Work-Life-Balance und die Realitäten

Therapeuten zwischen Anforderung und Fähigkeit

Dr. Andreas Dieckmann

Kein Feld des Arbeitsmarktes ist vor dem Thema der Arbeitsverdichtung gefeit. Unter Vernachlässigung des Faktors menschliche Zuwendung wurde die häusliche Pflege in Minutentakte aufgeteilt. Kritische Beobachter des Gesundheitswesens behaupteten, dass die Zahl der Pflegekräfte allmählich so weit reduziert wurde, bis es zu Todesfällen kam, um die Grenzen des Machbaren auszuloten. Und Verhandlern der Leistungsträgerseite wird unterstellt, sie würden den Marktgesetzen so lange folgen, wie sie einen Anbieter finden, der die Rehabilitationsleistung noch günstiger verkauft. Gleichzeitig sind die Qualitätsanforderungen deutlich angestiegen. Diese sinnvolle Maßnahme hat sich in den letzten 15 Jahren jedoch kostenneutral durchgesetzt. Das heißt: Die gleichen Menschen leisten deutlich mehr Arbeit.

Erwerbsarbeit gehört zu den wesentlichen Stabilisatoren biopsychosozialer Ausgeglichenheit. Das Selbstwerterleben beruht im Erwachsenenalter wesentlich auf dem Gefühl der Fähigkeit zur selbständigen Beschaffung des Lebensunterhalts. Arbeit schafft eine relative Autonomie. Daran hat auch die missbräuchliche Ausbeutung im Nationalsozialismus nichts geändert. Selbst die aktuell immer noch bestehende steuerrechtliche Begünstigung des Mehrwerts durch Kapital gegenüber der Arbeitsleistung kann die Menschen nicht von der Selbstwirksamkeit durch Arbeit entfremden. Umfragen und Studien verweisen immer wieder darauf, dass Arbeitszufriedenheit als wesentlicher Faktor der Lebensqualität empfunden wird. Die Menschen setzen sich eher mit der Frage der Work-Life-Balance auseinander als mit der Höhe der Einkünfte, die als wichtig, jedoch nicht als entscheidendes Element für eine Arbeitsplatzwahl gilt.

Das Problem mit der Arbeit ist oft schwer zu beschreiben, weil die „Arbeitsverdichtung" objektiv betrachtet selten ein quantitatives Problem ist. Die Arbeitnehmer schaffen das „Soll", fühlen sich aber dennoch gelegentlich entkräftet, demotiviert und müde. Warum? Eine allgemeingültige Antwort wird es nicht geben, sicher ist aber, dass die Zunahme an Anforderungsvolumen mit einer Abnahme an Möglichkeiten für Kreativität einhergeht. Arbeitspsychologen behaupten, die besten Leistungen entstehen, wenn gar keine Forderung gestellt wird, also die Funktionslust und der „Spiel"-raum groß genug sind. Die geringsten Erfolge mit unbewusster Leistungsverweigerung muss man bei entfremdeter Arbeit erwarten. Dabei handelt es sich um Arbeitsabläufe, bei denen der Arbeitnehmer nicht mehr den Zusammenhang zwischen seiner Tätigkeit und dem Produkt erkennt.

Innere Konflikte sind nicht quantifizierbar

Die moderne Arbeitswelt bewegt sich in der Zwickmühle zwischen den arbeitspsychologischen Zusammenhängen und den aktuellen Profitnotwendigkeiten. Sozialtherapeuten, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen und Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen kennen diese Entwicklung mehr oder weniger gut. Auch Rehabilitationskliniken mit ihren festen Programmstrukturen mussten Wege und Möglichkeiten finden, den wachsenden Anforderungen gerecht zu werden. Subjektiv entstand in der Szene der Behandler in den letzten 20 Jahren der Eindruck, dass „die Patienten immer kränker werden". Dafür gibt es jedoch keine objektiven Anhaltspunkte. Gesichert ist dagegen, dass die Arbeitsverdichtung unübersehbar ist und die ökonomischen Notwendigkeiten nicht nur bei den privaten Anbietern, sondern auch bei den gemeinnützigen Einrichtungen eine immer gewichtigere Rolle im Reha-Arbeitsalltag eingenommen haben – der „Tanz zwischen Ethik und Monetik". Dabei bleiben therapeutische Grundsätze auf der Strecke. Im klinischen Alltag lassen sich bewährte Therapieprinzipien gelegentlich nicht aufrechterhalten. So kam es zunehmend zu Verwirrungen, wenn nach mehreren ernsthaften therapeutischen Ansätzen widerständige Rehabilitanden entlassen wurden, deren Relegation vom Chefarzt aber rückgängig gemacht wurde – weil er mit dem Dollarzeichen im Blick auf die Belegungssituation schielte. Mitarbeiter geraten in double-bind-Situationen, die langfristig seelisch nicht gut verarbeitet werden können. Agnes Ebi (2003) hat in ihrem Aufsatz über den „ungeliebten Suchtpatienten" beschrieben, welche Verquickungen zwischen der Krankheit der Patienten und dem System der Einrichtung bestehen. Folge ist eine Überfülle an Regeln, die mehr das System der „totalen Institution" schützen als den Patienten, den Mitarbeiter aber immer in eine widersprüchliche Verwicklung bringen.

Solche Konflikte und Schwierigkeiten stehen natürlich nicht auf der Agenda derer, die die Arbeitsbelastung messen. Noch weniger kann irgendjemand quantifizieren, welchen inneren Konflikt Mitarbeiter unter „doppelbödigen'

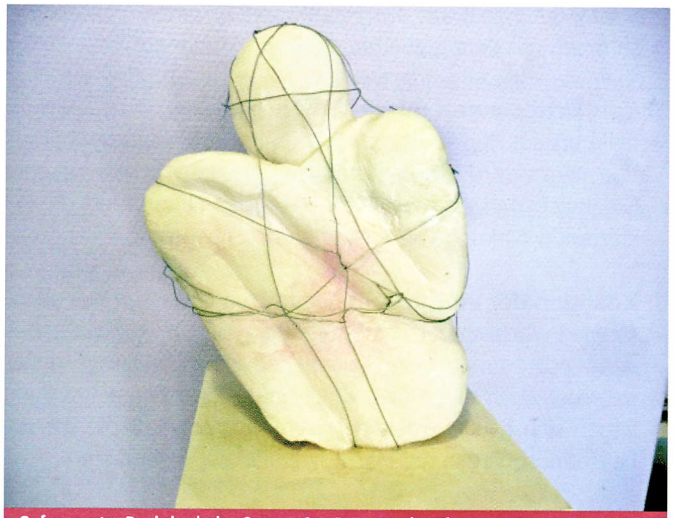
Arbeitsvoraussetzungen erleben. Aus der Erfahrung der Supervision ist bekannt, dass hier oft ein Schwerpunkt der Probleme liegt. Noch viel einschneidender und oft nicht bedacht, weil schwer zu formulieren, ist das psychische Kräfteleck für den sozialtherapeutisch Tätigen durch die seelischen Mechanismen der Patienten. Phänomene wie die projektive Identifikation oder die Spaltung fordern häufig eine ungeheure Kraft. Sie bedingen einen Verlust an Arbeitsenergie beim einzelnen Therapeuten* durch ihre Konsequenzen in der therapeutischen Übertragungs-Gegenübertragungssituation und im gesamten Team der Klinik. Wer kennt sie nicht, die häufig fruchtlosen Diskussionen in den Besprechungen, Visiten und Frühstückspausen, bei denen in oft hoch aufgeladener Atmosphäre kontroverse Einschätzungen von Patienten ausgetauscht werden? Wenn nicht jemand diese Prozesse erkennt und in der Diskussion zur Sprache bringen kann, kommen die Therapeuten nicht zu einvernehmlichen Lösungen. Tage- und wochenlang glimmen die Gluten der Konflikte und verwirren Patienten und Mitarbeiter gleichermaßen. Selbstvorwürfe und selbstkritische Aspekte des Erlebens der Therapeuten graben sich in das Selbstbewusstsein und lassen es wie ein führerloses Schiff im Sturm schaukeln. Da denkt mancher an Berufswechsel.

Aus diesen Prozessen und Konflikten erwachsen Arbeitsstörungen, Energieverlust, Versagensgefühle und Verminderung des Antriebs – kurz: das Gefühl auszubrennen. Die Entwicklung eines Burnout-Syndroms, das man als die Vorstufe zu einer Depression bezeichnen darf, zeigt sich dann in der Konzentration des Mitarbeiters auf den individuellen Nutzen, führt zu Beziehungseinschränkungen und Insuffizienzgefühlen, wie Känel (2008) es beschrieben hat. Wie ein fallender Dominostein lähmt die Arbeitsunfähigkeit des Indexmitarbeiters das übrige Kollegenteam, und es entwickeln sich ungünstige soziale Interaktionen. Diejenigen, die mit den Rehabilitanden die Bewältigung des „Eustress" bearbeiten, verfallen schließlich selber dem Strudel des „Dysstress".

Notfallkoffer für Therapeuten

Die Veränderung der „Spielregeln" der „Märkte" hat im Rahmen der Globalisierung die Position des Arbeitnehmers objektiv verschlechtert und die politisch-ethischen Werte verändert. Die soziale Marktwirtschaft wandelt sich in eine neoliberale Richtung. Warum sollte das nicht auch die Suchttherapie treffen? Wenn es schließlich einem therapeutischen Team gelingt, die beschriebenen Prozesse der Interaktion zwischen Patient und Therapeut und zwischen Therapeuten untereinander zu analysieren, beginnt ein nächster Durchlauf dieses Circulus vitiosus, weil keine therapeutische Haltung stärker ist als seelische Erkrankung und die Durchschlagskraft von süchtiger Haltung.

Soziale Anerkennung orientiert sich an Leistung und Erfolg, nicht aber am Prozess der Arbeit. Therapie ist jedoch im Wesentlichen Prozessqualität. Es ist verführerisch, die Ergebnisqualität an der Zahl der abstinenten Patienten zu messen. Solche Zahlen sind nichts weiter als Irrlichter im Strudel wenig tragfähiger Untersuchungen. Mit diesem Grundproblem der Messung von therapeutischer Beziehungswirkung umgehen zu können, gehört zu den Basisfähigkeiten des Therapeuten. Nicht selten führt es ihn



Gefangen im Drahtkorb des Systems? – Patient oder Therapeut? Skulptur eines Patienten

aber in intrapsychische Konflikte, wenn Team und Supervision nicht ausreichend genutzt werden können.

Mathias Hirsch (2000) hat darauf hingewiesen, dass es unter neurotischen Konflikten am Arbeitsplatz oft zu einer unbewussten Leistungsverweigerung kommt, deren Ursachen Autoritätsprobleme sein können oder aber Angriffe auf den „Narzissmus", der die Leistungsanforderung als Autonomiebeschränkung empfindet. Auf Erfolge wird häufig auch verzichtet, weil sie als aggressiver Akt zum Beispiel gegenüber den Eltern erlebt werden. Solche neurose-psychologischen Erklärungen helfen aus dem Alltag der gefühlten Machtlosigkeit gegenüber der Überforderung nicht heraus. Deswegen gilt es, den Notfallkoffer, der für die Patienten während der Therapie mit „Skills" gegen Rückfälle gefüllt wird, auch für Therapeuten zu packen und mit Bewältigungsstrategien zu füllen, die individuell nutzbar sind.

Eine Bewältigungsstrategie kann im gesellschaftlichen Engagement in Gewerkschaften und Verbänden bestehen. Schon die Teilnahme an Fachtagungen hilft häufig durch den Kontakt mit anderen Menschen in gleicher Situation. Für die aktive Bewältigung von Anforderungen an Therapeuten in ihrer individuellen Arbeitssituation schlägt Hirsch (2000) folgende Strategien vor:

1. **Rückgriff auf einfache Formen des Arbeitens:** Wer kennt das Phänomen nicht, dass man sich mit Nebensächlichkeiten (Aufräumen des Schreibtisches) aufhält, um die Hürde zum „Anpacken" des Wesentlichen nicht nehmen zu müssen? Das Gegenteil ist hilfreich: die Konzentration auf die Routinearbeit bei unaufgeräumtem Schreibtisch. Wenn dann die Epikrise vor Arbeitsende fertig ist, stellt sich das Gefühl von „Geschafft" ein, ein wesentlicher Faktor zur Lebenszufriedenheit. Gerade dieses Erfolgserlebnis versagen sich Therapeuten häufig, wenn sie die Epikrise und ihre zeitnahe Erstellung nicht zur Behandlung des Rehabilitanden zählen.

2. **Oszillieren zwischen Arbeit und Muße:** Genuss besteht in wesentlichen Zügen im Aufbau von Spannung, im Wechsel von Anspannung und Entspannung. Deswegen ist die Arbeitspause ebenso wie das zwanglose Kollegengespräch ein Muss für die seelische Arbeitsgesundheit. Hier muss der

Therapeut selbst auf das Halten der „Struktur" achten, zusammen mit dem Einhalten der Zeitkontingente.

3. **Konfliktlösungen durch Reden:** Fachsimpeln, so Hirsch, helfe oft aus den konkreten Fragen des Arbeitsalltags heraus und vermeide die Schamproblematik. Man komme zu dem Ergebnis: „Ach, so machst du das!" Das neutralisiert die erstarrende Wirkung von Spaltung und Entwertung.

4. **Koalition der Vernunft:** In Teamsitzungen lassen sich ebenso wie in fachlich gut geführten Supervisionen Rückwege aus den Verstrickungen des Alltags finden. Wenn es gelingt, außer der anonymen Klage dem Chef einen Vorschlag zu machen, lassen sich häufig Probleme lösen, insbesondere die der Arbeitsatmosphäre in der Machtpyramide der Institution.

5. **Qualitätsarbeit aus dem „Fake" heben:** Häufig werden Zertifizierung und Qualitätssicherung zusätzlich geleistet und nicht als Bestandteil der eigenen Tätigkeit erlebt. Hier geht es im Wesentlichen darum, die Arbeit so zu organisieren, dass sie als Ganzes sinnvoll gestaltet ist – zum Beispiel durch die Klarheit, dass Dokumentation zur Behandlung gehört. Die entsprechende Vorbereitung einer Epikrise kann mühelos dazu führen, am Entlassungstag das fertige Ergebnis vorzulegen. Das entspannt ungeheuer.

6. **Erhaltung der Funktionslust:** Regen Sie in Ihrem Team an, immer mal wieder mit den Inhalten der Therapie zu „spielen". Überlegen Sie Alternativen, wenn Eingefahrenes zu rosten beginnt, aber vermeiden sie Eklektizismus. Eklektizismus, die Addition von therapeutischen Aktivitäten, zerfasert die Kräfte und lässt bei den Klienten das ihnen bekannte Gefühl von Beliebigkeit aufkommen. Die Frage, ob die neue Idee zum Konzept passt und den Beziehungscharakter der Therapie unterstützt, ist immer gut.

Aus dem therapeutischen Alltag lassen sich weitere Bewältigungsstrategien im Patientenkontakt empfehlen.

7. **In der Gegenübertragung liegt immer eine Antwort:** Die kritische Überprüfung der eigenen Reaktion auf den Patienten mit all ihren Facetten und der Versuch, die eigene selektive Bedeutung für den Patienten zu erkennen, führen zu einem besseren Verständnis. Und was kann der Patient Wohltuenderes spüren, als verstanden zu werden? Auch an Ihren eigenen „schlechten" Tagen lohnt es, dabei zu bleiben, dass die Reaktion auf den Patienten vom Patienten ausgelöst wird. Dieser Prozess der Erkenntnis führt regelmäßig zur Entspannung zwischen Patient und Therapeut.

8. **Einhaltung der therapeutischen Abstinenz bei allen Begegnungen mit den Patienten:** Therapeutische Abstinenz bedeutet vor allem, sich als Individualperson aus dem Prozess herauszunehmen, sich aber in voller Authentizität auf den Patienten zu konzentrieren. Diese Selektion ist ein entlastendes Element für den Patienten, weil er sich nicht um den Therapeuten und dessen aktuellen Zustand sorgen muss, und schützt den Therapeuten vor aggressiven Übergriffen an anderer Stelle. Ein alter therapeutischer, aber weiser Satz lautet: „In der Therapie soll der Patient der werden, der er ist." Das befreit den Therapeuten von der Aufgabe, für den Patienten einen Weg zu finden. Mit einer therapeutischen Absichtslosigkeit gelingt es, dem Patienten einen steinigen Weg zu zeigen, den er in Eigenverantwortung geht.

Wege aus der therapeutischen Hilflosigkeit und bei Arbeitsstörungen (vgl. auch Hirsch 2000)

1. Rückgriff auf einfache Formen des Arbeitens
2. Oszillieren zwischen Arbeit und Muße
3. Konfliktlösungen durch Reden
4. Koalition der Vernunft
5. Qualitätsarbeit aus dem „Fake" heben
6. Erhaltung der Funktionslust
7. In der Gegenübertragung liegt die Antwort.
8. Einhaltung der therapeutischen Abstinenz
9. „Der Patient hat immer Recht!"
10. Jeder Machtkampf ist schon verloren.
11. Widerstand gegen Veränderung ist wertvoll.

9. **„Der Patient hat immer Recht!"** Mit diesem Grundsatz findet der Geschulte bei einer entwertenden Äußerung des Patienten eine hilfreiche Information zur Gestaltung der Patienten-Therapeuten-Beziehung. In der arroganten Entwertung kann man häufig die Hilflosigkeit des Patienten spüren, vorausgesetzt man hat internalisiert, dass man selber gar nicht gemeint sein kann. Diese Haltung entspricht den Erkenntnissen über die innere Situation strukturell gestörter Patienten, die häufig ihre Bewertung der Umwelt einzig aus ihren wenig differenzierten inneren Strukturen ableiten müssen und nicht auf ihre Wahrnehmung vertrauen können.

10. **Jeder Machtkampf ist schon verloren:** Diese Parole gehört schon zu den Banalitäten therapeutischen Alltags, ebenso wie das Wissen darum, dass in jeder Patientenäußerung ein Kern steckt, den es sich lohnt zu bestärken. Aber warum werden diese Leitsätze in psychischen Stresssituationen oft vergessen? Ein therapeutisches Gespräch sollte nach hinten offen sein. Diese Art der Gesprächsführung, unabhängig von der therapeutischen Interventionsmethode, entspannt die Situation sehr. Wenn es Ihr Auftrag ist, den Patienten zu einem bestimmten Ergebnis zu führen, so teilen Sie ihm dies mit, aber führen sie kein Gespräch darüber, weil der Patient in diesem Falle keine Wahlfreiheit hat.

11. **Der Widerstand gegen Veränderung ist wertvoll:** Was muten wir dem Patienten eigentlich zu, wenn wir ihm nach 30 Jahren der Möglichkeit, sich „wegzubeamen", schließlich nichts weiter anzubieten haben als die „Realität"? Ich kenne keinen Patienten, der wirklich gewusst hat, worauf er sich bei der Abstinenz eingelassen hat. Die Abstinenz ist für den Patienten eine Blackbox. Der Widerstand kann als brauchbare Fähigkeit aufgenommen und in diesem Sinn zu verstehen versucht werden.

Diese Bewältigungsstrategien geben dem Therapeuten die Möglichkeit, die Verantwortung für das eigene Tun beim Patienten zu lassen. Alle diese Möglichkeiten, die inneren Spannungszustände in der Auseinandersetzung mit der Suchtarbeit zu bewältigen, erfordern eine Fähigkeit, über die fast jeder seelisch gesunde Mensch verfügt, nämlich die, einen Schritt hinter sich zu treten und sich selber zu beobachten oder, professionalisiert ausgedrückt, die Fähigkeit zu therapeutischer Ich-Spaltung. Zugleich bedarf es der ständigen Obacht, nicht „eigene Aktien" in die

Therapie zu bringen und die Absichtslosigkeit des Therapeuten einzuhalten. Der Patient muss Kapitän auf dem eigenen Schiff werden, nicht der Therapeut. Der Patient darf erleben, wie er sich selber aus dem Sumpf zu ziehen in der Lage ist.

Den eigenen Platz finden

Alle Überlegungen und Vorschläge haben nicht den Glanz der Neuerfindung, sondern sind immer wieder das Ergebnis der Erfahrungen und des Wissens um Beziehungsvorgänge. Es bedarf aber der ständigen Selbstreflektion der Therapeuten und auch des Teams, um die Arbeits- und die Genussfähigkeit der Therapeuten zu erhalten, damit sie den Rehabilitanden hilfreiche Begleiter sein können. So wie die Patienten im Therapiealltag ständig dem Konflikt zwischen „Suchtsolidarität" und „Abstinenzsolidarität" in ihrer Pathologie unterworfen sind, so sind Therapeuten gleichzeitig den Forderungen der Prinzipien Therapiekompetenz und Institutionsloyalität ausgesetzt. Und schließlich hält die seelische Gesundheit aufrecht, wer mit sich im Einklang ist: Wessen Interesse mehr im kognitiven Bereich angesiedelt ist, wird in der Tiefenpsychologie unglücklich, und wer sich für die Entwicklung einer Persönlichkeit und deren Ursachen interessiert, hat dort seinen Platz. Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie sind geprüfte Methoden und unterscheiden sich in ihrer Wirkung für den Bereich Sucht nicht voneinander. Den eigenen Platz zu finden, von dem aus man in der Lage ist, „verlorenen Seelen" zu einem Platz zu verhelfen, ist eine basale Voraussetzung für Therapie. Wünschenswert sind repressionsarme Arbeitsbedingungen, um andere Menschen korrigierende Beziehungserfahrungen erleben zu lassen.

Selbstverständlich können solche Vorschläge und Hilfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es Grenzen der Belastungsfähigkeit gibt. Es ist die Aufgabe aller Beteiligten, darauf zu achten, dass diejenigen, die kranken Menschen dazu verhelfen sollen, ihre funktionale Gesundheit wiederzuerlangen oder zu erhalten, ihre eigene nicht verlieren.

■ **Dr. Andreas Dieckmann**

Literatur beim Verfasser

** Aus Gründen der Lesefreundlichkeit wird in diesem Artikel meist die männliche Form „Therapeut" verwendet. Gemeint und angesprochen sind natürlich Therapeutinnen und Therapeuten.*

Kontakt:
Dr. med. Andreas Dieckmann
Chefarzt
Hartmut-Spittler-Fachklinik
am Auguste-Viktoria-Klinikum
Rubensstr. 125 • 12157 Berlin
E-Mail: Andreas.Dieckmann@vivantes.de

Angaben zum Autor:
Dr. Andreas Dieckmann ist Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse und Sozialmedizin. Er ist Chefarzt der Vivantes Entwöhnungstherapie Hartmut-Spittler-Fachklinik am Auguste-Viktoria-Klinikum, Berlin.