilisierung auch gegenüber den positiven Gefühlen anzuwenden, um die Patientinnen und Patienten nicht zu überfordern.

Mitgefühl: die natürliche Antwort auf Leid

Hoffentlich haben die meisten Leserinnen und Leser bei der Lektüre dieses Beitrags entdeckt, dass sie viele der genannten Tipps und Ideen schon in ihre Arbeit integrieren. Das liegt daran, dass wirkungsvolle Psychotherapie nur aus einer fürsorglichen Haltung heraus betrieben werden kann. Mitgefühl ist nichts Schwaches oder Verweichtes, sondern es gibt uns wahrhaftige Stärke und Widerstandsfähigkeit, die wir alle brauchen, um mit den unvermeidbaren Belastungen im Leben umzugehen. Als Therapeutin bzw. Therapeut kann uns (Selbst-)Mitgefühl gegen Burnout schützen und unsere mitfühlende und weise Präsenz stärken. In der Arbeit mit Patientinnen und Patienten kann Selbstmitgefühl helfen, die Wirksamkeit der Therapie zu steigern und die therapeutische Beziehung nach Therapieende „tragbarer“ zu machen.

Dr. Christine Brähler, München
www.christinebraehler.com

Vorträge:

30. November 2018: Kongress Meditation & Wissenschaft, Berlin

Seminare:

Selbstmitgefühl in der Psychotherapie

2. und 3. November 2018: San Diego (USA)

Mindful Self-Compassion (MSC) Intensivkurs

23. bis 29. September 2018: Lefkada (Griechenland)

10. bis 15. Dezember 2018: Weyarn

17. bis 20. Dezember 2018: Amsterdam (Niederlande)

26. bis 31. März 2019: Berlin

Literaturempfehlungen:

Brähler, C. (2015). *Selbstmitgefühl entwickeln: Liebevoller werden mit sich selbst*. München: Scorpio.

Brähler, C. & Germer, C. (2019). *Self-compassion in clinical practice*. New York: Guilford Publications.

Germer, C. & Siegel, R. (2012). *Weisheit und Mitgefühl in der Psychotherapie*. Freiburg: Arbor.

Gilbert, P. (2011). *Compassion-focused therapy*. Paderborn: Junfermann.