

Selbst-Supervision für Therapeuten

Von Jon Frederickson, MSW

Übersetzung durch Pierre-Alain Emmenegger mit Hilfe von DeepL

Es ist toll, wenn Ihnen ein Supervisor zur Verfügung steht, aber manchmal gibt es Situationen, in denen Sie vor der Supervision Hilfe brauchen. Und manchmal haben Sie keinen Supervisor. Was kann ein Therapeut dann tun?

Wir werden uns einige Strategien für die Selbstkontrolle ansehen und dann einen Blick auf einige der häufigsten Fehler werfen, die Ihre Arbeit beeinträchtigen können.

Nehmen Sie zunächst Ihre Arbeit auf Video auf. Auf diese Weise können Sie Ihre Sitzung im Detail studieren und die Hilfe bekommen, die Sie brauchen. Dann schauen Sie sich Ihre Videobänder an. Worauf sollten wir dabei achten? Ich erinnere mich, als ich mir meine ersten Videobänder angesehen habe und danach genauso verwirrt war wie zuvor. Warum? Ich wusste nicht, worauf ich achten sollte. Ich wusste nicht, wie ich das Videoband analysieren sollte. Ich wusste nicht, wie ich beurteilen sollte, ob meine Interventionen hilfreich waren oder nicht.

Beginnen wir mit einer Checkliste. Sie wird Ihnen helfen, mögliche Probleme schnell zu erkennen:

- 1) Gibt es zu Beginn Ihrer Sitzung ein inneres Problem, das der Patient erklärt hat? Oftmals ist Ihr Problem genau dort zu finden. Wenn Sie von

einer Herangehensweise kommen, bei der Sie einfach nur zugehört haben, was der Patient sagt, ist diese ganze Idee, ein inneres Problem zu finden, an dem Sie arbeiten können, neu. Wenn der Patient kein inneres Problem genannt hat, an dem er arbeiten möchte, fragen Sie ihn in der nächsten Sitzung, an welchem Problem er arbeiten möchte. Wenn Sie immer noch kein Problem benennen können, sehen Sie sich das nächste Video an und benennen Sie die Abwehrmechanismen, die der Patient einsetzt, um zu vermeiden, ein inneres Problem zu benennen.

Konzentrieren Sie sich in der nächsten Sitzung wieder auf das Problem und helfen Sie dem Patienten zu erkennen, wie er es vermeidet, ein Problem zu benennen und damit sich Ihnen zu öffnen und dadurch von Ihnen abhängig zu werden.

- 2) Wenn der Patient ein Problem erklärt hat, hat er dann auch seinen Willen bekundet, daran zu arbeiten? Wenn nicht, sehen Sie sich das Video an und benennen Sie die Abwehrmechanismen, die der Patient einsetzt, um zu verhindern, seinen Willen zu erklären, sich mit dem Problem zu befassen. Wenn der Patient auf dem Video seinen Willen erklärt hat, sehen Sie sich an, ob die Angst und die Abwehrkräfte zunehmen. Wenn der Patient zum Beispiel seinen Willen erklärt, aber nicht seufzt, ist der Wille nicht online. Achten Sie auf die Abwehrmechanismen, die der Patient einsetzt, um seine Willensbekundung zu vermeiden. Wartet er zum Beispiel passiv darauf, Ihren Willen zu befolgen? Nimmt er eine

trotzige Haltung ein, als ob er sich gegen Ihren Willen wehren müsste?

Wenn ja, deaktivieren Sie diese Projektionen des Willens auf Sie, damit er seinen eigenen Willen hat, um an seinem Problem zu arbeiten.

- 3) Hat der Patient ein konkretes Beispiel für das Problem genannt? Wenn nicht, sehen Sie sich das Video an und benennen Sie die Abwehrmechanismen, die der Patient einsetzt, um die Nennung eines konkreten Beispiels zu vermeiden. Gehen Sie dann in der nächsten Sitzung auf diese Abwehrmechanismen ein, bis Sie ein konkretes Beispiel erhalten.
- 4) Wenn all diese Elemente der Checkliste vorhanden sind, müssen wir die folgende Reihe von Schritten durchführen, um Ihr Band zu analysieren und herauszufinden, wo die Probleme liegen.
- 5) Wenn der Patient ein Problem, seinen Willen, an einem bestimmten Problem zu arbeiten, und ein konkretes Beispiel genannt hat, erkunden Sie jetzt die Gefühle des Patienten. Wenn Sie nicht weiterkommen, analysieren Sie jede Reaktion des Patienten. Handelt es sich um Gefühle, Angst oder Abwehr? Identifizieren Sie in Ihrer nächsten Sitzung jede Abwehr und konzentrieren Sie sich wieder auf die Gefühle.
- 6) Wenn dieser Fokus nicht funktioniert hat, untersuchen Sie jede Reaktion des Patienten. War die Reaktion des Patienten eine Abwehr gegen Gefühle oder eine Abwehr gegen Nähe - emotionale Nähe mit dem Therapeuten? Wenn die Erkundung der Gefühle weder ein Seufzen noch

eine Anspannung ergab, wehrt sich der Patient höchstwahrscheinlich gegen die emotionale Nähe zu Ihnen. Achten Sie in der nächsten Sitzung darauf, wie sich der Patient von Ihnen distanziert, indem er schweigt, sich zurückzieht, passiv wird, zögert, sich innerlich abkoppelt oder hilflos wird. Notieren Sie, wie diese Abwehrmechanismen emotionale Nähe zu Ihnen verhindern. Fragen Sie dann nach den Gefühlen Ihnen gegenüber. Warum? Weil der Patient die Nähe zu Ihnen abwehrt. Solange diese Barriere nicht fällt, werden Sie nicht in der Lage sein, Zugang zu Gefühlen in anderen Beziehungen zu bekommen.

Sich auf unsere Videos zu konzentrieren ist schwierig. Werfen wir also einen Blick auf die Richtlinien um Ihre Videos zu studieren. Konzentrieren Sie sich zunächst NICHT zu sehr auf Ihre Interventionen. Konzentrieren Sie sich nur auf die Reaktionen des Patienten. Nur wenn wir uns auf die Reaktionen des Patienten konzentrieren, erfahren wir, was der Patient braucht. Konzentrieren Sie sich nicht auf das, was Sie gesagt haben, sondern auf die Reaktion des Patienten. Wir machen Fehler, weil wir die Reaktionen des Patienten nicht einschätzen können. Vergessen Sie Ihre Interventionen. Wenn Sie sich zu sehr darauf konzentrieren, werden Sie wahrscheinlich nur über sich selbst urteilen und Angst davor haben, sich das Video anzusehen. Sie brauchen keine Angst vor dem Video zu haben,

Sie haben Angst vor Ihrem inneren Urteil. Konzentrieren Sie sich also nur auf die Reaktionen des Patienten.

Konzentrieren Sie sich zunächst auf nur fünf oder zehn Minuten des Videos.

Wenn wir ein Problem mit einem Patienten haben, haben wir dasselbe Problem während des gesamten Videos. Anstatt sich das gesamte Video anzusehen, sollten Sie sich nur fünf oder zehn Minuten des Videos genau ansehen.

Beurteilen Sie jede Reaktion des Patienten: war es Gefühl, Angst oder Abwehr?

Wenn es ein Gefühl war: haben Sie das Gefühl erforscht? Wenn die Angst zu groß war: haben Sie die Angst reguliert und dann das Gefühl erforscht? Wenn es sich um eine Abwehr handelte: haben Sie die Abwehr blockiert, indem Sie erneut nach Gefühlen gefragt haben, oder haben Sie die Abwehr benannt und erneut nach Gefühlen gefragt? Wenn Sie diese Dinge getan haben, fahren Sie mit dem nächsten Abschnitt fort.

Sie erforschen ein Gefühl in einer aktuellen oder vergangenen Beziehung und die Therapie ist festgefahren. Schauen Sie sich jede Reaktion des Patienten an und fragen Sie sich: Hat die Reaktion des Patienten uns in einen engeren emotionalen Kontakt gebracht oder hat die Reaktion des Patienten uns distanzierter gemacht.

Diese Reaktionen des Patienten zeigen Ihnen, dass er sich gegen emotionale Nähe zu Ihnen wehrt.

Erster Schritt. Wenn Sie ein Videoband ansehen, transkribieren Sie es. Analysieren Sie dann (und das ist der wichtige erste Schritt) jede Aussage des

Patienten. War es ein Stimulus, ein Ausdruck von Gefühlen, ein Beispiel für übermäßige Angst oder war es eine Abwehr?

Schritt zwei: Analysieren Sie jede Ihrer Interventionen. Haben Sie nach Gefühlen gefragt, die Ängste reguliert oder dem Patienten geholfen eine Abwehr zu erkennen und loszulassen? Als ich die ISTDP zum ersten Mal erlernte, stellte ich fest, dass viele meiner Interventionen NICHT nach Gefühlen fragten, Ängste regulierten oder dem Patienten halfen, eine Abwehr zu erkennen und loszulassen. Viele meiner Interventionen waren lediglich Reflexionen oder Intellektualisierungen. Das war eine große Überraschung für mich. Schauen Sie, wie das Verhältnis zwischen dem Erforschen von Gefühlen und dem Intellektualisieren ist. Schauen Sie, ob Sie beim nächsten Mal die Anzahl der Reflexionen reduzieren und die Anzahl der Erkundungen von Gefühlen erhöhen können.

Schritt drei: Vergleichen Sie die Antworten des Patienten und Ihre Interventionen. Wenn der Patient ein Gefühl geäußert hat, haben Sie es erforscht? Wenn die Angst des Patienten zu groß war, haben Sie sie reguliert? Wenn der Patient eine Abwehrhaltung einnahm, haben Sie diese angesprochen? Mit anderen Worten: Ging Ihre Intervention auf die Reaktion und das Bedürfnis des Patienten ein? Oft finden wir in unserer Arbeit ein Muster. Wir versäumen es, die Gefühle des Patienten zu erforschen. Oder wir neigen dazu, zu

intellektualisieren, anstatt auf eine Abwehr einzugehen. Wenn Sie Ihr Muster erkennen, können Sie sich in der nächsten Sitzung leichter konzentrieren.

Wenn Sie eine Abwehr ansprechen, denken Sie dann daran, den Patienten nach seinem Gefühl zu fragen? Denken Sie immer daran, diesen "One Two Punch" zu machen. Verringern Sie den Widerstand und mobilisieren Sie das Unbewusste. Wenn Sie nur die Abwehr ansprechen, aber nicht nach den Gefühlen fragen ("Fällt Ihnen auf, wie Sie Ihre Gefühle mit Vagheit überdecken?"), wird der Patient abflachen und der Prozess wird kognitiv. Denken Sie also immer daran, nach den Gefühlen zu fragen ("Wenn wir also unter die Vagheit schauen, können wir dann einen Blick auf die Gefühle werfen?").

Ein weiterer häufiger Fehler ist, dass wir unsere Aufforderung zu Gefühlen unter einer Flut von Intellektualisierungen begraben: "Was ist das für ein Gefühl ihm gegenüber, dass er Sie vor dem Haus Ihrer Tante in der Nähe des Nordpols direkt nach Weihnachten so verletzt hat?" Die Intervention sollte lauten: "Was für ein Gefühl haben Sie ihm gegenüber?" Manchmal begraben wir unsere Einladung unter dem Stimulus: "Was für ein Gefühl haben Sie ihm gegenüber, nachdem er Sie im Restaurant beschimpft hat?" Die Intervention sollte lauten: "Er hat Sie beschimpft, was fühlen Sie ihm gegenüber?" Haben Sie bemerkt, dass wir die Intervention mit der Aufforderung zu Fühlen beenden? Das macht die Intervention für den Patienten klar und deutlich.

Schritt vier: Wenn der Patient eine Abwehrhaltung einnimmt, gehen Sie dann sofort darauf ein? Wenn nicht, beschleunigen Sie das Tempo Ihrer

Intervention: Greifen Sie ein, sobald Sie wissen, dass es sich um eine Abwehr handelt. Je länger Sie es zulassen, dass der Patient seine Abwehr einsetzt, desto mehr verliert er den Kontakt zu seinen Gefühlen und zu sich selbst.

Analysieren Sie Ihr Transkript. Wie viele Abwehren lassen Sie durchgehen, bevor Sie eingreifen? Greifen Sie beim nächsten Mal nach jeder Abwehr ein. Je länger der Patient eine Abwehrhaltung einnimmt, desto distanzierter oder deprimierter wird er. Greifen Sie ein, sobald Sie eine Abwehr identifizieren.

Anstatt sich vier weitere Selbstattacke anzuhören, greifen Sie ein, sobald Sie einen Selbstattacke hören. Dann werden die Symptome des Patienten in der Sitzung zurückgehen und die Regression wird aufhören. Erst neulich sagte ein Patient auf Band: "Ich glaube, ich bin dumm. Es ist klar, dass ich den Test nicht bestehen kann. Ich war so ein Idiot, dass ich überhaupt dachte, ich könnte aufs College gehen. Und dann bin ich so hässlich, dass kein Mädchen mit mir ausgehen will." Vier Selbstattacken hintereinander. Beschriften Sie jeden Satz, den der Patient sagt. Wenn Sie mehrere Abwehrsätze hintereinander finden, haben Sie herausgefunden, wo Sie effektiver werden können. Unterbrechen Sie nach der ersten Selbstattacke, nicht nach der vierten. Denken Sie daran: Je mehr Abwehren Sie beobachten, desto mehr wird der Patient leiden.

Schritt fünf: Erstellen Sie eine Liste mit den Abwehrmechanismen der Patientin. Identifizieren Sie die Abwehrkräfte und den Preis, damit die Patientin sie loslassen kann, um sich ihren Gefühlen zu stellen. Beachten Sie auch,

welche Abwehr am häufigsten auftaucht. Das ist die Hauptabwehr. Konzentrieren Sie sich in der nächsten Sitzung auf diese Abwehr.

Schritt sechs: Nehmen wir an, Sie haben all diese Schritte getan und sind immer noch verwirrt. "Habe ich etwas Sinnvolles getan?" Ich bin sicher, dass Sie das getan haben. Die meisten Studenten wissen aber nicht, was sie getan haben, das funktioniert hat. Sehen Sie sich das Video noch einmal an, und schalten Sie den Ton aus! Achten Sie jedes Mal darauf, wenn der Patient seufzt. Der Seufzer ist ein Zeichen unbewusster Angst. Das bedeutet: Sie tun etwas Hilfreiches. Spulen Sie dann das Video zurück, um herauszufinden, welche Intervention die unbewusste Angst ausgelöst hat. Das war eine gute Intervention. Machen Sie eine Liste mit allen Maßnahmen, die Angst ausgelöst haben. Das sind Ihre effektiven Interventionen. Setzen Sie diese Interventionen in der nächsten Sitzung häufiger ein. Wenn eine Intervention funktioniert, verwenden Sie sie weiter und behalten Sie den Fokus bei.

Schritt sieben: Nehmen wir an, Sie haben kein Seufzen gesehen. Das kann aus vielen verschiedenen Gründen geschehen. Seien Sie nicht verzweifelt. Wir müssen eine Einschätzung vornehmen. Mögliche Ursachen, dass Sie kein Seufzen sehen:

1) *Unfreiwillige Zuweisung.*

Der Patient möchte keine Therapie machen oder seine Gefühle teilen. Deshalb kommt kein Gefühl auf, das Angst auslöst.

Lösung: Akzeptieren Sie den mangelnden Wunsch des Patienten. Weisen Sie darauf hin, dass Sie kein Recht haben, eine Therapie mit jemandem zu machen, der sie nicht will. Lassen Sie ihm die Tür offen, damit er später wiederkommen kann, wenn er sich in einem anderen Stadium des Veränderungsprozesses befindet (Miller und Rollnick 2002; Prochaska und Norcross 2007).

2) *Ambivalenz.*

Der Patient steht mit einem Bein drin und mit dem anderen draußen. Er will sich nicht einlassen. So werden keine Gefühle oder Ängste aufkommen.

Lösung: Erforschen Sie seine Ambivalenz. Wenn er nicht sieht, wie sehr ihm seine Abwehrmechanismen schaden, wird er auch nicht erkennen, wie die Therapie ihm helfen könnte. Klären Sie die Kausalität, um einen Konsens darüber zu erzielen, was die Ursache seiner Probleme ist.

Wenn er sagt, er mache die Therapie, um jemand anderem zu gehorchen, ist das eine Projektion. Blockieren Sie diese Projektion und klären Sie, was sein inneres Problem ist, bis Sie einen Konsens über die gemeinsame Aufgabe erreichen.

Wenn er seinen Willen auf Sie projiziert, deaktivieren Sie diese Projektion, bis er sich seinen Wunsch nach Therapie eingesteht.

Wenn er die Aufgabe versteht, aber nicht glaubt, dass er sie bewältigen kann, helfen Sie ihm, die Abwehr der Selbstunterschätzung zu erkennen.

3) *Organische oder hirnbetogene Faktoren:*

Der Patient kann aufgrund einer Hirnverletzung, einer unterdurchschnittlichen Intelligenz oder einer körperlichen Krankheit und Erschöpfung echte Verwirrung über den therapeutischen Prozess erleben.

Lösung: Erklären Sie Patienten mit unterdurchschnittlicher Intelligenz die therapeutische Aufgabe klar und einfach, damit sie eine bewusste therapeutische Allianz eingehen können. Machen Sie eine unterstützende Psychotherapie. Unterstützen Sie körperlich kranke Patienten bis sie die Kraft für eine explorative Therapie wiedererlangt haben.

4) *Entladung der Angst in glatte Muskeln oder kognitive/perzeptive Störung.*

Diese Patienten wirken oberflächlich ruhig, weil sich ihre Angst in die glatte Muskulatur und ins kognitive- und Wahrnehmungssystem entlädt, anstatt in die Muskulatur.

Lösung: Regulieren Sie die Angst, bis sie in die quergestreifte Muskulatur zurückkehrt.

5) *Entladung der Angst durch subtiles Anspannen oder bewusstes Verstecken der Spannung.*

Die Patientin kann ihre Angst loswerden, indem sie Kaugummi kaut, damit sie sich nicht an einer anderen Stelle im Körper bemerkbar macht.

Lösung: Bitten Sie die Patientin, den Kaugummi herauszunehmen. Die Angst wird sich stattdessen in der gesamten Körpermuskulatur zeigen und für die Patientin und den Therapeuten deutlicher sichtbar werden. Ein

Patient, der seine Angst bewusst versteckt, wirkt steif. Sein Gesicht wirkt wie eine Maske, der es an spontanem Ausdruck fehlt. Er macht seinen Körper unbeweglich, um zu vermeiden, dass er Gefühle in ihm spürt.

6) *Charakterologische Abwehrmechanismen verbergen unbewusste Übertragungsgefühle:*

Trotz, Nachgiebigkeit, Externalisierung, Passivität, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, ein hohes Maß an Intellektualisierung, syntone Abwehrmechanismen, Verleugnung und Projektion oder projektive Identifikation. (Siehe Kapitel in *Co-Creating Change* über taktische und repressive Abwehrmechanismen.) Anstatt ihre Wut zu fühlen, kann die Patientin sie unter Hilflosigkeit verstecken. Da sie sich ihrer Wut nicht bewusst ist, fühlt sie keine Angst sondern die Hilflosigkeit.

Lösung: Helfen Sie den Patienten, ihre Abwehrmechanismen zu erkennen und sich gegen sie zu wenden. Die Gefühle werden aufsteigen und eine Angst im Körper auslösen.

7) *Unterdrückung von Gefühlen:*

Depression, Konversion oder Selbstmordpläne.

Die Abwehr, die Wut gegen sich selbst zu richten, kann dazu führen, dass die Signalisierung der quergestreiften Muskeln nachlässt.

Lösung: Helfen Sie dem Patienten, diese Abwehr zu erkennen und abzulehnen. Fragen Sie dann nach Gefühlen Ihnen gegenüber, die durch

die kritischen Gedanken verdeckt werden könnten. Gefühle und Ängste werden zunehmen.

8) *Fehler in der Technik:*

Es wird keine unbewusste Angst aufkommen, wenn der Therapeut:

- a) sich nicht konsequent genug auf das Gefühl konzentriert;
- b) sich auf Abwehrmechanismen oder Gefühle konzentriert, die nicht vorhanden sind;
- c) die Abwehrmechanismen herausfordert, bevor der Patient sich ihrer bewusst ist und sich gegen sie stellt. In diesem Fall wird sich der Patient angegriffen fühlen. Diese Mesalliance wird eine bewusste Wut auslösen, aber keine unbewusste Angst.

9) *Aktivierung der Übertragungsresistenz.*

Wenn eine Patientin beispielsweise einen oppositionellen Übertragungswiderstand entwickelt und der Therapeut mit ihr streitet, wird diese interaktionelle Abwehr Gefühle unterdrücken, und die Patientin wird keine Angst empfinden. Wenn die Patientin eine passive, hilflose Haltung einnimmt und der Therapeut die aktive Rolle des "Helfers" spielt, wird die Patientin keine Angst empfinden. Wenn der Therapeut den Übertragungswiderstand aufgreift, wird keine unbewusste Angst aufkommen.

Lösung: Deaktivieren Sie den Übertragungswiderstand. Siehe das Kapitel über den Übertragungswiderstand in *Co-Creating Change*.

10) *Übermedikation.*

Patienten, die viele Medikamente oder illegale Substanzen einnehmen, wirken emotional flach. Diese Patienten zeigen keine Anspannung, kein Zappeln und kein Hin- und Herrutschen auf dem Stuhl. Wenn ein Patient emotional flach erscheint, fragen Sie ihn, ob er Psychopharmaka Drogen oder Schmerzmittel einnimmt.

Lösung: Sprechen Sie mit dem Psychiater, um die Einnahme von Medikamenten zu reduzieren. Dies hilft Patienten manchmal, sich ihrer Ängste und Gefühle bewusst zu werden.

Nehmen wir an, dass Sie die Abwehrkräfte gegen Gefühle richtig ansprechen und nichts passiert! Ich habe erst neulich einen solchen Fall gesehen. Der Supervisand stellte einen Patienten vor. Der Supervisand sprach die Abwehr der Intellektualisierung des Patienten an. Dann ging er auf die Abwehr der Selbstattacke des Patienten ein. Dann ging er darauf ein, wie sich der Patient von seinen Gefühlen löste. Er sprach einen Abwehrmechanismus nach dem anderen gegen seine Gefühle an. Dennoch sahen wir keine unbewussten Anzeichen von Angst. Warum eigentlich? Ein paar Minuten nach Beginn des Bandes erwähnte der Patient, dass er eine Reaktion auf den Therapeuten hatte. Es stellte sich heraus, dass das Problem des Patienten nicht die Abwehr von Gefühlen war. Sein Problem war, dass er den Kontakt mit dem Therapeuten abwehrte.

Der Therapeut musste sich nicht mehr mit den Abwehrmechanismen des Patienten gegen seine Gefühle befassen, sondern mit den Abwehrmechanismen, mit denen der Patient den Therapeuten abwehren wollte. Dies ist eines der häufigsten Probleme, auf die wir stoßen. Wenn zum Beispiel nach einigen Minuten der Abwehrarbeit nichts passiert, können Sie Ihren Fokus in der Abwehrarbeit verlagern. Hier sehen Sie, wie Sie die Intellektualisierung als Abwehr gegen das Gefühl ansprechen: "Das ist Ihr Gedanke, aber Ihr Gedanke ist kein Gefühl. Wenn Sie Ihr Gefühl nicht mit einem Gedanken überdecken, was ist dann das Gefühl gegenüber Ihrem Chef?" Wenn der Patient weiterhin diese Abwehrmechanismen anwendet und distanziert bleibt, lenken Sie den Fokus auf

den Widerstand der Übertragung. "Das ist Ihr Gedanke, aber Ihr Gedanke ist kein Gefühl. Bemerken Sie, wie sich diese Mauer aus Gedanken zwischen uns aufbaut? Was ist das Gefühl mir gegenüber, das Sie dazu bringt, diese Mauer aus Worten zu errichten?" Fragen Sie sich in diesem Schritt: Vermeidet der Patient den Austausch von Gefühlen, oder vermeidet er den Kontakt mit mir? Wenn der Patient den Kontakt zu Ihnen vermeidet, konzentrieren Sie sich auf die Beziehung zwischen Ihnen beiden. Weisen Sie darauf hin, dass der Patient eine gewisse Distanz aufrechterhält und fragen Sie nach den Gefühlen Ihnen gegenüber, die den Patienten dazu veranlassen eine Barriere aufzubauen.

Jedes Mal, wenn ein Patient NICHT seufzt, nachdem Sie ihn nach seinen Gefühlen gefragt haben, notieren Sie das Nächste, was er sagt. Jetzt, da Sie eine Liste mit zehn dieser Aussagen haben sehen Sie, welche Art der Abwehr der Patient jedes Mal anwendet. Jetzt können Sie das System des Widerstands erkennen, das der Patient anwendet, um gemischte Gefühle zu vermeiden. Wendet er Projektion/Spaltung an? Wendet er seine Wut gegen sich selbst und wird depressiv? Oder distanziert er sich von seinen Gefühlen und von Ihnen?

Schritt acht: Manchmal kommen Sie bei einem Patienten nicht weiter und wissen nicht warum. Aber Sie merken, dass Sie immer wieder zu denselben Fehlern verleitet werden. Wenn Sie nicht herausfinden können, was in dem Fall vor sich geht und die Analyse des Transkripts nicht weiterhilft, können Sie etwas anderes tun: Schauen Sie sich das Video an und achten Sie darauf, was Sie fühlen. Das ist alles. Keine Analyse Ihrer Interventionen. Keine Analyse des

Patienten. Achten Sie einfach auf die Veränderungen in Ihren Gefühlen. Nehmen Sie wahr, was Sie fühlen, bevor Sie intervenieren. Nehmen Sie wahr, was Sie in Ihrem Körper spüren, während der Patient spricht. Wenn Sie lernen, Ihre Gefühle zu ertragen und sich darauf einzulassen, wird dies in der nächsten Sitzung zu einer Veränderung führen.

Wenn wir uns nicht bewusst sind, was wir in unserem Körper fühlen und wahrnehmen, zwingen uns diese Empfindungen oft dazu, auf gewohnte Weise zu reagieren. Wenn wir wissen und spüren, was wir fühlen, selbst wenn wir diese Gefühle noch nicht verstehen, werden unsere gewohnheitsmäßigen Handlungen deaktiviert. Das führt zu einer effektiveren Reaktionsfähigkeit.

Schritt neun: Wenn Sie mit einem depressiven Patienten arbeiten, dem es nicht besser geht, analysieren Sie jede Aussage, die Sie während einer fünfminütigen Passage des Videos machen. Zählen Sie die Anzahl der Sätze, in denen Sie Folgendes tun:

- 1) Gefühle einladen;
- 2) Ängste regulieren;
- 3) auf eine Abwehr hinweisen;
- 4) Intellektualisieren.

Wenn es depressiven Patienten nicht besser geht, erkennen und weisen Therapeuten oft viel mehr auf Abwehrmechanismen hin als auf das Einladen von Gefühlen. Versuchen Sie, die Patientin häufiger dazu aufzufordern, sich ihren Gefühlen zu stellen, und weniger über Abwehrmechanismen zu sprechen und zu

Intellektualisieren. Schauen Sie, was passiert, wenn Sie Ihre Patientin ermutigen können, etwas Hilfreiches zu tun (Möchten Sie sich das mal ansehen? Könnten wir uns dieses Gefühl ansehen, damit wir Ihnen helfen können, diese Depression zu überwinden? Wäre es nicht schön zu wissen, was Sie fühlen, damit Sie diese Symptome nicht mehr haben müssen? Sollen wir uns dieses Gefühl einmal ansehen?) zwischen 3 bis neun Mal pro Minute. Diese erhöhte Dosis an Ermutigung und die verringerte Dosis an Entmutigung (das Aufzeigen von Abwehrmechanismen - was sie falsch macht) sollte dazu beitragen, die Therapie voranzutreiben. Denken Sie daran: Es gibt nur einen Grund, auf eine Abwehrhaltung hinzuweisen - um der Patientin zu helfen, stattdessen etwas Gesundes zu tun, wie sich ihren Gefühlen zu stellen.

Schritt zehn: Oft bleiben wir stecken, indem wir mit dem Patienten streiten oder ihn subtiler bitten, das was er tut, nicht zu tun. Das heißt, wir widersetzen uns dem Widerstand des Patienten. Wenn wir uns dem Widerstand des Patienten widersetzen, verstärken wir ihn. Was ist zu tun? Sehen Sie sich Ihr Video an und sagen Sie jedes Mal, wenn der Patient etwas im Video sagt, laut zum Video: "Ich kann das akzeptieren." Wenn Sie dies immer wieder tun, wird Ihnen immer bewusster, was Sie nicht akzeptieren. Das heißt, Sie werden sich Ihres Widerstands bewusster und der Art und Weise, wie Sie den Widerstand des Patienten verstärken. Gehen Sie das gesamte Video durch und sagen Sie dabei immer wieder: "Ich kann das akzeptieren." Achten Sie darauf, wie Sie beginnen den Patienten (d.h. die Realität) zu akzeptieren. Wenn Sie den

Patienten immer noch nicht akzeptieren, sehen Sie sich das Video noch einmal an und sagen Sie dieses Mal jedes Mal, wenn der Patient spricht, laut: "Ich möchte Sie nicht so akzeptieren, wie Sie in diesem Moment sind."

Der nächste Schritt besteht darin, eine Liste der Dinge zu erstellen, die Sie bei dem Patienten nicht akzeptieren können. Finden Sie drei Möglichkeiten, wie jedes dieser Dinge auf Sie zutrifft. Finden Sie drei Möglichkeiten, wie Sie diese Aspekte an sich selbst ablehnen. Sobald Sie die Fähigkeit erlangt haben, sich selbst auf einer tieferen Ebene zu akzeptieren, werden Sie in der Lage sein, den Widerstand Ihrer Patienten auf einer tieferen Ebene zu akzeptieren, und Ihr Widerstand wird sich auflösen.

Psychodiagnose von Ängsten: Häufige Irrtümer

Manchmal machen wir bei der Einschätzung von Ängsten Fehler:

- 1) Wenn ein Patient eine gewisse Anspannung der quergestreiften Muskulatur zeigt, versäumen es Therapeuten manchmal, alle Angstbahnen zu evaluieren. Tatsächlich erleben einige Patienten Angst in der quergestreiften und glatten Muskulatur oder in allen drei Bahnen. Eine sorgfältige Auswertung der Ängste hilft dem Therapeuten, nicht über die Angschwelle des Patienten zu gehen.
- 2) Bei der Arbeit mit einem Patienten, der schlaff und ruhig erscheint, gehen Therapeuten manchmal davon aus, dass der Patient keine Angst hat. Infolgedessen übersehen sie Symptome einer Entladung der glatten

- Muskulatur oder einer kognitiven Wahrnehmungsstörung, die nicht sichtbar sind.
- 3) Bei der Arbeit mit einem Patienten, der schlaff und ruhig erscheint, nehmen Therapeuten manchmal an, dass der Patient eine Entladung der glatten Muskulatur oder eine kognitive/perzeptive Störung hat. Wenn der Therapeut es vermeidet, sich auf unbewusste Gefühle zu konzentrieren oder Abwehrmechanismen aufzugeben, werden keine unbewussten Ängste aufkommen.
 - 4) Wenn eine Patientin in der Lage ist, ihre Ängste zu beobachten, eilen manche Therapeuten voraus, ohne zu beurteilen, ob die Patientin in der Lage ist, auf ihre Ängste zu achten und sie zu regulieren. Eine Patientin kann ihre Angst beobachten, sie dann aber ignorieren und so die Regulierung der Angst verhindern. Solange sich die Patientin nicht gegen das Ignorieren ihrer Gefühle und Ängste wendet, wird das Einladen der Gefühle scheitern. Eine Patientin kann sich ihren Gefühlen nicht stellen und sie erleben, wenn sie ihre Ängste und Gefühle ignoriert.
 - 5) Einige Therapeuten gehen dem Gefühl nach, wenn die Angst in die glatten Muskeln oder in die kognitive/perzeptive Störung übergeht. Dies führt zu Magenschmerzen, Kopfschmerzen, zunehmender Depression, Dissoziation und Projektion. Jetzt leidet der Patient unter übermäßiger Angst. *Das therapeutische Ziel besteht nicht darin, sich den Gefühlen zu*

stellen, während man vor Angst gelähmt ist, sondern darin, seine Gefühle tief zu erleben, während die Angst in die quergestreiften Muskeln geht.

Analysieren Sie Ihre Interventionen, um effektiver zu werden

Verbessern Sie Ihre Trefferquote

Wissen Sie, dass Schlagmänner beim Baseball einen Schlagdurchschnitt haben? Das ist die prozentuale Häufigkeit, mit der sie den Ball treffen, wenn sie am Schlag sind. Mit der Zeit werden sie immer besser darin, rechtzeitig zu reagieren und den Ball zu treffen. Sie können das Gleiche tun.

Analysieren Sie jede Intervention, die Sie durchführen, und ordnen Sie sie einer der folgenden Kategorien zu:

- 1) Gefühle erforschen;
- 2) Angst regulieren;
- 3) Abwehr ansprechen;
- 4) Intellektualisieren.

Wenn es Ihnen so geht wie mir zu Beginn, werden Sie feststellen, dass der größte Prozentsatz Ihrer Interventionen kognitiv ist. Sie möchten, dass der größte Prozentsatz auf die Erforschung der Gefühle entfällt. Das ist Ihr erstes Ziel. Wählen Sie einmal pro Woche eine Sitzung aus und sehen Sie, wie hoch Ihr Prozentsatz in der Erforschung der Gefühle bei einem Patienten ist. Wählen Sie in der nächsten Woche die nächste Sitzung mit diesem Patienten und sehen Sie nach, ob sich dieser Prozentsatz erhöht hat. Wenn das der Fall ist, werden Sie

eine wunderbare Veränderung in der Sitzung feststellen. Versuchen Sie, das Fühlen häufiger zu erforschen als das Intellektualisieren.

Sobald Ihre Prozentsätze angestiegen sind, gehen wir zu Phase zwei über.

Analysieren Sie jede Ihrer Interventionen und ordnen Sie sie den folgenden Kategorien zu:

- 1) Erforschung des Gefühls;
- 2) Regulierung der Angst;
- 3) Regulierung der Angst und Rückkehr zum Gefühl;
- 4) Auseinandersetzung mit der Abwehr;
- 5) Auseinandersetzung mit der Abwehr und Rückkehr zum Gefühl;
- 6) Intellektualisieren.

Erkennen Sie hier ein Thema? Jetzt werden wir messen, inwieweit Sie einen therapeutischen Fokus beibehalten. Die Kategorien 1, 3 und 5 müssen viel größer sein als die Kategorien 2, 4 und 6. Notieren Sie sich das Verhältnis diese Woche. Messen Sie dann nächste Woche dieselben Kategorien mit demselben Patienten. Wenn es Ihnen gelingt, diese Proportionen zu verschieben, bis die Kategorien 2, 4 und 6 verschwinden, werden Sie eine deutliche Verbesserung der Arbeit feststellen und sehen, dass die Symptome des Patienten schneller zurückgehen.

Üben Sie, das Richtige zu tun, in Echtzeit

Wie können Sie sich selbst helfen, in der Sitzung effektiver und schneller zu intervenieren? Üben Sie es, während Sie Ihr Video ansehen. Sobald Sie ein Gefühl dafür haben, was Sie tun müssen, fangen Sie an, es zu tun, während das Video läuft. Lassen Sie das Video ablaufen. Kritisieren Sie sich nicht selbst, sondern sagen Sie einfach die richtigen Dinge zu dem Video, während es läuft. Greifen Sie immer wieder ein, während das Video läuft. Auf diese Weise tun Sie schneller das Richtige, und zwar in Echtzeit mit dem Video. Wenn Sie dazu neigen, beim Betrachten Ihrer Videos depressiv oder zu selbstkritisch zu werden, dann überwachen Sie sich auf diese Weise. Keine Selbstkritik, weil Sie falsche Dinge sagen. Sagen Sie einfach die richtigen Dinge und lassen Sie das Video ablaufen. Greifen Sie einfach immer wieder ein, während das Video in Echtzeit läuft. Das hilft Ihnen, Ihre Fähigkeit zu verbessern, schneller und beharrlicher einzugreifen.

Das Problem finden

Wenn Sie jede Ihrer Interventionen analysieren, achten Sie darauf, wann Sie mit einer Abwehr nicht weiterkommen. Achten Sie darauf, welche Abwehrmechanismen am häufigsten auftauchen. Das sind die, die Ihnen den Weg zu Ihren Gefühlen versperren. Gehen Sie dann zu den Übungen zum Aufbau von Fertigkeiten und üben Sie die Fertigkeiten speziell für diese Abwehrmechanismen. Mit anderen Worten: Sie müssen nicht alles tun. Sie müssen nur an dieser Abwehr und den Fähigkeiten zu ihrer Bewältigung

arbeiten. Dann sind Sie in der Lage weiter zu gehen. Die Übungen zum Aufbau von Fähigkeiten finden Sie unter www.istdpinstitute.com

Meine Videos anzuschauen ist so schmerzhaft

Zunächst einmal hat kein Video jemals einen Therapeuten verletzt. Was uns schmerzt, ist unsere unvernünftige Selbstkritik. Das Anschauen von Videos ist niemals schmerzhaft; Selbstattacken sind schmerzhaft. Es gibt mehrere Strategien, die ich bereits erwähnt habe, um unangemessener Selbstkritik zu begegnen. Hier sind sie noch einmal. Wenn Sie zu selbstkritisch sind:

1. Schauen Sie sich das Video bei ausgeschaltetem Ton an. In diesem Moment nähren die Worte auf dem Video Ihre Gewohnheit, sich selbst anzugreifen. Schalten Sie also den Ton aus. Immer wenn der Patient auf dem Video seufzt, stoppen Sie das Video, lassen es zehn Sekunden zurücklaufen und hören Sie sich Ihre Intervention an. Schreiben Sie es auf. Dann lassen Sie das Video bis zum nächsten Seufzer laufen. Halten Sie das Video an. Spulen Sie zehn Sekunden zurück. Spielen Sie das Video ab und notieren Sie Ihre Intervention. Jede Intervention, die einen Seufzer verursacht hat, war nützlich. Gehen Sie das gesamte Video durch. Wenn Sie die Interventionen kennen, die funktioniert haben, verwenden Sie diese Interventionen in der nächsten Sitzung. Sie werden erfolgreich sein.
2. Spielen Sie nun das Video ab, aber konzentrieren Sie sich nicht auf Ihre Interventionen. Schreiben Sie nur die Antworten des Patienten auf. Analysieren Sie, ob der Patient ein Gefühl, eine zu große Angst oder eine Abwehr angeboten hat. Schreiben Sie dann auf, wie Sie bei jeder Verteidigung gerne reagiert hätten.
3. Spielen Sie nun das Video ab und greifen Sie ein, wann immer Sie es wünschen, und sprechen Sie einfach in das Video hinein. Hören Sie nicht auf das, was Sie gesagt haben, sondern widersprechen Sie das, was Sie gesagt haben. Intervenieren Sie während des Zuschauens so, wie Sie es gerne gehabt hätten.

Wenn Sie keinen Supervisor oder Therapeuten haben, der Ihnen dabei hilft, erinnern Sie sich daran, dass zum Lernen immer auch das Machen von Fehlern gehört. Wir sollen Fehler machen. Auf diese Weise lernen wir. Wir sollen Fehler machen, weil wir nie perfekt sind. Wir sollen Fehler machen, wenn wir nicht verstehen, wo der Patient Hilfe braucht. Kurz gesagt, wir sollen Fehler machen, weil wir unaufhörlich lernen.

Deshalb erfordert jeder Psychotherapieunterricht, jede Supervision und jede Selbstsupervision Selbstmitgefühl. Wir sind alle Fehlermacher. Wir werden

immer Fehler machen, denn das ist es, was uns ausmacht. Jedes Lernen, sei es in der Musik, im Sport oder in der Therapie, beinhaltet eine große Menge an Fehlern. Denken Sie daran: Ein guter Baseballspieler trifft den Ball nur in 30% der Fälle. Die Bindungsforschung zeigt, dass Mütter nur in etwa 33% der Fälle gut auf ihr Kind eingestimmt sind. Nur weil unser Über-Ich meint, dass wir perfekt sein sollten, heißt das nicht, dass es auf dem Planeten Erde Perfektion gibt. Das ist ein Mythos. Denken Sie daran: wir vermeiden die Selbstsupervision nicht, weil wir unsere Fehler sehen, sondern weil wir unsere Fehler zur Selbstbestrafung missbrauchen werden. Wir werden vergessen, Mitgefühl für uns selbst als fehlerhafte Menschen zu haben. Menschen die immer fehlerhaft und niemals ideal sein werden. Betrachten Sie die Selbstsupervision als eine tiefere Form der Selbstakzeptanz und des Selbstmitgefühls. Je mehr Sie bereit sind, sich Ihren Fehlern zu stellen, aus ihnen zu lernen und sich selbst mit Mitgefühl zu begegnen, desto tiefer wird Ihre eigene Akzeptanz und Ihr Mitgefühl für Ihre Patienten sein. Schließlich sind auch sie wie wir - menschlich.