

Zehn Methoden, wie Professionelle das eigene Ausbrennen fördern können

Über die Schwierigkeit,
in der psychiatrischen Arbeit
lebendig zu bleiben*

Rudolf Heltzel

Dass ich meine Gedanken in zehn Schritten formuliere, ist höchst willkürlich. In der Vorbereitung ging es darum, einen anregenden Titel für den erbetenen Vortrag zu finden, und so entstand die Struktur meines Entwurfes: »Zehn Methoden« – es hätten genauso gut 13 oder 17 sein können. Meine Hauptschwierigkeit in der Ausführung bestand denn auch darin, die einmal vorgegebene Struktur einzuhalten. Ich hoffe, dass dies nicht allzu künstlich wirkt und beginne mit einem Ausflug in die Welt des Literarischen.

»Burnout« ist – obwohl der Begriff noch nicht alt ist – kein Phänomen unserer Zeit: Schon 1901 gab Thomas Mann eine psychologisch subtile Fallbeschreibung in der Figur des Thomas Buddenbrook, dessen Tod der Schriftsteller in das Jahr 1875 verlegt: »Die fantasievolle Schwungkraft, der muntere Idealismus seiner Jugend waren dahin. Im Spiele zu arbeiten und mit der Arbeit zu spielen, mit einem halb ernst, halb spaßhaft gemeinten Ehrgeiz nach Zielen zu streben, denen man nur einen Gleichniswert zuerkennt – zu solchen heiter – skeptischen Kompromissen und geistreichen Halbheiten gehört viel Frische, Humor und guter Mut; aber Thomas Buddenbrook fühlte sich unaussprechlich müde und verdrossen. Was für ihn zu erreichen gewesen war, hatte er erreicht, und er wusste wohl, dass er den Höhepunkt seines Lebens, wenn überhaupt, wie er bei sich hinzufügte, bei einem so mittelmäßigen und niedrigen Leben von einem Höhepunkte die Rede sein konnte, längst überschritten hatte ... Der gänzliche Mangel eines aufrichtig feurigen Interesses, das ihn in Anspruch genommen hätte, die Verarmung und Verödung seines Inneren – eine Verödung, so stark, dass sie sich fast unablässig als ein unbestimmt lastender Gram fühlbar machte – verbunden mit einer unerbittlichen inneren Verpflichtung und zähen Entschlossenheit, um jeden Preis würdig zu repräsentieren, seine Hinfälligkeit mit allen Mitteln zu verstecken und die »Dehors« zu wahren, hatte dies aus seinem Dasein gemacht, hatte es künstlich, bewusst, gezwungen gemacht und bewirkt, dass jedes Wort, jede Bewegung, jede geringste Aktion unter Menschen zu einer anstrengenden und aufreibenden Schauspielerei geworden war« (zitiert nach Mathias Burisch 1989, S. 2). Soweit der Schriftsteller Thomas Mann.

Die folgende, aus der Organisationspsychologie stammende Zusammenstellung von Verhaltensweisen und Symptomen

gibt uns ein plastisches Bild dessen, was »Ausbrennen« heute bedeutet. Danach äußert sich »Burnout« so: »(...) großer Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen; Gefühle des Versagens; Ärger und Widerwillen; Schuldgefühle; Entmutigung und Gleichgültigkeit; Negativismus; Isolierung und Rückzug; tägliche Gefühle von Müdigkeit und Erschöpfung; (...) Verlust von positiven Gefühlen den Klienten gegenüber; Verschieben von Klientenkontakten; Widerstand gegen Anrufe und Besuche von Klienten (und von Angehörigen! R. H.); Stereotypisierung von Klienten; Unfähigkeit, sich auf Klienten zu konzentrieren oder ihnen zuzuhören; (...) Zynismus und tadelnde Einstellung den Klienten gegenüber; zunehmender »Dienst nach Vorschrift«; Schlafstörungen; Vermeidung von Arbeitsdiskussionen mit Kollegen; mit sich selbst beschäftigt sein; (...) häufige Erkältungen und Grippe; häufige Kopfschmerzen und Magen-Darm-Beschwerden; Misstrauen und paranoide Vorstellungen; exzessiver Drogengebrauch (oder Tranquilizer, R. H.); Ehe- und Familienprobleme; häufiges Fehlen am Arbeitsplatz« (zitiert nach Fengler 1992, S. 105). – Jeder psychiatrisch oder psychotherapeutisch tätige Professionelle kennt einige dieser Anzeichen selbst – wenigstens in Zeiten der Spitzenbelastung, der fehlenden Regeneration usw. Burnout ist eben einerseits ein ganz normales (allseits bekanntes) Phänomen – andererseits eines, über das nachzudenken sich lohnt.

Meist entwickelt sich das »Burnout«-Syndrom allmählich und kulminiert erst nach Jahren in einem Gemisch aus Hilflosigkeit, Resignation, Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung, depressiven Selbstzweifeln und Zynismus. Es gibt verschiedene Darstellungen der Etappen einer Burnout-Entwicklung. Eine stammt von Fengler. Er unterscheidet acht Stufen, die sich – maximal verkürzt und verdichtet – so skizzieren lassen: Besonderer Idealismus und besonderes Engagement – Überforderung in der Praxis – Vergrößerung der Anstrengung – Schuld- und Schamgefühle wegen eigenen Versagens – vermehrte Anstrengung – dauerhaft angestrengte Arbeit – Gefühle der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit – Burnout-Syndrom (Fengler 2001, S. 486). Es wird deutlich, dass in dieser Entwicklungsskizze ein autodestruktiver narzisstischer Zirkel aufscheint, darauf komme ich zurück.

Einzelne Professionelle oder auch ganze Teams, bei denen das

Vollbild des »Burnout« vorliegt, sind in einer bedauernswerten Verfassung und im Grunde nicht mehr arbeitsfähig, sodass nicht nur die Professionellen, sondern auch die von ihnen abhängigen Klienten unser Mitgefühl verdienen. Innovation bzw. Organisationsentwicklung und »Burnout« schließen sich – streng genommen – aus, sodass auch aus der Sicht des Managements gute Gründe gegeben sind, sich des Themas ernsthaft anzunehmen. Nebenbei ist »Burnout« wegen seiner Folgeerscheinungen (Krankheitsausfall, Frühpensionierungen, Produktivitätsabfall usw.) teuer, was die Gesellschaft nicht gleichgültig lassen kann – aber das ist nicht Thema dieser Arbeit.

»Burnout« entsteht – das ist mir sehr wichtig – durch das Zusammenspiel objektiver und subjektiver Faktoren, durch das Ineinandewirken von Kontextbedingungen und dem »Faktor Mensch«. Man kann sich das als eine Art Kontinuum vorstellen: Den einen Pol bilden die Rahmenbedingungen für Arbeit (hier: in helfenden, psychiatrisch-therapeutischen Berufen), den anderen die Menschen mit ihren persönlichen Einstellungen und Haltungen. Es gibt Arbeitsbedingungen, unter denen alle oder nahezu alle Professionellen (auch die psychisch Stabilsten und Gesundesten, auch die Belastbarsten) »ausbrennen« – jedenfalls nach ausreichend langer Zeit. Dies betone ich ausdrücklich, damit ich nicht falsch verstanden werde.

Andererseits ist bekannt, dass selbst unter schwierigen Verhältnissen nicht alle Individuen und Gruppen gleich reagieren: Manche Menschen überstehen auch schwere Belastungen relativ unbeschadet und können sich ihre Vitalität und Kreativität trotz widriger Umstände relativ gut erhalten, andere nehmen schon in durchschnittlichen Verhältnissen Schaden. Eine günstige persönliche »Ausstattung« erhöht eben die Wahrscheinlichkeit, auch anspruchsvolle und belastende Aufgaben bewältigen zu können – umgekehrt sind bestimmte Anforderungen der Realität auf Dauer für jeden unerträglich.

»Burnout«-Prophylaxe muss daher doppelgleisig gedacht und umgesetzt werden: Einerseits als Arbeit an den Rahmenbedingungen psychiatrisch-therapeutischen Engagements, andererseits als Anregung zur beruflichen Selbstreflexion. Also: Wie sind die Umweltbedingungen, wie ist der Kontext, der Rahmen psychiatrischer Arbeit zu verbessern? Und: Welchen Beitrag leisten die Professionellen selbst zu ihrem »Burnout«? Wie können sie selbst Vorsorge leisten, damit sie nicht »ausbrennen«? Nur dieser letzte Punkt ist Thema der hier präsentierten Gedanken.

Das Oktober-Heft der Zeitschrift »Psychologie heute« hatte den Schwerpunkt »Burnout«. Darin werden »Fünf Schritte aus der Erschöpfungsfalle« vorgestellt, die verhaltenstherapeutisch inspiriert sind: 1. Problem erkennen, 2. Zeit managen, 3. Kontrolle zurückgewinnen, 4. Nein sagen, 5. Pause machen (Psychologie heute 2002, Heft 10, S. 26–29). – Ich möchte anders, nämlich psychodynamisch (also psychoanalytisch orientiert) vorgehen, indem ich darüber nachdenke, welchen – womöglich unbewussten – Beitrag die Professionellen selbst dazu leisten »auszubrennen« und wie sie dies möglichst wirkungsvoll ver-

meiden können. Damit spreche ich die Dimension der Eigenverantwortung an, die jede und jeder von uns in Bezug auf die Gestaltung der eigenen Psychohygiene am Arbeitsplatz hat.

1. Methode: Professionelle sollten sich in ihrer Arbeit unerreichbare Ziele setzen oder zumindest solche, die sie nur mit ganz außergewöhnlichem Engagement erreichen können!

Jetzt werden manche vielleicht denken: »Mein Gott, ist das banal! Das wussten wir schon am Ende unserer Ausbildung, während des Anerkennungsjahres, im AIP! Was soll daran Besonderes sein?!« Aber halt, der Teufel steckt im Detail, nämlich in der Bedeutung des Eigenschaftswortes »unerreichbar«! Welche Veränderungen in der Arbeit mit psychisch schwer und/oder chronisch Kranken erreichbar sind und welche nicht, das ist nämlich alles andere als eindeutig bestimmt. Die Beantwortung dieser Frage hängt von sehr vielen Voraussetzungen ab. Zunächst von den Patienten: Was meint »schwer und/oder chronisch krank«? Psychiatrische Professionelle verlieren – weil sie wenig Vergleichsmöglichkeiten haben – die besondere Schwere ihrer Aufgabe häufig aus den Augen. Ihre Intensivarbeitsplätze erscheinen ihnen dann gar nicht mehr als solche, und erst der Außenstehende öffnet, wenn er es thematisiert, wieder den Blick dafür. Den Professionellen selbst fällt es gar nicht mehr auf, wie schwer gestört ihre Klientel ist, wie hoch der Aufwand und wie klein die Erfolge notgedrungen sind. Oftmals stellen sie sich sehr sensibel auf sehr schwierige Menschen ein und erreichen – gemessen an deren Möglichkeiten – tatsächlich Bemerkenswertes. Aber sie selbst (die Professionellen) nehmen dies gar nicht mehr angemessen wahr, sie bewerten die kleinen, aber aus der Sicht der Patienten beachtlichen Fortschritte nicht als Erfolge und sind dann – im Gegensatz zu ihren Patienten – höchst unzufrieden damit. Sie meinen, mehr erreichen zu müssen und zweifeln an ihren beruflichen Kompetenzen, oder an ihren persönlichen Ressourcen oder an beidem. Die Selbstkritik oder besser: Selbstentwertung kann dabei gnadenlos sein. Und dann kommt die Seite der objektiven Bedingungen, der institutionellen Ressourcen hinzu: Diese Ressourcen sind oftmals viel knapper bemessen, als die Professionellen es wahrhaben wollen: Wenn sich ein psychotischer Patient für sechs oder acht Wochen auf einer akutpsychiatrischen Station befindet, ist zwar eine Krisenintervention denkbar, mitunter auch der Vorschlag weiter führender Schritte, z. B. Familiengespräche oder die Abklärung einer beruflichen Rehabilitation – aber mehr eben nicht. Alles Weitere findet – wenn überhaupt – anderswo statt, und die Professionellen im Krankenhaus erfahren darüber häufig kaum etwas. Das erleben viele Mitarbeiter als unerträglich, und sie reagieren auch darauf mit ernsthafter Selbstentwertung. Nun werden die ohnehin begrenzten Möglichkeiten stationär-psychiatrischer Behandlung bekanntlich zunehmend beschnitten. Die Stichworte dazu sind: Reduktion der Liegezeiten, Erhöhung der Fallzahl, Ausdünnung an Personal, Verdichtung der Arbeitsinhalte. Unter schwierige-

ren Arbeitsbedingungen muss also eine größere Zahl von tendenziell schwerer gestörten Patienten behandelt werden. Da wird manches unerreichbar, was noch vor Jahren im Bereich des Möglichen lag. Wer es also bisher nicht wahrhaben wollte, wird jetzt unausweichlich damit konfrontiert: Psychiatrie ist die schwierige Kunst, mit wenigem zufrieden zu sein, und das ist – auf die Zukunft projiziert – sehr schwer zu ertragen. Manche weichen dieser Realität dadurch aus, dass sie ihre Anstrengungen verdoppeln und verdreifachen und eine geradezu heroische Berufsauffassung entwickeln. Sie stürzen sich in Aufgabenstellungen, die ich selbst, der ich davon in der Supervision erfahre, für wirklich unlösbar hielte und mir selbst nicht zumuten wollte.

Natürlich kenne ich hoch anspruchsvolle, sogar heroische Aufgabenstellungen selbst auch, vorwiegend aus den ersten Jahren meiner Berufsbiografie. Es ist das Recht von Berufsanfängern, mit besonderem Elan, mitunter auch mit argloser Naivität an die Arbeit zu gehen – manche Projekte gelingen gerade dadurch und wären bei »abgeklärten«, erfahrenen Professionellen in schlechten Händen. Trotzdem ist es – auf Dauer betrachtet – wichtig, sich nicht zu sehr mit eigenen Ambitionen unter Druck zu setzen. Wer sich fortlaufend überfordert, dem gehen irgendwann die Kräfte aus.

Auch ganze Teams können sich darauf verständigen, das Unmögliche möglich zu machen, was manchmal dazu führt, dass sich einzelne, höchst engagierte Teammitglieder nach nur zwei oder drei Berufsjahren schon verbraucht und reif für einen Berufswechsel fühlen. Gewisse sozialpsychiatrische Ideologien – zum Beispiel die, in jedem Fall und unter allen Bedingungen auf stationäre Formen der Hilfe verzichten zu müssen – fördern und unterstützen solches Heldentum zusätzlich. Grundsätzlich geht es hier um ein von den Beteiligten verleugnetes Missverhältnis zwischen den selbst gesetzten Zielen und den realen Möglichkeiten, diese mit einem vertretbaren Aufwand erfolgreich anzustreben und umzusetzen. – Übrigens gehört das Nachlassen der körperlichen oder geistigen Frische durch das *Älterwerden* auch zum Thema »knapper werdende Ressourcen«: Wer älter wird, muss nicht selten damit zurechtkommen, dass die Verantwortung ansteigt – in einer Lebensphase, in der die Lebenskräfte nachlassen. Auch hier gilt es, eine neue Balance zwischen selbst gesetzten Zielen und realen Möglichkeiten zu finden. Wer sich hier überschätzt und überfordert (und nicht für wirklich gute Regeneration durch Freizeit und Urlaub sorgt), ist von Burnout bedroht.

Was bringt oder treibt Menschen dazu, sich *anhaltend* zu überschätzen und zu überfordern? Psychoanalytisch betrachtet sind dies innere Strukturen, die unsere Ideale und unsere Selbstbilder repräsentieren. Sie werden konzeptionell unterschiedlich gefasst, etwa als Ich-Ideal (Freud), oder als der die Idealstrebungen ausdrückende Pol unseres Selbst (Kohut), oder als mehr oder weniger pathologisches Größenselbst (Kernberg). Immer geht es dabei um eine ungenügende Balancierung des Selbstwerthaushaltes, also um verschiedene Formen eigener narzisstischer Störung oder anders ausge-

drückt: um das Missverhältnis zwischen der Realität und unseren Idealen. Narzisstisch ausreichend balancierte Menschen können Frustrationen, reale Begrenzungen ihrer Möglichkeiten, also Einschränkungen ihres eigenen Wirkungsgrades relativ gut ertragen. Narzisstisch bedürftige Professionelle können dies relativ schlecht und sind auf die fortlaufende Bestätigung durch außergewöhnliche (idealtypische) Erfolge eminent angewiesen. Aus diesem Grund überfordern sie sich kontinuierlich und neigen zur Selbstausbeutung. Die zugrunde liegenden Dynamiken resultieren aus der Helfer-Biografie und sind größtenteils unbewusst. Sie spiegeln die massiv abgewehrte bedürftige Seite der »hilflosen Helfer« (Schmidbauer 1977) bzw. deren eigenes narzisstisches Dilemma wider.

2. Methode: Professionelle sollten in Bezug auf ihre Arbeit und ihren Arbeitsplatz möglichst hohe Erwartungen pflegen und beharrlich daran festhalten – auch wenn sie schon bald schmerzlich erfahren müssen, dass dies unrealistisch ist!

Während die eben besprochene erste Methode eher die Abwehrseite der eigenen Bedürftigkeit spiegelt, thematisiert dieser zweite Punkt die Seite der Beziehungssehnsüchte der Helfer. Diese Sehnsüchte stellen die Kehrseite der Grandiosität, der überfordernden Selbstbilder, der heldenhaften Leistungsbereitschaft dar und resultieren ebenfalls aus der Helfer-Biografie. Hier geht es um existenziell erlebte Wünsche, endlich und anders als früher wirklich gesehen, anerkannt, gewertschätzt, gehalten und befürsorgt zu werden, sich also vertrauensvoll in die Hände idealisierter Elternfiguren geben zu können. Die Tragik der »hilflosen Helfer« besteht darin, dass diese berechtigten, nur allzu verständlichen Wünsche und Bedürfnisse – wenn sie vorzugsweise und unreflektiert am Arbeitsplatz ausgelebt werden, zwangsläufig und systematisch eine schockierende Abweisung erfahren. Die frühere Erfahrung, zu wenig oder ungenügend wahrgenommen, gehalten, gefördert worden zu sein, wird eben *nicht* – wie es unbewusst vielleicht gewünscht wird – emotional korrigiert, sondern schmerzlich wiederholt, erneut bestätigt und damit ins Unerträgliche gesteigert.

Im Grunde eignet sich ein durchschnittlicher Arbeitsplatz in einer durchschnittlichen psychiatrischen Einrichtung nicht besonders gut dazu, eine früher erworbene, also lange bestehende, noch dazu weit gehend unbewusst wirkende »Grundstörung« (Balint) zu korrigieren. Ich vertrete übrigens nicht, dass alle oder die Mehrzahl der psychiatrischen Professionellen darunter leiden, das möchte ich – um Missverständnissen vorzubeugen – ausdrücklich betonen. Was ich vertrete ist, dass Mitarbeiter und Leitungsverantwortliche Anteile einer solchen Struktur haben können (diese tragen nicht unwesentlich zu der spezifischen Berufswahl helfender Berufe bei). Besonders Begabten unter den so Strukturierten gelingt es mit geschicktem Einsatz einige Zeit lang gut, sich im Beruf so viel narzisstische Bestätigung zu erarbeiten, dass sie sich einigermaßen mit sich im Reinen fühlen können. Nicht selten sind sie we-

gen ihres Engagements besonders angesehen. Andere müssen schon mehr als Geschick aufwenden und zu regelrechten »Workaholics« werden, die sich mit besonderer Anstrengung über Wasser halten. Sie können noch angesehen oder einflussreicher sein, aber der Übergang zum »Burnout« ist hier immer schon spürbar. Nicht selten fragen sich besorgte Kollegen mit Blick auf diese notorischen Hoch- und Vielleister, wie lange das noch gut gehen soll ... Dazu fällt mir folgendes Beispiel ein: Kürzlich erschien die Todesanzeige eines Chefarztes in der Tageszeitung; unsere Nachbarin erwähnte anerkennend, der Verstorbene sei ein sehr guter Arzt gewesen: Morgens um sechs der Erste in der Klinik, abends um neun der Letzte, der ging – und falls er eine Woche Urlaub im Jahr nahm, dann nur in Verbindung mit einem medizinischen Fachkongress! Erschrocken registrierte ich im Stillen, dass auch ich mitunter noch spät abends in der Praxis arbeite, aber dann beruhigte ich mich: Seit meiner Niederlassung vor 15 Jahren nehme ich zwölf Wochen im Jahr eine »Auszeit« als prophylaktische Maßnahme gegen Herztod und Burnout. Angestellte haben diese Möglichkeit nicht, dafür aber vielleicht andere, die Selbstständigen versagt sind. Was ich damit sagen möchte ist: Wir alle haben eine Verantwortung dafür, wie wir uns ein Arbeitsleben lang – wie Winnicott es formulierte – *lebendig, gesund und wach* halten können. Arbeitssucht ist das Gegenteil oder besser gesagt: die Abwehr davon.

Die Mehrheit der narzisstisch ungenügend Ausbalancierten aber klammert sich doch eher an die Hoffnung, die Klinik, die Leitung, die direkten Vorgesetzten müssten wettmachen, was an Selbstakzeptanz vermisst wurde und wird. Das macht die Erwartungen so beharrlich, so unkorrigierbar, so unersättlich. Psychoanalytisch betrachtet werden Vorgesetzte nämlich unbewusst häufig als Elternrepräsentanten erlebt und – in der Fantasie – mit weit mehr Macht ausgestattet, als ihnen real zur Verfügung steht. Dann liegt es nahe von ihnen zu erwarten, dass sie schwer erträgliche, belastende, kränkende Umstände auch wirklich ändern und den von ihnen Abhängigen Erleichterung verschaffen können. Die bitteren Enttäuschungen folgen natürlich auf dem Fuße ... Wie viel besser könnte es Professionellen gehen, wenn sie weniger überzogene Erwartungen an ihre Arbeitsumwelt, an ihre Vorgesetzten herantrügen? Jetzt werden manche denken: »Was redet der?! Wir erwarten doch schon gar nichts mehr von unserer Leitung! Im Gegenteil – wir kennen nur Ernüchterung und Enttäuschung!« Aber gerade diese gewisse Bitterkeit in der Reaktion (die mir aus manchen Supervisionsprozessen bekannt ist) würde doch eher die Vermutung bestärken, dass diese Professionellen vielleicht doch zu viel erwarten und in der Folge zutiefst enttäuscht sind ...

Um Missverständnisse zu vermeiden füge ich ausdrücklich an, dass es selbstverständlich Aufgabe von Leitenden ist, Mitarbeiter/-innen zu sehen, anzuerkennen, wertzuschätzen, zu fördern und ihnen angemessene Fürsorge entgegenzubringen. Diese Fürsorge darf sich nicht in der persönlichen Haltung den Mitarbeitern gegenüber erschöpfen, sie sollte sich auch

in der Ausstattung mit Ressourcen, in Angeboten wie Fortbildung, Supervision usw. ausdrücken. Aber selbst wenn all dies ausreichend gegeben ist, reicht es wirklich »hilflosen Helfern«, also narzisstisch ungenügend ausbalancierten Menschen nicht. Das ist der Punkt, den ich hier herausstellen möchte. Professionelle, die mit chronisch überhöhtem Energieeinsatz arbeiten und daher von »Burnout« bedroht sind, sollten erkennen, dass die Rettung nicht von außen kommt und dass ein Arbeitsplatz – auch einer in der Psychiatrie – kein guter Ort ist, um ein inneres, tief greifendes Dilemma zu beheben.

3. Methode: Professionelle sollten beharrlich dazu beitragen, ihre Arbeitsrolle so konflikthaft und so unklar (und damit so unlösbar) wie möglich zu gestalten! Falls ihnen dies nicht gelingt, sollten sie ersatzweise auf massiver Rollenüberlastung bestehen!

Die psychodynamische Sichtweise kommt ohne zusätzliche »Brillen« nicht aus, wenn sie komplexe Phänomene untersuchen und beschreiben will. Die Therapeutenrolle (und damit meine ich hier im weitesten Sinne alle therapeutisch tätigen Berufsgruppen in der Psychiatrie einschließlich der Pflege) ist ein solch komplexes Phänomen. Organisationspsychologische Untersuchungen haben ergeben, dass »organizational stress« (Belastung in Organisationen) wesentlich aus Rollenkonflikten, Rollenunklarheit und Rollenüberlastung resultiert (siehe dazu Burisch 1989, S. 52 ff.). All dies ist aus der psychiatrischen Arbeit sehr gut bekannt, und zwar alle Berufsgruppen und alle Hierarchiestufen betreffend. Da es bei der Rollenübernahme um einen Abstimmungsprozess zwischen Rollensendern und ihren Erwartungen und den Rollenträgern geht, da also immer gewisse Spielräume der Interpretation und des Aushandelns bestehen, haben Professionelle durchaus Einfluss darauf, *welche* Rolle sie *wie* interpretieren. Selbstmanagement in Bezug auf die eigene (Arbeits-)Rolle ist also eminent wichtig, insofern Professionelle mitbeteiligt sind an der Umsetzung ihrer Rolle: Ob sie sich zwischen allen Stühlen wiederfinden, ob sie »Mädchen für alles« sein, ob sie es allen recht machen, ob sie Unmögliches (weil extrem Widersprüchliches) möglich machen wollen – das bestimmen nämlich nicht nur ihre Vorgesetzten. Insbesondere in der Pflege ist es von zentraler Bedeutung, wie diese Fragen bearbeitet werden, denn in dieser Berufsrolle ist schon von der Grundkonzeption her angelegt, für alles und jedes zuständig und bedeutsam zu sein. Überkommene sozialpsychiatrische Ideologien (»Jeder macht hier alles und alle sind gleich gut darin«) haben diese Auffassungen noch verstärkt. Mit Abstand betrachtet erscheinen diese Konstrukte als Lehrbeispiele für Rollenunklarheit und Rollenüberlastung, und natürlich waren jede Menge latente Rollenkonflikte darin eingebaut. *Und heute?* Heute soll die psychiatrische Pflegekraft organisieren, dokumentieren, kommunizieren, integrieren, reflektieren, sie soll Pflegeplanungen erstellen und Bezugspflege durchführen und dabei das Qualitätsmanagement und die verschiedensten Projektgruppen zur Umstrukturierung der Klinik nicht vergessen ... Im Vergleich zur Zeit vor etwa 20 Jahren sind diese verschiede-

nen Aufgaben klarer umschrieben, dafür ist die Rollenüberlastung grandios, und zwar in quantitativer wie in qualitativer Hinsicht: Nur eine extrem leistungsfähige und hochkompetente Krankenschwester (oder der ebenso grandios konfigurierte männliche Kollege) kann diesen Ansprüchen auf Dauer (und darum geht es ja!) gerecht werden. Die Realität ist, dass man überall hinterherhinkt, den idealtypischen Ansprüchen nicht gerecht wird, aber trotzdem daran festhält – auch unter immer widriger werdenden Bedingungen. Diese Erwartungen werden beileibe nicht nur von Leitungsverantwortlichen transportiert, sondern auch auf Mitarbeiter-Ebene hochgehalten. Die Bezugspflege reduzieren, vereinfachen oder gar als nicht umsetzbar streichen? Unmöglich! Die Beteiligung an Patienten- oder Familiengesprächen diskutieren, in Frage stellen, einstellen? Undenkbar! usw., usf. – in der Praxis geschieht all dies natürlich laufend und an allen Orten, aber die offizielle Anerkennung dieser real längst eingetretenen Entwicklung ist eines der größten Tabus in der psychiatrischen Arbeit. Und was ich hier über die psychiatrische Pflege ausführe, ließe sich mühelos auf andere Berufsgruppen und deren Rollenüberlastung übertragen. Es mag wichtig zu erwähnen, dass die Umstände es erzwingen können, Abstriche gerade an solchen Dingen (Aufgaben, Tätigkeiten) zu machen, die den Reiz der Aufgabe ausmachen – auf die wir also eigentlich gerade nicht verzichten wollen! Das ist ein ganz wichtiger Punkt, denn wenn Professionelle alles streichen würden, was ihnen Spaß macht und nur noch ihre Pflichtaufgaben ausführten, trügen wir auch zu unserem Ausbrennen bei. MitarbeiterInnen sind also gut beraten, wenn sie an dieser Stelle listig vorgehen und ein paar Dinge (Aufgaben, Tätigkeiten) beibehalten, die zwar vielleicht nicht wirkliche Pflicht, dafür aber eine Freude sind. Gute Vorgesetzte wissen das, fragen diesbezüglich gar nicht genauer nach (sonst müssten sie die Freuden in Frage stellen, weil so viele Pflichten zu kurz kommen) und ermöglichen den MitarbeiterInnen stillschweigend (oder augenzwinkernd), ihre kleinen, aber wichtigen Regelverletzungen beizubehalten. Auf diese Weise können alle ihre Freude an der Arbeit erhalten, was natürlich – indirekt – auch der Pflichterfüllung zugute kommt. In meiner psychoanalytischen Ausbildung habe ich auch die Jung'sche Psychologie kennen gelernt. Ich habe sie eigentlich nie wirklich verstanden, aber ein Punkt hat mich stark angesprochen, ich weiß ihn noch heute. Es handelt sich um den Archetypus des »Trickster«, zu dem jeder von uns einen guten Zugang haben sollte (das verhilft zu Eleganz und Gewitztheit im Umgang mit Lebensproblemen). Mein eben referierter Punkt hat – glaube ich – damit zu tun.

4. Methode: Professionelle sollten vergessen, dass eine gewisse Abwechslung im Beruf jung und beweglich halten kann und sowohl an den Arbeitsinhalten als auch an den Patientengruppen und Kollegen festhalten, mit denen sie schon immer gern zu tun hatten!

Heute verändern sich sowohl die Arbeitsinhalte als auch die Strukturen der Zusammenarbeit in der Psychiatrie schneller, als vielen Professionellen lieb ist. Der fortlaufende, hektische, atemlos machende Wandel wird seinen Preis haben, denn viele Menschen in Organisationen benötigen mehr Stabilität und Überschaubarkeit, als heute unter den immer dynamischer und komplexer werden Bedingungen zu haben ist. Vor allem wünschen sie sich – verständlicherweise – das Gefühl, wesentliche Dinge in ihrem Umfeld so beeinflussen zu können, dass sie sich weiterhin wohl fühlen: Mit welchen Kollegen sie zusammenarbeiten, welche Patientengruppe sie beraten, behandeln, betreuen, begleiten oder pflegen und – nicht zu vergessen – wer genau ihre Vorgesetzten dabei sind, das ist für viele Professionelle von zentraler Bedeutung. Die Frage der Arbeitskonzepte und der zugehörigen Arbeitsinstrumente ist häufig nachgeordnet.

So nachvollziehbar diese Sicherheits- und Kontrollbedürfnisse sind – im Extremfall und auf Dauer sind sie doch dysfunktional und werden zum Bumerang für die Protagonisten. Wer 20 Jahre lang auf der gleichen Station die annähernd gleiche Klientel betreut hat (z. B. Alkoholranke, die sich einer Entwöhnungsbehandlung unterziehen) – ist der noch umstellungs- und anpassungsfähig, neugierig und lernfähig genug, sich auf andere Menschen (z. B. psychotische Patienten), andere Konzepte usw. einzustellen? Wer seit zehn Jahren im gleichen Kleinteam arbeitet und Kleingruppen mit einer ganz bestimmten Person und nur mit dieser leiten kann – kommt der oder die noch in die Lage, aus neuen Erfahrungen zu lernen? Und vor allem, auf mein Thema bezogen: Sind diese Professionellen, die ich hier in lockerer Anlehnung an die Realität beschreibe, vor »Burnout« gut genug geschützt?

Als Organisationsberater rege ich seit Jahren in den verschiedensten Einrichtungen an, über reflektierte, fürsorglich gestaltete Jobrotation oder wenigstens systematische Hospitationen nachzudenken. Komplexeinrichtungen mit den verschiedensten stationären, halbstationären, ambulanten und komplementären Angeboten hätten theoretisch viele Möglichkeiten, dies zu praktizieren. Meine Vorschläge stoßen jedoch zumeist auf eine Mischung aus Erstaunen, Skepsis und ambivalenter Ablehnung. Auch Professionelle, die sich in ihrer Tätigkeit als extrem belastet und chronisch unzufrieden präsentieren, ziehen es fast ausnahmslos vor, an Ort und Stelle auszuharren, statt an einen vorübergehenden Wechsel in ein anderes Team zu denken. Hier, wo man immer ist, weiß man, was man hat. Was einen dort erwartet, ist mehr als unsicher. Und überhaupt – ohne die Gewissheit der Rückkehr könne man sich das gar nicht vorstellen, und was sei »bei dieser Leitung« schon gewiss? »Nein, das klingt zwar interessant, ist aber in der Praxis nicht realisier-

bar!« Wäre es aber vielleicht doch, wenn alle Beteiligten – auch die Personalvertretungen – dies wollten, wenn es klug reflektiert und sensibel, also fürsorglich umgesetzt würde ... Ich bleibe also dabei: Gerade unter den heutigen Bedingungen des ständigen Wandels in Organisationen, der so viel Umstellungsbereitschaft und Flexibilität von uns allen erfordert, wäre die verbindliche Befassung mit Projekten der Jobrotation oder der systematischen Hospitation eine wirksame Prophylaxe gegen das fortschreitende Ausbrennen von Professionellen.

Vielleicht ist es an dieser Stelle hilfreich, wenn ich noch einmal etwas Persönliches einfließen lasse. Es betrifft meinen eigenen Umgang mit dem Wechsel von Tätigkeitsfeldern. Ich habe in den letzten zwei Jahren meiner psychoanalytischen Ausbildung und in den ersten zwei nach dem psychoanalytischen Examen ausschließlich einzeltherapeutisch – zumeist hinter der Couch – gearbeitet. Dies entsprach der mir bekannten Praxis erfahrener Psychoanalytiker, sodass ich glaubte, dies auch praktizieren zu müssen, wenn ich ein anerkannter, guter Psychoanalytiker sein wollte (und das wollte ich). Die Sache klappte auch soweit gut, meine damaligen Analysanden werden sich wohl – von Ausnahmen abgesehen – nicht beklagen können. Allerdings merkte ich selbst im Laufe der Zeit, dass mir die zurückgezogene Arbeit als ausschließlicher »Hintercouchler« und Einzeltherapeut die Freude an dieser zutiefst befriedigenden und erfüllenden Arbeit zu nehmen begann. Ich konnte mir sozusagen plastisch vorstellen, dass es mir bei Fortsetzung dieser Praxis irgendwann nicht mehr gelingen würde, mich »lebendig, wach und gesund« zu erhalten. Das war der Punkt, an dem ich begann, meine Praxisstruktur umzustellen: Ich ersetzte einige auslaufende Behandlungen durch Supervisionsprojekte, machte eine gruppenanalytische Ausbildung und achtete darauf, dass sich meine Arbeitswoche zur Hälfte aus Einzeltherapien (im Liegen und im Sitzen), zur anderen Hälfte aus Supervisionen, Beratungen und Fortbildungen in Organisationen zusammensetzte. Diese Gestalt meiner beruflichen Identität entspricht meinem Naturell und meinen Begabungen und hat mir bis heute die Freude am Beruf erhalten. Wenn ich nach einer Supervision in einer Klinik in die Praxis zurückkehre, freue ich mich auf die ungestörte Intimität der psychoanalytischen Zweierbeziehung umso mehr. Gerade der Wechsel zwischen verschiedenen Tätigkeitsfeldern und beruflichen Identifizierungen wirkt belebend auf mich und hält mich neugierig und aufnahmebereit. – Auch dies lässt sich nicht nahtlos auf Angestelltentätigkeiten übertragen, aber das Prinzip wird deutlich: Professionelle sollten für eine gewisse, wohltuende Abwechslung im Beruf Sorge tragen. Möglichkeiten dazu bietet jeder Beruf und jede Form der Anstellung.

**5. Methode: Professionelle sollten alles, was mit dem Thema »Burnout« zu tun hat tabuisieren und konstruktiven Austausch darüber vermeiden!
So machen sie es zu ihrem eigenen Problem, von dem niemand etwas bemerken darf!**

Einer meiner Patienten (er ist Manager) leidet unter schwer zu kontrollierenden Attacken von Beschämungsangst, wenn er – was zu seinem Job gehört – Projekte in bestimmten Gremien präsentieren soll. Zu einer spürbaren Besserung der Symptomatik kam es schon allein dadurch, dass er – durch die Stunden gewitzter geworden – bemerkte, dass offenbar auch andere Manager unter Angstzuständen leiden (was sie durch geschickte Vermeidungs-Arrangements zu kaschieren versuchen). Regelrecht entlastet und erleichtert sagte mein Patient: »Mir geht es momentan schon dadurch wesentlich besser, dass ich merke: Ich bin offenbar gar nicht der Einzige, der so was hat! Und ich kann hier darüber sprechen!« Natürlich ist alles, was mit Angst und vermeintlicher »Schwäche« zu tun hat, im Management weitestgehend tabuisiert, und nicht alle wählen – wie mein Patient – den konstruktiven und hilfreichen Weg, rechtzeitig eine Psychotherapie zu beginnen. Andere flüchten in Alkoholsucht (wozu es reichlich Gelegenheit gibt) oder schlucken Tranquilizer.

Behandlungsbedürftige Angstzustände könnten wohl an vielen psychiatrischen Arbeitsplätzen thematisiert werden und wären nicht unbedingt ein Anlass für Entwertung oder Ausgrenzung. Aber wie steht es mit dem Verlust der Kreativität, mit offener (nicht nur vorübergehender) Erschöpfung, mit Gefühlen der fachlichen Überforderung, der beruflichen Selbstzweifel? Würden da nicht alle Betroffenen – wie Thomas Buddenbrook – »die Form wahren« und den Weg der »anstrengenden Schauspielerei« wählen? Und die Professionellen, die vom »Burnout« der Kollegen mitbetroffen sind, die für sie mitarbeiten, die sie »decken« müssen, damit die Einschränkung nicht auffällt – würden die nicht Schuldgefühle empfinden, wenn sie das Thema ansprechen? Und die Vorgesetzten – wären die nicht froh, wenn sie (wie in früheren, »fetten« Jahren) einen »Nischenarbeitsplatz« zur Verfügung hätten, der dem »Ausgebrannten« zugewiesen werden könnte? Alles verständlich und nachvollziehbar, aber nicht wirklich hilfreich, weil es einen Zustand fortschreibt und aufrechterhält, der doch längst dringend veränderungsbedürftig ist. Daher bräuchten Organisationen – gerade jetzt und in den nächsten Jahren – eine Kultur des vertrauensvollen, hilfreichen Austausches über dieses Thema. Dieser Austausch könnte dazu beitragen, das Thema zu enttabuisieren.

Bei der Einstellung auf mein Thema las ich in einer Monographie über Burnout (Burisch 1989), dass der kürzlich verstorbene Prof. Michael Lukas Moeller schon in den 70er Jahren vorschlug, Gesprächsgruppen in Betrieben zu gründen, in denen die eigene Arbeit und das subjektive Erleben derselben thematisiert werden könnte. Er plante, ein bundesweites Netzwerk solcher Gruppen aufzubauen und dieses Projekt zentral mit einer Beratungsstelle unterstützend zu begleiten.

Michael Lukas Moeller war ein Mann mit vielen Ideen (er starb viel zu früh und wird schmerzlich vermisst), wobei diese Idee der betrieblichen Gesprächsgruppen sich offenbar nicht realisieren ließ. Aber ein ganz ähnliches Netzwerk, an dem ich selbst teilnehme, ist tatsächlich von Moeller aufgebaut und geleitet worden, es existiert seit mehr als 25 Jahren. Da es engstens mit dem Thema »Burnout-Prophylaxe« verknüpft ist, erwähne ich es hier. Gemeint ist GRAS (das steht für Gruppenanalyseseminar), wo sich nicht nur Gruppenanalytiker in Ausbildung, sondern auch bereits qualifizierte Gruppenanalytiker in nicht geleiteten Kleingruppen treffen, um sich über sich selbst und ihr Leben (auch ihr Arbeitsleben) austauschen zu können. Für zahlreiche Psychoanalytiker, Psychotherapeuten und Gruppentherapeuten ist dies eine regelmäßig (für zwei Wochen im Jahr) genutzte Möglichkeit, etwas für die eigene Psychohygiene zu tun. Ich habe mehrere Jahre daran teilgenommen und fühlte mich durch den offenen, vertrauensvollen Austausch jedes Mal entlastet und belebt. Etwas in dieser Art hatte Michael Lukas Moeller für alle Professionellen (nicht nur für Gruppenanalytiker) im Sinn.

6. Methode: Professionelle sollten, wenn sich die Arbeitswelt so kompliziert entwickelt, die Mitverantwortung daran ablehnen! Sie sollten Opferrollen und Feindbilder pflegen, das schützt verlässlich vor Trauerarbeit!

Das schon erwähnte Oktober-Heft der Zeitschrift »Psychologie heute« erwähnt eine groß angelegte Aktion der IG Metall, die den Titel »Tatort Betrieb« trägt. Die Gewerkschaft will damit die Betriebsräte für das Thema sensibilisieren und »(...) den psychischen Stress am Arbeitsplatz unter dem Schlagwort ›Terror für die Seele‹ in den Mittelpunkt rücken« (Psychologie heute, Oktober 2002, S. 25). Das sind beneidenswert klare Verhältnisse, in denen noch unumstritten zu sein scheint, wer Täter und wer Opfer, wer Feind und wer Freund, wer schuld ist an der Entwicklung und wer sie ausbaden hat. Das mag im Geschäftsbereich der IG Metall die Verhältnisse mit angemessener Komplexität widerspiegeln. Für den Bereich der Psychiatrie, den ich ganz gut übersehe, neige ich zu einer anderen Sichtweise, auch wenn ich mich damit bei manchen unbeliebt machen sollte: So wie sich die Arbeitswelt auch im psychosozialen Bereich entwickelt, werden wir alle noch mehr als bisher mit herben Abstrichen und schmerzlichen Verlusten zu rechnen haben. 25 Jahre lang ging es uns – mit Abstand betrachtet – relativ gut. »Relativ« meint hier auch im Vergleich zu Nachbarländern, deren Ausgangslagen und Rahmenbedingungen schon länger weit schlechter sind als die unsrigen. Diese relativ »fetten« Jahre sind nun vorbei, wir werden – auch wenn wir Widerstand leisten, was absolut nötig sein kann – Federn lassen müssen und mit Abschieden konfrontiert werden, weil wir eben wirklich etwas zu verlieren haben. Die massiven Veränderungen in den psychiatrischen Einrichtungen, mit denen wir schon jetzt konfrontiert sind oder in naher Zukunft konfrontiert sein werden, können wir – unbe-

wusst – als schockierenden Verlust von existenzieller Sicherheit, von Halt und Geborgenheit erleben, also ähnlich wie den Verlust unserer Primärobjekte, von denen wir in unserer Kindheit abhängig waren. Normalerweise lösen Verlusterlebnisse dieser Art Reaktionen aus, wie sie uns von Trauernden bekannt sind, also zunächst Verleugnung, dann Anerkenntnis des Verlusts, daher Angst, Gram und Verzweiflung, später dessen Verarbeitung, d. h. eine neue Art der Anpassung an die Verhältnisse. In dieser Weise Abschied nehmen, also wirklich Trauern ist aber in Organisationen – auch in psychosozialen – noch tabuisierter als das Eingeständnis »ausgebrannt« zu sein. Professionelle haben in der Regel wenig Erfahrung damit, es stehen keine hilfreichen Rituale zur Verfügung, die ihnen die Erfüllung der »Traueraufgaben« erleichtern könnten. Damit meine ich die Anerkennung der Realität des Verlustes, das Erleben und den Ausdruck von Trauer, die Bewältigung der dramatischen Veränderungen in unserer Arbeitsumwelt und die Wiederherstellung unseres Selbstwertes (Beutel 2000).

Vielleicht kann das, was wir »Ausbrennen« zu nennen gewohnt sind, in manchen Fällen als lavierte, protrahierte oder auch blockierte Trauerreaktion verstanden werden? Seit Freud wissen wir, dass Trauer eine Reaktion nicht nur auf den Verlust einer geliebten Person, sondern auch eines Ideals oder wichtiger Lebensziele sein kann. Trauer ist ein individuell ausgesprochen vielgestaltiger Prozess: Manchmal ist er mit klassischen Trauersymptomen und Depression verknüpft, aber diese können auch fehlen, z. B. wenn die Trauer bereits antizipatorisch – in einem längeren Prozess – erfolgte. Letzteres passt vielleicht auf die Prozesse in unserem Arbeitsleben besser als das klassische Modell der Trauer. Manchmal mischen sich in die Trauer Gefühle der Vitalität, der Befreiung, der Hoffnung. Und dann ist Trauer ein essenziell sozialer Prozess, der ganz wesentlich davon abhängt, wie viel Kontakt, Anteilnahme und Unterstützung zur Verfügung gestellt werden.

Manche der zum »Burnout«-Syndrom zählenden individuellen Symptome, z. B. die Schlafstörungen, die psychosomatischen Beschwerden, die Reizbarkeit, die chronische Depressivität u. a. m. werden psychodynamisch verständlich, wenn sie als festsitzende, blockierte, vielleicht auch pathologische Trauerreaktion interpretiert werden. Zum Schutz vor Trauer über den Verlust von etwas existenziell Bedeutsamem eignen sich aber besonders interpersonelle und institutionelle Abwehrprozesse, wie ich sie bereits benannt habe: Wenn ich mich als Opfer der Gesellschaft, der Gesundheitspolitik, der Direktion, des Vorstandes, der Leitung, der Vorgesetzten, der anderen Teams, der eigenen Teamkollegen usw. fühlen kann, dann bin ich wütend, ich kämpfe, begehere auf und vermeide Trauer. Das kennen wir aus der Reaktion auf den Tod eines lieben Menschen: In einem ersten Abwehrimpuls werden Ärzte oder andere zu den Schuldigen erklärt – das fühlt sich zwar nicht wirklich gut, aber doch nach außen gerichtet und daher erst einmal erleichternd an. Erst später kommen – wenn der Trauerprozess nicht vollständig blockiert ist – andere Gefühle hinzu. Feindbilder schützen vor Scham- und Schuldgefühlen und

vor der Auseinandersetzung mit dem Gefühl eigenen Versagens. Und Gefühle des Versagens schützen vor dem Erleben eines vielleicht unwiderruflichen Verlusts, letztlich vor der *emotionalen Erfahrung unserer Zerbrechlichkeit und Endlichkeit*. Das ist vielleicht – psychodynamisch betrachtet – der schwer erträgliche, weil enorm kränkende Kern des »Burnout«-Syndroms. Die Tragik der davon Betroffenen liegt darin, dass sie sich vor dem Erleben dieser Gefühle schützen müssen, was so viel Kraft, Energie und Aufwand kostet, dass wiederum »Ausbrennen« die Folge ist. Abwehr ist – das wissen Professionelle aus ihrer patientenbezogenen Arbeit – immer nur bis zu einem gewissen Grade oder auf begrenzte Zeit hilfreich und funktional, danach bzw. darüber hinaus kostet sie den Preis psychischer oder auch körperlicher Gesundheit.

7. Methode: Professionelle sollten das Image von autarken Individuen pflegen, die keiner professionellen Unterstützung in ihrer Arbeit bedürfen, denn sie können alles aus sich selbst heraus!

Es ist inzwischen fachlich weit gehend unumstritten und bedarf keiner umständlichen Begründung, dass Supervision (die angeleitete Selbstreflexion der beruflichen Tätigkeit) und Fortbildung (die Vermittlung und Diskussion fachlicher Konzepte zur Arbeit mit psychisch Kranken) helfen können, aus Erfahrung zu lernen und sich das Spielerische, die Frische, den Humor und den guten Mut zu bewahren, die dem Senator Thomas Buddenbrook in seinem Beruf abhanden gekommen waren. Professionellen ist zu wünschen, dass sie reichlich eigene Erfahrungen damit haben wie belebend, wie erleichternd und wie befreiend sich Supervision und Fortbildung auswirken können, dass diese Unterstützungsangebote also beileibe nicht nur ernst und schwer lastend erlebt werden müssen, dass sie im Gegenteil »Frische, Humor und guten Mut« wecken und erhalten können. Aber auch, wenn diese Erfahrungen vorliegen bleibt doch zutreffend: Psychisch Kranke geben die Konflikte und Affekte, mit denen sie kämpfen, im Zusammenleben und Zusammenarbeiten mithilfe komplizierter Austauschprozesse an ihre Interaktionspartner weiter, sodass diese sich – gerade so, wie es viele Irrenarztwitze bloßstellen – damit »anstecken«. Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepte versuchen diese komplexen Verstrickungs- und Verwicklungsprozesse begrifflich zu fassen, in jüngster Zeit kommen Konzepte wie die des »Handlungsdialogs«, des »Enactments« oder auch der »projektiven Identifizierung« hinzu. Gemeinsam ist allen diesen Dynamiken, dass sie sich zwischen Patienten und Professionellen abspielen, dass sie eine enorme Eindringlichkeit und Wirkungsmacht entfalten können, und dass sie imstande sind, ganze Organisationen im Sinne einer gemeinsam geteilten »institutionellen Abwehr« (Mentzos), einer institutionellen Matrix zu bestimmen und zu durchdringen. Es kann schwer, zeitweise sogar unmöglich sein zu bestimmen, was von den Klienten, was von den Professionellen und was von der Organisation ausgeht, und es erfordert in jedem Fall einen spezifischen Rahmen der gemeinschaftlichen Untersuchung

und Klärung (Heltzel 1997), um mit diesen Fragen weiter zu kommen. Sich ohne solche Unterstützung auf die jahrzehntelange Konfrontation mit psychisch Kranken einzulassen, erschiene mir so, als stürzte sich jemand, der nie das Schwimmen gelernt hätte, ohne Rettungsring und Begleitboot in die Nordsee – mit dem Ziel, Helgoland zu erreichen.

Vielleicht werden jetzt viele denken: »Der trägt Eulen nach Athen! Heute muss man doch niemanden mehr von der Notwendigkeit von Supervision in der Psychiatrie überzeugen!« Aber die so denken irren! In dem Sammelband »Supervision in der Psychiatrie« [Eck (Hrsg.) 1998], zu dem ich selbst zwei Abschnitte beigetragen habe, äußert sich kein Geringerer als Klaus Dörner in einem langen Interview ausgesprochen skeptisch über die Institution der Supervision in der Psychiatrie. Er bekennt offen, selbst nie eine einzige Stunde Supervision erhalten zu haben und bewertet die in seiner Klinik durchgeführten Supervisionen mehr als kritisch. Mag sein, dass Klaus Dörner – um in meinem Bild zu bleiben – erfolgreich auch ohne Begleitschutz, nachts und im Winter nach Helgoland schwimmen könnte – er spricht aber für viele andere, weniger Souveräne in der Psychiatrie, die sich mit einem solchen Projekt erheblich überschätzen und von einer professionellen Unterstützung sehr wohl profitieren würden.

8. Methode: Falls Professionelle sich trotz verschiedener Gegenmaßnahmen zunehmend »ausgebrannt« fühlen, sollten sie in jedem Fall eine gründliche, psychoanalytische oder gruppenanalytische Selbsterfahrung meiden!

Diesen Punkt mache ich kurz, weil er sich aus bereits vorgestellten Gedanken ableitet. Entgegen dem dominierenden Zeitgeist, der kurze und leichte Wege bevorzugt, ist eine gründliche psychoanalytische oder gruppenanalytische Selbsterfahrung eine sehr gute Unterstützung bei der Suche nach einer befriedigenden inneren Balance – auch was den Beruf angeht. – Warum manche Professionellen in der Psychiatrie nie eine wirklich gründliche Selbsterfahrung oder Therapie unternehmen – eine, in der sie sich tatsächlich verstanden und unterstützt fühlen, in der also ihre Probleme wirklich berührt und zugrunde liegende Strukturen tatsächlich verändert werden – verwundert doch immer wieder. Eine gründliche psychoanalytische Selbsterfahrung und Behandlung berührt immer auch die Fähigkeit zu arbeiten und stellt – wenn sie gut geht – eine mächtige Hilfe zur Selbsthilfe dar. Das weiß ich aus zahlreichen Behandlungen gerade von Berufsanfängern, in denen es immer auch um die Bearbeitung von Konflikten geht, die sich aus der Berufsausübung ergeben. Das Berufsleben ist (wie das Liebesleben) eine fast unerschöpfliche Quelle von Übertragungsbeziehungen, in die Professionelle sich unheilvoll verstricken können. Die Bearbeitung solcher Energie zehrenden Prozesse kann tatsächlich als eine sehr gute Prophylaxe gegen »Burnout« betrachtet werden. – Als kürzlich in einer Teamsupervision Fragen dieser Art angesprochen wurden (es ging um die Bewältigung von Erschöpfung, Resignation etc.)

traf einer der Teilnehmer den Nagel auf den Kopf, als er sagte: »Eine eigene Therapie – das muss man sich erst mal selbst wert sein!«

Aber ich möchte wiederum Missverständnissen vorbeugen, indem ich hervorhebe, dass *manche* Professionellen von einer gründlichen Psychotherapie profitieren könnten. Für andere gilt dies nicht, bei diesen wirken vielleicht ein oder zwei wirklich gute Urlaube Wunder, oder ein Hobby gibt Entlastung, oder das Familienleben, oder noch andere Dinge, die ich hier gar nicht alle aufzählen kann. Manchmal hilft – das schreibe ich ohne Ironie – auch der Wechsel der Arbeitsaufgabe oder des Arbeitsfeldes, das habe ich in meiner Berufsbiografie selbst erfahren. Daher der folgende Punkt:

9. Methode: Auch wenn alles nicht hilft – Professionelle sollten auf keinen Fall das Aufgabenfeld oder den Arbeitsplatz wechseln, schon gar nicht den Beruf! Sie sollten die Zähne zusammenbeißen und durchhalten, andere geben auch nicht so schnell auf!

Manche Professionellen haben sich im Verlauf ihres Berufslebens gefragt, ob ihre Arbeit wirklich noch passend für sie ist? Vielleicht haben sie auch ernsthaft an sich, an ihren fachlichen Fähigkeiten oder sogar an ihrer Persönlichkeit gezweifelt. Vielleicht haben sie sich selbst die Schuld an diesem Desaster (denn als solches erleben sie es) gegeben. Ich möchte Professionelle eher ermuntern, sich *weniger rigoros* zu beurteilen. Wer fünf oder zehn oder fünfzehn Jahre an einem psychiatrisch-therapeutischen Arbeitsplatz war und nun spürt, wie belastend dies ist, wie sehr er sich nach anderer Arbeit, nach neuen Erfahrungen sehnt – warum sollte der sich unbedingt zwingen weiterhin durchzuhalten? Vielleicht hat er eine Arbeit, die die Bezeichnung »Intensivpsychiatrie« rechtfertigt, und er hat einen genügend großen Beitrag geleistet? Oder die Struktur einer Tätigkeit ist so gestrickt, dass er mehr oder weniger Wunder wirken soll, und er fragt sich, ob er das wirklich von sich erwarten sollte?

Warum also nicht an Wechsel denken? Es ist nicht zwingend, einen solchen Schritt als persönliches Versagen zu verbuchen. Es steht auch nirgends geschrieben, dass ein Beruf dauerhaft besonderes Leiden verursachen soll. Wer lange dabei war, hat genügend Durchhaltefähigkeit bewiesen, alles Weitere geht vielleicht schon in Masochismus über. Allen Professionellen ist zu wünschen, dass ihre Situation so beschaffen ist, dass sie einen Wechsel – des Arbeitsfeldes, der Aufgabe, vielleicht auch des Arbeitsplatzes – auch tatsächlich realisieren können. Während ich das schreibe, denke ich an die besondere Situation vieler Frauen: Wenn sie – was nach wie vor die Regel ist – die Hauptlast der Kindererziehung tragen, können sie vielleicht nicht ganz so frei wie ihre Männer mit wechselnden Engagements »spielen«. Andererseits sind gerade viele Frauen wegen der notwendigen Wechsel vom Erziehungsurlaub zum Beruf und zurück flexibler als ihre männlichen Kollegen und daran gewöhnt, Abwechslung in ihre (Berufs-)Biografie einzubauen. Damit bin ich bei meiner letzten Empfehlung angekommen:

10. Methode: Professionelle sollten ihr Privatleben vernachlässigen, ausschließlich in ihrer Arbeit aufgehen und alle Warnsignale übersehen, die sie zum Umdenken bringen könnten!

»Therapeuten sind auch nur Menschen« – das kann man unterschiedlich verstehen. Nämlich einerseits so: Psychiatrische Professionelle sind auch nur Menschen – sie haben das Recht, neurotisch zu sein und ein freudloses Leben zu führen – zum Beispiel eines, das ausschließlich auf frustrierend erlebte Arbeit reduziert ist. Das wäre dann auf Dauer eine sehr zuverlässig wirksame Methode auszubrennen. – Einen solchen Therapeuten zitiert Fengler in seinem Burnout-Buch (Fengler 1992): Dieser »Workaholic« arbeitet ohne Pause von sechs Uhr früh bis Mitternacht und verleugnet vollkommen, welches Ausmaß an Störung dies bedeutet. Jeder von uns kennt Kollegen oder Vorgesetzte, die ähnlich gefangen sind (und dies mitunter trotz langer, gründlicher Selbsterfahrung).

Oder anders herum: Therapeuten sind auch nur Menschen – sie haben das Recht auf ein befriedigendes Privatleben, in dem sie für einen guten Ausgleich für berufliche Belastungen Sorge tragen. »Gut genug« können auf Dauer nur diejenigen Professionellen sein, die sich Raum für Angenehmes, Schönes, Lustvolles und Liebesvolles im Leben erhalten und auf diese Weise für ein gewisses Maß an Freude, Entspannung, Befriedigung und Wohltat nicht nur im Beruf, sondern auch zu Hause sorgen (Reimer 1994).

Obwohl es zum Zeitgeist gehört, auch die intimsten Details aus dem Privatleben vor Millionen von TV-Zuschauern auszubreiten, halte ich mich an dieser Stelle zurück, was meine eigene Balance im Privaten angeht. Aber auf eines möchte ich doch beispielhaft eingehen, weil es gut ins Thema passt und nicht so intim ist, dass ich es verschweigen müsste: Nach jahrelanger Vorstandsarbeit für die Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychodynamische Psychiatrie (NAPP) e. V. bin ich in der Mitgliederversammlung des Vereins auf liebevolle Weise aus meinem Amt entlassen worden. Ich habe dabei viel Anerkennung, Lob und Dankbarkeit erfahren. Trotz vieler Arbeit für die NAPP überwiegt insgesamt das Gefühl, dass ich mich gerne identifiziert und engagiert habe (und dies weiter tun werde), und dass sich der Aufwand mehr als gelohnt hat. Damit meine ich sowohl die Inhalte der Arbeit, als auch die Menschen, die dafür einstehen, und mit denen ich zusammenarbeiten durfte.

Es hat auch großen Spaß gemacht, den Vorstand zu leiten, denn auf den Vorstandssitzungen und Vereinstreffen wurde nicht nur inhalts- und ergebnisorientiert gearbeitet (was eine Lust ist), sondern viel gelacht und gut gegessen. So ist es also nicht übertrieben zu sagen, dass es in diesem psychosozialen Verein – neben manchen Konflikten – auch Raum für Angenehmes, Schönes, Lustvolles und Liebesvolles gibt. Etwas von dieser Art ist allen, die in Einrichtungen der Psychiatrie arbeiten, zu wünschen.

Anmerkung

- * Überarbeiteter Vortrag, der auf der Fachtagung der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für psychodynamische Psychiatrie (NAPP) e. V. »Therapeuten sind auch nur Menschen – Aufgaben und Schwierigkeiten ›unmöglicher Berufe‹ in der Psychiatrie« am 2.11.2002 im NLKH Lüneburg gehalten wurde.

Literatur

- BEUTEL, M. (2000): Stichwort »Trauer« in: MERTENS, W. und WALDVOGEL, B. (Hrsg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe, S. 717–721. Stuttgart, Berlin, Köln.
- BURISCH, M. (1989): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York.
- ECK, D. (Hrsg.) (1998): Supervision in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- FENGLER, J. (1992): Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. 2. Aufl. München.
- FENGLER, J. (2001): Depressionsprophylaxe für professionelle Depressions-Behandler. In: Psychotherapie im Dialog, S. 483–490.
- HELTZEL, R. (1997): Die Bedeutung von Feldkompetenz für Beratung und Supervision in der Psychiatrie. Zeitschrift psychosozial (20), Heft Nr. 70, S. 57–70.
- Psychologie heute* (29), Heft 10/2002: Müde, lustlos, ausgebrannt. Wie Sie der Erschöpfung entkommen.
- REIMER, C. (1994): Lebensqualität von Psychotherapeuten. Psychotherapeut 39, S. 294–305.
- SCHMIDBAUER, W. (1977): Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek bei Hamburg.

Anschrift des Verfassers

*Dr. Rudolf Heltzel
Außer der Schleifmühle 56
28203 Bremen
E-Mail: r.heltzel@gmx.de*