

Burnout in der psychosozialen Arbeit – psychodynamisch neu betrachtet* **Rudolf Heltzel**

Dieser Vortrag gibt mir die Gelegenheit, Gedankengänge aufzugreifen, die ich vor genau neun Jahren unter dem Titel: *„Zehn Methoden, wie Sie das eigene Ausbrennen fördern können. – Über die Schwierigkeit, in der psychiatrischen Arbeit lebendig zu bleiben“* auf der Jahrestagung der Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für psychodynamische Psychiatrie (NAPP) im Jahr 2002 in Lüneburg vorstellen durfte. Der Vortrag wurde später in den Sozialpsychiatrischen Informationen veröffentlicht (Heltzel 2006). Dass ich damals als Reaktion auf Vortrag und Veröffentlichung zahlreiche Rückmeldungen erhielt, zeigt vermutlich, wie viel Interesse das Thema „Burnout“ bei Professionellen – nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in weiteren Feldern der psychosozialen Arbeit – auslöst.

Dieses Interesse dürfte sich seit dem Herbst des Jahres 2002 noch gesteigert haben, wenn man von dem inzwischen vorliegenden Zahlenmaterial ausgeht. Hier nur ganz wenige, skizzenhafte Bemerkungen dazu: Laut Forsa-Umfragen aus dem Jahr 2005 und 2009 empfinden 67 Prozent der Deutschen „ständige Hektik und Unruhe“ als den größten Auslöser von Stress, und ganz oben bei den guten Vorsätzen zum neuen Jahr stehen die Wünsche „Stress zu vermeiden“ und „mehr Zeit für Familie und Freunde zu haben“ (zitiert nach: Schnabel 2010, S. 15). Ulrich Schnabel, Wissenschaftsredakteur der Zeitschrift „Die Zeit“, dessen jüngstem Buch über „Muße“ ich diese Umfragewerte entnehme, schreibt weiter: „Auch europaweite Erhebungen belegen, wie sehr sich die Menschen gehetzt fühlen. Inzwischen sind es schon knapp 50% der Befragten, die angeben, mindestens die Hälfte ihrer Zeit >sehr schnell< arbeiten zu müssen. Und bei jeder neuen Studie klagen mehr Menschen über ein zu hohes Arbeitstempo und eng gesetzte Termine“ (Schnabel 2010, S. 15). Das Fürstberginstitut geht von einer hohen Belastung bei 60% der Berufstätigen und bei 53% von psychischen oder sozialen Problemen aus (Haubl 2011, S. 46). Das Statistische Bundesamt meldet, dass die Kosten für Behandlungen von psychischen Erkrankungen zwischen 2002 und 2008 um 32% gestiegen sind (Haubl 2011, S. 46). Das Wissenschaftliche Institut der AOK hat ermittelt, dass seit 1999 die Fehlzeiten der Beschäftigten aufgrund psychischer Erkrankungen um fast 80% angestiegen sind. Die Diagnose lautet immer häufiger „Burnout“. Hochrechnungen der AOK ergaben, dass im Jahr 2010 etwa 100.000 Menschen wegen eines Burnout-Syndroms arbeitsunfähig waren (Weser Kurier vom 9. Oktober 2011). Nach Angaben der DRV stieg der Anteil psychischer Erkrankungen bei den Gründen für Frühberentungen seit zwei Jahrzehnten auf inzwischen ein Drittel der Fälle an und hat die früher häufigeren orthopädischen und kardiovaskulären Krankheiten als Ursachen von Frühinvalidität klar überholt (zitiert in: Schnabel 2010, S. 18). Auch wenn diese Zahlen vielfach interpre-

tationsbedürftig sind, werfen sie doch ein Licht auf die wachsenden Risiken und Belastungen, die das heutige Leben bzw. das Arbeitsleben mit sich bringen.

Als ich im Frühjahr dieses Jahres gefragt wurde, ob ich meine „Zehn Methoden“ zur Diskussion stellen könnte, sagte ich sehr gerne zu, erbat mir aber einen neuen Vortrag, da sich seit meiner ersten Fassung aktuelle Veränderungen ergeben hätten, die es m. E. aufzunehmen gelte. Damit meine ich problematische organisationelle Entwicklungen im Kontext psychosozialer Berufstätigkeit, die sich deutlich negativ auf die Qualität der Arbeit am Menschen auswirken. Wir wissen allerdings heute nicht nur mehr über den Preis, den unsere *Patienten* für galoppierende Ökonomisierung und ihre verschiedenen Folgeerscheinungen zu zahlen haben. Auch die psychosozialen Auswirkungen auf die *Professionellen* lassen sich inzwischen differenzierter und abgesicherter darstellen als dies noch vor einigen Jahren der Fall war: Eine Arbeitsgruppe um Rolf Haubl, Professor für Soziologie und psychoanalytische Sozialpsychologie in Frankfurt/Main und Ko-Direktor des Sigmund-Freud-Instituts und Günter Voß, Professor für Industrie- und Techniksoziologie der TU Chemnitz hat die Expertise von Supervisoren der DGSv zur Sondierung der Lage in Organisationen genutzt und die Ergebnisse einer aufwendigen qualitativ/quantitativen Untersuchung jüngst zur Verfügung gestellt (Haubl, R./ Voß, G. (Hg.) 2011). Es handelt sich um die Auswertung themenzentrierter Einzelinterviews und zweier Gruppendiskussionen. Ich werde mich im Verlauf meines Referates verschiedentlich auf die ersten Ergebnisse dieses Forschungsprojektes beziehen.

In meinem ursprünglichen Text formulierte ich seinerzeit: „>Burnout< entsteht (...) durch das *Zusammenspiel objektiver und subjektiver Faktoren*, durch das Ineinanderwirken von *Kontextbedingungen* und dem *>Faktor Mensch<*. Man kann sich das als eine Art Kontinuum vorstellen: Den einen Pol bilden die Rahmenbedingungen für Arbeit (...), den anderen die Menschen mit ihren persönlichen Einstellungen und Haltungen. Es gibt Arbeitsbedingungen, unter denen alle oder nahezu alle Professionellen (...) *>ausbrennen<* – jedenfalls nach ausreichend langer Zeit (...). *>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: (...) Wie können die Professionellen *selbst* Vorsorge leisten, damit sie nicht *>ausbrennen<*?“ (Heltzel 2006, S. 12).

Damals diskutierte ich hauptsächlich diesen letzten Punkt. Damit sprach ich die Dimension der *Eigenverantwortung* an, die jede und jeder von uns in Bezug auf die Gestaltung der eigenen Psychohygiene am Arbeitsplatz hat. Heute – ein knappes Jahrzehnt später – meine

ich anders vorgehen zu müssen, da sich die Rahmenbedingungen für psychosoziale Arbeit verbreitet in die Richtung des eben skizzierten Extrempols *Kontextbedingungen* verändert haben. Vielerorts wird es Professionellen immer schwerer gemacht, die ihnen anvertraute Arbeit ohne bemerkenswerte eigene psychosoziale Beeinträchtigung zu überstehen, und wo dies noch nicht der Fall ist, muss es in nächster Zukunft befürchtet werden. Unter inzwischen deutlich erschwerten Bedingungen nicht dauerhaft „auszubrennen“, wird ein immer anspruchsvolleres Geschäft. Wer also heute psychodynamische Betrachtungen über „Burnout“ und „Burnout“-Prophylaxe anstellen will, muss die *Dialektik objektiver und subjektiver Faktoren*, die *Wechselwirkungen zwischen äußerer und innerer Realität* sehr differenziert berücksichtigen und die verschiedenen Dimensionen noch einmal anders gewichten, als dies noch vor einem Jahrzehnt der Fall war.

Ich werde daher an meinen früheren Überlegungen anknüpfen und sie mit einer Skizze problematischer Entwicklungen im Feld psychosozialer Arbeit konfrontieren. Dabei werde ich Ihre Aufmerksamkeit bevorzugt auf das sehr wichtige Thema der *Zielsetzung* in der psychosozialer Arbeit lenken, das ich mit einem kurzen kasuistischen Exkurs einleite. Ich berichte dabei ausschnittsweise über die ambulante Therapie eines schizophrenen Patienten und tue dies auch, um einen unmittelbaren Bezug zur Themenstellung Ihrer Workshop-Reihe („Psychotherapie bei Psychosen“) herzustellen. Ansonsten betreffen meine Ausführungen den breiten Bereich psychosozialer Arbeit, den ich seit 25 Jahren als psychodynamischer bzw. gruppenanalytischer, organisationsbezogen arbeitender Supervisor begleite.

Über realistische (erreichbare) Ziele in der psychosozialen Arbeit

Die erste Methode, wie das eigene Ausbrennen effektiv gefördert werden kann, formulierte ich vor neun Jahren so: *„Professionelle sollten sich in Ihrer Arbeit unerreichbare Ziele setzen oder zumindest solche, die sie nur mit ganz außergewöhnlichem Engagement erreichen können!“* (Heltzel 2006, S. 12). – Damit warf ich ein Licht auf ungenügend reflektierte narzisstische Phantasien gesteigerter eigener Bedeutung und Wirkmächtigkeit in der Arbeit mit schwer und chronisch psychisch kranken Menschen, die ja selbst oft mit kleinen und kleinsten Fortschritten zufrieden sein können, während ihre Betreuer, Berater oder Behandler wirklich Großes zustande bringen müssen. Auch die eigene Belastbarkeit kann von Professionellen, die unter dem Einfluss eines nicht modifizierten Größenselbst stehen, maßlos überschätzt werden, so dass diese „hilflosen Helfer“ sich zwar übermäßig, vielleicht sogar he-

roisch engagieren, aber schon bald mit ihren Kräften am Ende sind. Gewisse sozialpsychiatrische Ideologien – etwa die, in jedem Fall und unter allen Umständen auf stationäre Hilfen verzichten zu müssen – fördern solches Heldentum vorsätzlich. So kenne ich nicht wenige Professionelle im Betreuten Wohnen für psychisch Kranke, die fast ständig am Rande des eigenen psychischen Zusammenbruchs arbeiten. Nach wie vor ist es entscheidend wichtig, in der therapeutischen Arbeit mit psychisch schwerer gestörten Menschen realistische Ziele zu verfolgen: Professionelle sollten nicht ehrgeiziger sein, als es ihre Patienten vertragen!

Was ich damit meine, kann ich am besten mit einem kurzen *kasuistischen Exkurs*** veranschaulichen: Herr A. litt schon seit Jahrzehnten an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose, als er mich mit der Bitte um ambulante Psychotherapie kontaktierte. Er hatte lange Zeit in psychiatrischen Krankenhäusern verbracht, wo er wegen dramatisch selbstdestruktiven Verhaltens ungewöhnlich lange fixiert und vor sich selbst geschützt werden musste. Diese Behandlungen erlebte er als schwer traumatisierend. Er hatte in der Psychiatrie einen schweren Suicidversuch unternommen und die Entlassung aufgrund der Beharrlichkeit seiner Mutter erreicht, in deren Nähe er jetzt wohnte. Für diese Beharrlichkeit und Unterstützung war er seiner Mutter sehr dankbar. Als ich ihn kennenlernte, war sein Erleben wahnhaft bestimmt, und wenig später wurde deutlich, dass er zeitweise – auch in meiner Gegenwart – unter Sinnestäuschungen litt.

Die Sitzungen handelten stets von existenziellen Themen: Immer wieder sprach der Patient die Zeit in der stationären Psychiatrie an, als er sich emotional vollkommen verlassen und persönlich zerstört gefühlt habe. Ebenso häufig thematisierte er die christliche Religion, von der er sich vernichtet fühlte. Er sprach oft und sehr direkt über schwerste Schuldgefühle, die ihn quälten und immer wieder zur „Selbst-Sabotage“ zwangen. In fast jeder Stunde sprach er auch über seine besitzergreifende, deprimierte Mutter, der er ausgeliefert war, der er aber auch sein Leben verdankte, und der er sich tief verpflichtet fühlte. Ihr gegenüber empfand er eine Mischung aus Hass, Schuld und Mitgefühl, weil es ihr schlecht ging, und weil sie selbst als Kind traumatischen Erfahrungen ausgesetzt gewesen war. Für jeden Gedanken einer Loslösung von ihr hasste und bestrafte er sich selbst. Der Begriff „Autonomie-Abhängigkeitskonflikt“ gibt nur unzureichend wieder, wie verstrickt und wie zerrissen sich Herr A. in der Beziehung zu seiner Mutter fühlte.

Herr A. und ich sahen uns insgesamt in 100 Sitzungen, die sich über einen Zeitraum von sechs Jahren erstreckten. Der Pat. bekam von seinem Nervenarzt ein hoch potentes Neuroleptikum, das er, wie er versicherte, aus Angst vor Rückfällen (und der stationären Psychiatrie) „nie wieder absetzen“ würde. Er bezog Grundsicherung, unterlag also keinem äußerlich

auferlegten Leistungsdruck, aber er nahm auf eigenen Wunsch an niederschweligen beruflichen Eingliederungsmaßnahmen teil. Er wohnte entweder in seiner eigenen Wohnung oder bei der Mutter (die einen ihrer Söhne immer in ihrer Nähe haben musste). Diese Mutter lernte ich selbst kennen, als sie Herrn A. – auf meinen Vorschlag hin – einmal in meine Praxis begleitete.

Die Eltern des Patienten waren beide mehr oder weniger paranoid strukturiert und lagen seit seiner Kindheit im erbitterten Krieg miteinander. Von den Söhnen erwarteten sie totale Parteinahme, so dass der Patient sich zwangsläufig als Verräter am jeweils anderen Elternteil erlebte: „Meine Eltern haben uns Hass gelehrt. Beide Eltern wollten, dass ich mit ihnen den anderen hasse. Zuhause, das war der reine Terror!“ Sätze wie diese äußerte Herr A. mit einem Lächeln und in freundlichem Ton, so dass der Kontrast zum mitgeteilten Inhalt mich um so mehr erschütterte.

Herr A. hatte außer seiner Mutter keinen vertrauten Gesprächspartner und daher ein großes Mitteilungsbedürfnis, und ich sah es als meine Aufgabe an, vorwiegend zuzuhören und auf eine unaufdringliche Weise emotional präsent zu sein. Wenn Herr A. dies wünschte, was immer wieder vorkam, antwortete ich – bedacht – persönlich. So fragte der Pat. gelegentlich nach, ob seine Gedanken mich zu sehr belasteten (was ich in aller Regel verneinen konnte)? Ob ich in der letzten Stunde misstrauisch auf ihn reagiert hätte (was wir genau eruierten)? Ob ich, wenn er dies fragen dürfe, einen religiösen Glauben habe (es stimmte ihn froh, dass ich seine Frage verneinte)? Ob ich sexuelle Erfahrungen habe (ich bejahte, was ihn freute)? Ob ich trotzdem mit dem Leben zufrieden sei (es erleichterte ihn, dass ich mit: „Aber ja!“ antwortete). Ob ich also nicht vom Teufel bedroht sei (Herr A. lachte, als ich antwortete: „Nicht dass ich wüsste – und das würde ich doch merken, oder?!“). Es gelang mir nicht immer, mich unaufdringlich, aber möglichst „passend“ auf Herrn A. einzustimmen, aber gelegentliche „Ausrutscher“ sprachen entweder der Pat. oder ich selbst an und ich entschuldigte mich für meine Unbedachtheit.

Als wichtiges Teilziel der Behandlung sah ich es an, die Autonomieentwicklung des Pat. – so weit wie möglich – zu unterstützen. Dabei musste ich meinen Ehrgeiz bremsen, denn für Herrn A. war es von großer Wichtigkeit, über Wochen bei seiner Mutter zu leben und viel im Austausch mit ihr zu sein. Es fiel mir manchmal schwer, dies innerlich zu akzeptieren, zumal unverkennbar war, dass er dabei immer wieder einem gewissen emotionalem Missbrauch ausgesetzt war. Ich hielt mich aber mit Kritik an diesem Arrangement zurück, weil ich davon ausging, dass jeder Schritt der inneren Loslösung den Patienten in enorme Loyalitätskonflik-

te stürzen würde. Ohnehin berichtete Herr A. über quälende Schuldgefühle und verschiedene Selbstschädigungen, die ich meinerseits keinesfalls fördern wollte.

Zu Beginn des sechsten Therapiejahres erkrankte die Mutter schwer und starb innerhalb kurzer Zeit. Ich war besorgt um Herrn A. und fragte mich, wie er auf dieses einschneidende Ereignis reagieren würde. Ihm sei, berichtete er freundlich lächelnd in der ersten Sitzung nach Mutters Tod, etwas Schreckliches aufgegangen: Er habe sich entlastet und erleichtert gefühlt! Zwar hätten ihm früher viele Ärzte mit Nachdruck zur Loslösung von der Mutter geraten, aber schließlich habe ihm seine Mutter das Leben gerettet, als sie ihn aus der Psychiatrie geholt habe – das könne er ihr nicht vergessen! Gleichwohl sei das, was seine Eltern ihm angetan hätten, grausam und eine Zerstörung gewesen. Er glaube, dass seine Eltern beide „völlig verrückt“ gewesen seien. Er meine das nicht im Sinne einer Diagnose, aber für ihn sei es so gewesen. Seine Mutter habe nie seine Eigenständigkeit zugelassen, sie habe ihn an sich gekettet! Ich fragte Herrn A., ob er von mir enttäuscht gewesen sei, weil ich seiner Mutter nicht abverlangt hätte ihn loszulassen, und er antwortete: „Im Gegenteil! Sie hätten mich sehr gefährdet! Die Konflikte zuhause hätte ich nie durchgestanden! Meine Mutter konnte sehr böse sein! Das mit meiner Mutter, das konnte sich nur systemisch, also nur durch den natürlichen Tod lösen. Eine Therapie hätte sie ja nie gemacht!“

Ich glaube, dass ich Herrn A. auf dem Hintergrund einer sicheren, haltgebenden Beziehung dabei behilflich sein konnte, sich einen gewissen inneren Schutzraum zu erschließen, ohne sich extrem schuldig dafür zu fühlen und sich dramatisch zu bestrafen. Und ich glaube, dass mir dies auch deshalb möglich war, weil ich nicht das ehrgeizige Ziel verfolgte, ihm zur realen Trennung von seiner Mutter zu verhelfen. Eine Trennung von seiner Mutter zu deren Lebzeiten wäre für Herrn A. ein unerreichbares Ziel gewesen. Es trotzdem anzustreben, hätte nicht nur ihn überfordert, sondern auch den Behandlungsrahmen überstrapaziert und mich als Behandler extrem belastet. Es ist hypothetisch sich auszumalen, was möglicherweise passiert wäre, wenn ich mir – wie es in der institutionalisierten Psychiatrie nicht selten vorkommt – die reale Trennung von Mutter und Sohn zum Ziel gesetzt hätte. Die – gut gemeinte – Behandlung kann dann schnell zur traumatischen Überforderung für alle Beteiligten werden.

Was darf man von der Arbeit bzw. dem Arbeitsplatz erwarten?

Ich ändere die Perspektive und möchte Ihre Aufmerksamkeit nun auf die Rahmenbedingungen psychosozialer Arbeit lenken. *In meinem ursprünglichen Burnout-Vortrag empfahl ich als zweite Methode, wie das eigene Ausbrennen gefördert werden könne, dass Professionelle in Bezug auf ihre Arbeit und ihren Arbeitsplatz möglichst hohe Erwartungen pflegen und beharrlich daran festhalten sollten – auch wenn sich schon bald schmerzhaft erweisen sollte, dass dies unrealistisch sei.*

Damit sprach ich die verständlichen Wünsche der Helfer an, „(...) 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“ (Heltzel 2006, S. 14). An einem durchschnittlichen Arbeitsplatz werde die frühe Erfahrung, ungenügend wahrgenommen, gehalten und gefördert worden zu sein, eben gerade *nicht* emotional korrigiert, sondern schmerzlich wiederholt und bestätigt. Da könne Rettung kaum von außen erwartet werden, denn ein üblicher Arbeitsplatz sei kein guter Ort, um das innere, tiefgreifende Dilemma einer Grundstörung zu beheben.

An dieser Sicht möchte ich auch heute keine Abstriche machen. Ich möchte sie aber ergänzen, da sich in nur einem Jahrzehnt der „durchschnittlich zu erwartende“ psychosoziale Arbeitsplatz massiv verändert hat. Auch wenn ich aus Zeitgründen diese bedenkliche Entwicklung nur mit wenigen Federstrichen skizzieren kann, dürften Sie in meinen folgenden Ausführungen vermutlich einige Aspekte Ihres eigenen Arbeitslebens wiedererkennen.

Wenn die *Großgruppe* einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie zur Abteilungssupervision zusammen kommt, dann kommt es zu Wortmeldungen, die u. a. folgende Themen betreffen können:

- die Zunahme an schweren Störungen,
- die damit zusammenhängende Zunahme an Gewalt,
- die zunehmende Arbeitsdichte,
- die kürzeren Behandlungszeiten,
- der generell wachsende Zeitdruck bei der Arbeit,
- die ansteigenden Belegungswänge und die Zunahme der Fallzahlen,
- die galoppierende Bürokratisierung und Formalisierung der Arbeit,
- die wachsende Rollenbelastung der einzelnen Akteure,
- die ungenügende Personalausstattung,
- die Prekarität mancher Arbeitsverträge,
- die bedauerlichen Qualitätsverluste in der Arbeit,

- die zunehmende Erschöpfung der Mitarbeitenden,
- die Zunahme der Konflikte untereinander,
- die u. U. daraus resultierende Krankenstände, usw., usf....

Diese Themen werden, da es sich um eine freie Gruppensprache handelt, nicht in geordneter Reihenfolge vorgebracht, sondern eben assoziativ, aber ihre Benennung ist so sicher, dass ich bei der Eröffnung einer solchen Großgruppen-Supervision schon damit rechne. Sie werden vorgebracht, wenn das Vertrauen in die eigene Leitung (die ihre Aufgabe gut erfüllt und in der Gruppe mitwirkt) groß genug ist, so dass keine Sanktionen befürchtet und keine zusätzlichen Klagen formuliert werden müssen. Mein Beispiel handelt ja von einer gut geführten Klinik, die ein konsistentes, psychodynamisches Behandlungskonzept in der regionalisierten Pflichtversorgung verfolgt. Differenzierte Fortbildungen und regelmäßige Supervisionen in allen Bereichen sind hier seit langem selbstverständlich, und alles dies trägt nachhaltig zu einem guten Arbeitsklima bei. Die allermeisten Beschäftigten arbeiten gerne in dieser Klinik. Trotzdem erleben es auch in dieser Klinik viele Mitarbeitende inzwischen so, dass die Arbeit im Vergleich zur Zeit vor etwa zehn Jahren erheblich schwerer geworden ist, dass die Grenzen der Belastbarkeit definitiv erreicht und mitunter auch überschritten sind. Die Ursachen liegen in übergeordneten, fast alle gesellschaftlichen Bereiche durchdringenden Entwicklungen, die mit den Stichworten „*Ökonomisierung*“ und „*Strukturwandel der Arbeit*“ – auch und gerade in psychosozialen Feldern – umschrieben sind.

Ökonomisierung meint die Ausschaltung aller marktfremden Gesichtspunkte aus den Beziehungen von Akteuren (Thielemann 2004) – auch in sogenannten Nichtprofit-Feldern. Sie perfektioniert die durchgehende Orientierung am unternehmerischen Gewinn. Eines ihrer markantesten Zeichen ist die Umwandlung nahezu aller Formen sozialer Interaktion in Kunden-Anbieter-Beziehungen. Egal ob Klienten, Patienten, Schüler, Studenten, Gemeindemitglieder, Theater- und Museumsbesucher oder Bürger – alle werden zu „Kunden“.

Eine Folge dieser Entwicklung ist, dass Wettbewerb und betriebswirtschaftliches Denken nicht nur bedeutsam werden, sondern dominant. Für den St. Galler Wirtschaftsethiker Peter Ulrich erfüllt die „Durchökonomisierung“ aller Lebensbereiche erfüllt „(...) die ideologische Funktion (...) einer Weltanschauung, die im Jargon wertfreier Sachrationalität einer grenzenlosen Ökonomisierung unserer Lebensformen, der Gesellschaft und der Politik das Wort redet.“ (Ulrich, 2004, S. 16).

In der Konsequenz zieht nicht nur die Sprache der Betriebswirtschaft in wirtschaftsferne Institutionen und Organisationen ein, sondern auch das entsprechende Denken inklusive der

zugehörigen Instrumente: Überall, also auch im Krankenhaus, in der Beratungsstelle, im Betreuten Wohnen ist dann von „Kundenorientierung“, „Kernkompetenzen“, „Wettbewerbern“, „Leuchttürmen“, von „marktlicher Performance“, von „Produktmanagement“, „Marketing“ und „Qualitätssicherung“ die Rede. Es werden größte Anstrengungen im „Qualitätsmanagement“ unternommen und „Zertifizierungen“ angestrebt. Dass dabei große Mengen an zeitlichen und personellen Ressourcen verbraucht werden und Qualität statt gesichert in Frage gestellt und erodiert wird, steht auf einem anderen Blatt (ich komme darauf zu sprechen).

Am besten erzähle ich ein *Beispiel aus meiner Supervisionspraxis*, um meine Gedanken zu veranschaulichen: In einer psychiatrischen Klinik, über der das Domoklesschwert des Verkaufes an gewinnorientierte Investoren hing, war ich seit Monaten mit der Supervision der pflegerischen Teamleitungen betraut, an der auch die fachlich sehr erfahrene Pflegedienstleitung (PDL) selbst teilnahm. Die Supervision unterstützte die Leitungsgruppe der Pflege bei der Bewältigung ihrer komplexen und belastenden Aufgaben, förderte die Zusammenarbeit und wurde von allen Beteiligten als hilfreich erlebt. Dass sie zur „Burnout“-Prophylaxe beitrug, darf angenommen werden. Da die PDL bald eine Leitungsaufgabe in einer anderen Klinik übernahm, stieg ihre Nachfolgerin in die Supervision ein. Sie war eine relativ junge Dipl. Pflegewirtin (managementorientiertes Zusatzstudium), die nie in der Psychiatrie gearbeitet hatte. Nun nahm sie an der ersten Supervisionssitzung ihres Lebens teil und setzte ihre Mitarbeiter und mich sofort unter enormen Druck: Jeder solle sich in Bezug auf die Organisationsentwicklung der Einrichtung (die sich innerhalb kürzester Zeit tiefgreifend wandeln sollte) „positionieren“. Mir forderte die PDL umgehend „Zielplanungen“ für jede einzelne Supervisionssitzung ab, so dass ein freier Gruppenaustausch im Sinne der beruflichen Selbstreflexion gar nicht mehr möglich war. Während die um ihren Arbeitsplatz besorgten Teamleitungen Kritik an der Vorgesetzten kaum zu äußern wagten, erläuterte ich ihr so taktvoll wie möglich, warum ihre drängende Haltung den Supervisionsprozess grundlegend in Frage stellte. Das schien mein Gegenüber wenig zu überzeugen, denn in der Pause zwischen zwei Sitzungen eröffnete sie mir, dass ihr Bruder BWL studiere und ihr bereits mitgeteilt habe, wie eine Klinik in kürzester Zeit betriebswirtschaftlich umzugestaltet sei! Wenig später lud der Leitende Arzt alle Supervisoren der Klinik zu einem „Austausch“ ein, an dem auch die neue PDL teilnahm. Der „Austausch“ nahm die Form eines gehetzten Monologes an, in dem der an kurztherapeutischen Konzepten orientierte Leiter alle Anwesenden „auf Kurs“ brachte und erwartete, dass sich die Supervisoren dem „Crashkurs“ einer forcierten Umstrukturierung verpflichteten. Diese sei aus ökonomischer Sicht unausweichlich und alternativlos, die Klinik müsse sich „am Markt behaupten“ und „für die Zukunft fit machen“, das sei mit den alten Rezepten nicht zu bewerkstelligen, usw. usf.. Manche der anwesenden Supervisoren kündigten als Reaktion auf dieses Turbo-Briefing die Beendigung der Zusam-

menarbeit an, da sich der Inhalt ihrer Supervisionsvereinbarung abrupt verändert habe. Andere wirkten verunsichert, äußerten Zweifel bzgl. der weiteren Zusammenarbeit und baten sich wenigstens etwas Bedenkzeit aus. – Ich nutzte die Gelegenheit der Sitzung dazu, den Anwesenden (v. a. der Klinikleitung) ein *szenisches Verstehen* dieser Besprechung nahezu legen: Ähnlich „an die Wand gedrückt“ und unter akuten Handlungsdruck gesetzt erlebten sich nach meiner bisherigen Erfahrung auch viele Mitarbeitende in der Klinik. Vielleicht fühle sich – unter dem Druck der Rahmenbedingungen – auch die Klinikleitung ähnlich? Mein Versuch, eine Brücke der Kommunikation zu bauen ging jedoch ins Leere. Der Leitende Arzt beendete die Besprechung (die eher einer „Befehlsausgabe“ glich) vorzeitig, und ich erhielt die schriftliche Kündigung des Auftrages. – Ein Jahr später berichteten mir andere Supervisanden der Klinik, dass die PDL von der Leitungstätigkeit entbunden und nun für das Qualitätsmanagement der Klinik zuständig sei.

Auf mich wirkte der Auftritt der beiden Leitungsfiguren wie eine Mischung aus Management-Satire und Missions-Event, aber für die pflegerischen Stationsleitungen war die Sache natürlich ernst: Sie fühlten sich von der Leitung unter großen Druck gesetzt und dabei vollkommen allein gelassen. Leider ist dies kein Einzelfall. Führungskräfte und Leitungsverantwortliche verweigern sich nicht selten ihrer eigentlichen Aufgabe, die Mitarbeitenden in deren schwieriger Aufgabenstellung zu unterstützen und das dringend erforderliche *Holding* und *Containment* zur Verfügung zu stellen.

Einige ausgewählte Forschungsergebnisse der Arbeitsgruppen um Haubl und Voß korrespondieren nun sehr gut mit den Erefahrungen aus meiner Supervisionspraxis. Ich möchte sie daher hier zusammenfassen (Haubl/ Voß (Hg.) 2011; die Seitenzahlen beziehen sich auf diesen Forschungsbericht):

- Durch zunehmende ökonomische Ausrichtung, durch den Aufbau marktähnlicher Strukturen und durch eine stärkere Konkurrenz auch in sog. „Non-Profit-Organisationen“ soll Kostenreduktion erreicht werden (S. 11)
- Kostenreduktion geht mit Personalabbau, atypischen Beschäftigungsformen und internen Umstrukturierungen einher (S. 11)
- Häufig ist diese Entwicklung mit einem kompletten Wechsel der Arbeitsweise und der Arbeitsgrundlage verbunden (S. 12)
- Umsetzung und Anwendung betriebswirtschaftlicher Methoden nehmen an Bedeutung zu (S. 12), und die Beschäftigten sehen sich wachsendem Kosten- und Zeitdruck ausgesetzt (S. 11)

- Die klientenbezogene Arbeit wird tendenziell ökonomischen Interessen untergeordnet, z. B. indem kurzfristig und kostengünstig Ziele erreicht werden sollen (S. 12/13), oder indem zunehmend kostengünstige Standardmaßnahmen zur Anwendung kommen (S. 13)
- Nur 20% der befragten Supervisoren sind der Ansicht, dass die Beschäftigten eigene professionell-berufliche Standards in der Arbeit wahren können (S. 14)
- 78,3% der befragten Supervisoren stellen fest, dass „Burn-out-Symptome“ an Häufigkeit zunehmen, und die Zunahme „psychophysischer Belastungen“ der Beschäftigten wird mit enormen 97,3 angegeben (S. 23)
- 85,3% der befragten Supervisoren bestätigen eine hohe Arbeitsintensität bei den Beschäftigten (S. 21), wobei hohe Arbeitsintensität nicht zwingend zu psychophysischen Risiken führt (S. 61)
- Der Leistungsdruck wird erst mit fehlender Anerkennung und fehlender Leistungsgerechtigkeit zu einer subjektiven Belastung (S. 25)
- Angesichts wachsender Risiken helfen Containment und haltgebende interpersonale Beziehungen, die Arbeitsfähigkeit zu erhalten (S. 61)
- Mehr als 60% der befragten Supervisoren glauben jedoch, dass Führungskräfte den Beschäftigten nur ungenügend Halt und Orientierung bieten (S. 32)
- Korrespondierend geben zwei Drittel der Befragten an, dass ihrer Einschätzung nach das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung unter den Kollegen zugenommen hat (S. 44)

Ich komme nun auf die zentrale *Scham- und Schuldthematik* im heutigen Arbeitsleben zu sprechen, indem ich ein weiteres *Beispiel aus meiner SV-Praxis* berichte: Die seit Jahren implementierte Supervision des Teams einer psychiatrischen Aufnahmestation, das für die akupsycheiatrische Behandlung einer schwierigen Klientel zuständig ist, offenbarte zahlreiche ernsthafte Mängel in der aktuellen psychiatrischen Praxis. Das hing wesentlich mit problematischen Rahmenbedingungen der Arbeit zusammen, die ich hier nur mit wenigen Sätzen umreißen kann: Die mit großem Enthusiasmus gestartete Klinik befand sich schon lange in kräftezehrenden Umstrukturierungsprozessen und quälenden Auseinandersetzungen mit dem politischen Umfeld, in denen es um die Frage der Verhinderung des drohenden Verkaufs der Klinik an gewinnorientierte Nutzer ging. Die ärztliche Leitung war klinisch-therapeutisch nicht wirklich präsent, Arztstellen blieben unbesetzt, es mangelte an konsistenten therapeutischen Konzepten, und das Arbeitsklima litt ebenso wie der Ruf der ehemals geschätzten Abteilung. Die klientenbezogene Arbeit verschlechterte sich trotz des hohen persönlichen Einsatzes engagierter Akteure, wobei die Mängel sich nicht nur auf anspruchsvolle Ziele bezogen, sondern auch psychiatrische Basiskompetenzen betrafen: Anamnesen wurden nicht

mehr sorgfältig erhoben, Behandlungen nicht mehr koordiniert, verbindliche Termine nicht mehr eingehalten. Viele Beschäftigte wirkten persönlich überlastet, fachlich überfordert, schließlich kraftlos, erschöpft und ratlos angesichts der Frage, wie diese Lage (unter der fast alle litten) zu verändern sei. Manche verfielen in Zynismus und kollektive Selbstentwertung, andere in die Suche nach vermeintlich Schuldigen für die Misere, wieder andere verbissen sich in teaminterne Grabenkämpfe. Mit anderen Worten: Es handelte sich um ein ehemals engagiertes, ehrgeiziges und kompetentes, nun aber definitiv ausgebranntes Team (zu den Merkmalen ausgebrannter Teams siehe: Fengler 2011).

In der Supervision wurden verschiedene Aspekte dieser schwierigen Gesamtsituation thematisiert und Wege aus der Misere gesucht. Wie in maßlos erschöpften Teams üblich, stimmten die meisten den anvisierten Verbesserungen zu – ändern ließ sich freilich nichts. Auf dem Höhe- bzw. am Endpunkt dieser Entwicklung formulierte der Teamleiter das Resümee einer Sitzung so: „Wir müssen unsere Ansprüche senken. Wir können nur noch darauf achten, dass niemand zu Tode kommt. Alles andere ist eben nicht mehr drin!“ Am selben Tag fand ein Audit zur Re-Zertifizierung der Klinik im Rahmen des Qualitätsmanagements statt, das ohne Probleme absolviert wurde...

Die folgenden drei (!) Supervisionstermine vergaß das Team, so dass ich frustriert umkehrte und Ausfallrechnungen stellte. Danach vereinbarten wir telefonisch (also ohne persönliches Abschlussgespräch) das Ende der langjährigen Zusammenarbeit. Die Beendigung verstand ich im Nachhinein so: Hätten die Sitzungen stattgefunden, wären – bei allem Verständnis für die schwere Arbeit der beruflichen Akteure – weitere gravierende Mängel in der Basisversorgung offenbart bzw. besprochen worden. Da schien es besser, den Supervisor unverrichteter Dinge wieder nach Hause zu schicken. Vielleicht enthielt das Vergessen einen Anteil verborgener Aggression demjenigen gegenüber, der die Botschaft („Mängelverwaltung“) formulierte und damit festhielt? Vielleicht spiegelte diese Art der Beendigung szenisch wider, wie sich das Team von seiner Leitung vernachlässigt und unzureichend gewertschätzt fühlte? Und womöglich hatte auch ich, in Identifikation mit den Supervisanden, oder aus eigenem Ärger, oder aus beiden Gründen, mitagiert und dem Team eine persönliche Verabschiedung vorenthalten? Diese Beendigung eines langjährigen Supervisionsprozesses entsprach jedenfalls nicht den anerkannten professionellen Standards, und ein wenig schämte auch ich mich dafür...

Ich nutze nun noch einmal ausgewählte Ergebnisse und Folgerungen der Frankfurter bzw. Chemnitzer Forschungsgruppen, um mein Praxisbeispiel in den größeren Rahmen riskant veränderter Arbeit zu stellen. Dabei interessiert mich v. a. die wachsende Bedeutung von

Scham- und Schuldkonflikten in der psychosozialen Arbeit. Haubl, Voß und ihre Arbeitsgruppen präsentieren folgende Befunde (Haubl/Voß (Hg.) 2011; die Seitenzahlen beziehen sich auf diesen Forschungsbericht):

- Unter den gegebenen Bedingungen ist die große Mehrheit der Beschäftigten gezwungen, professionelle Standards sukzessiv abzusenken (S. 12)
- Die zunehmende Entprofessionalisierung qualifizierter Arbeit wird von Professionellen als kränkend erlebt, der Professionsstolz sinkt (S. 81)
- Beschäftigte erleben es als starke psychosoziale Belastung, wenn in ihrem Unternehmen eine große Diskrepanz zwischen Unternehmensphilosophie und Arbeitsalltag besteht (S. 48)
- Persönlich nicht mehr mithalten zu können, ist für die meisten Beschäftigten tief beschämend, wobei die heftigen Schamgefühle das Betriebsklima im Sinne kommunikativer Isolierung einzelner belasten (S. 83)
- Viele realistisch eingestellte Beschäftigte arbeiten inzwischen im Bewusstsein, das Wohl derer zu gefährden, die auf ihre Dienstleistungen angewiesen sind (S. 81)
- Das führt zu lähmenden Schuldgefühlen, unhaltbare Zustände aufrecht zu erhalten, was die Bereitschaft, Widerstand zu leisten, senkt (S. 81)

In Zeiten, in denen fast jede Organisation ein perfekt formuliertes Leitbild und ein dazu passendes Qualitätssicherungsmanagement implementiert hat, in denen Leitlinien und „best-practice“-Berichte vorgeben, wie gearbeitet werden sollte, in eben diesen Zeiten thematisieren Supervisionssitzungen, wie viele Mitarbeitende und Leitungsverantwortliche beschämt und schuldbewusst in die Freizeit gehen. Sie empfinden Scham- und Schuldgefühle, weil es ihnen immer weniger gelingt, ihre primäre Aufgabe zufriedenstellend zu erledigen. Dies liegt inzwischen weniger daran, dass sie nicht bereit wären, eigene überzogene Zielsetzungen an sich wandelnde Rahmenbedingungen anzupassen. Diese unumgänglichen Anpassungen haben die allermeisten Mitarbeitenden und Leitungen inzwischen bewerkstelligt. Heute wird erkennbar, dass sie ihre Standards noch tiefer, sprich: auf ein unzumutbares Level absenken müssen, wenn sie die formal bzw. betriebswirtschaftlich anstehende Aufgaben in der vorgebenen Zeit ordnungsgemäß erledigen wollen. Das löst bei sehr vielen nicht nur Unverständnis, Ärger und ohnmächtige Wut, sondern tiefe Scham- und Schuldgefühle aus.

Schamgefühle deswegen, weil die beruflichen Akteure allzu weit von einem einstmals aufgebauten beruflichen Ideal entfernt sind, was sie in ihrem professionellen Selbstwert kränkt:

Eine Leitende Oberärztin, die sich monatelang vorwiegend um die Einführung neuer Abrechnungsmodelle in der stationären psychiatrischen Versorgung kümmern und ihre therapeutischen Pflichten daher vernachlässigen musste, formulierte dies in einer Supervisionssitzung so: „Wozu habe ich denn einen therapeutischen Beruf gewählt? Wozu habe ich eine aufwendig Psychotherapie gelernt, wenn das alles jetzt kaum noch eine Rolle spielt?! So habe ich mir meinen Beruf nicht vorgestellt!“ Andere erleben Scham, weil sie vermuten, dass nur sie selbst die verschiedensten Anforderungen nicht mehr zufriedenstellend erledigen, dass nur sie selbst nicht mehr mithalten können. Sie haben Angst, persönlich zu versagen und daher nutzlos zu sein (Haubl 2008) und sie geraten womöglich in eine „narzißtische Depression“, die sehr viel mehr durch Scham- als durch Schuldgefühle geprägt ist. Wenn sie unter dem Einfluss eines tyrannischen Ideal-Selbsts stehen, sind sie stark gefährdet, in die Verfassung des „erschöpften Selbst“ (Ehrenberg 2004) zu geraten, also auszubrennen. Das kann Vorgesetzte eher betreffen als manche Mitarbeitende, denn gerade professionelle Hochleisterinnen und Hochleister definieren sich bevorzugt über den beruflichen Erfolg und reagieren auf dessen Ausbleiben mit depressiv getönten Selbstzweifeln.

Was die Schamgefühle von Professionellen angeht, kommt ein weiterer, patientenbezogener Aspekt hinzu: Therapeutisch behandelt werden vielfach Patienten mit schweren Störungen des Selbstwertgefühls, die sich – wegen ihrer Lebensumstände und aufgrund mannigfaltiger Alltagsprobleme – selbst wertlos fühlen und regelhaft überwältigende Schamkonflikte erleben (Hilgers 1996). Da diese Patienten (etwa dissoziale Menschen mit Persönlichkeitsstörungen) Schamgefühle mittels massivem Agieren abwehren müssen, geraten ihre Behandler leicht in Gefahr, vernichtende Kompetenzscham als Gegenübertragungsgefühl zu erleben. Wird dies nicht erkannt und müssen die Professionellen diese Gegenübertragungsgefühle abwehren, kommt es zu einer „Rotation der Schamempfindungen“ (Hilgers 1996, S. 140), indem nun wiederum die Patienten entwertet werden. Das professionell erforderliche Containment von Scham kann insbesondere dann scheitern, wenn sich die Professionellen ihrerseits verloren, missachtet und womöglich noch bloßgestellt fühlen, wie es an heutigen psychosozialen Arbeitsplätzen häufiger der Fall ist.

Der Gruppenleiter einer sozialtherapeutischen Einrichtung des Justizvollzugs brachte es in der Supervision auf diesen Punkt: „Es ist doch einfach so: Die Scheiße fließt immer den Berg runter. Und unten im Tal, da sind unsere Insassen und da sind wir!“. Es ist aus meiner Sicht kein Zufall, dass sich massive, chronische Burnout-Verfassungen gerade in Teams einstellen, die schwergestörte, dissoziale, gewalttätige Patienten und/oder Abhängigkeitskranke behandeln, also in stationären und ambulanten Einrichtungen für Abhängigkeitskranke und in Organisationen des Maßregel- und des Justizvollzuges. Wechselseitige Projektionen ab-

gespaltener Selbstanteile und projektive Identifizierungen sind hier besonders verbreitet und belasten nicht nur die Beziehungen zwischen Behandlern und Patienten, sondern auch das Binnenklima der Professionellen massiv. In diesem Behandlungsmilieu ist es als Fortschritt anzusehen, wenn statt Schamabwehr Schuldgefühle erlebt werden können.

Schuldgefühle erleben viele professionelle Helfer, wenn sie Patienten und ihre Angehörigen permanent „auf demnächst“ vertrösten, wenn sie Gespräche streichen müssen oder nur kurz und oberflächlich führen können. Das hören Supervisoren nirgendwo so erschütternd wie in der Pflege von Demenzkranken: Ein Team von Altenpflegerinnen berichtete mir mit Tränen in den Augen, dass sie für die Mittags-Fütterung von sechs dementen Menschen genau 30 Minuten Zeit hätten (also 5 Minuten pro Patient). Gespräche, die die Patienten dabei führen wollten, müssten „abgewürgt“ werden. Bei der morgentlichen Hygiene sei es ebenso, da verließen die Pflegerinnen, während sie Patientenfragen beantworteten, rückwärts gehend das Zimmer, sonst sei die Arbeit nicht zu schaffen!

Auch bei Pflegedienstleitungen können solche Umstände schwere Schuldgefühle auslösen: In der Einzelberatung berichtet die erschöpft wirkende, aber kämpferische PDL eines ambulanten Pflegedienstes folgendes: „Meine Mitarbeiterinnen haben für die Medikamentenverabreichung an einen Patienten genau zwei Minuten Zeit zur Verfügung, vom Auto bis zu diesem zurück gerechnet – mehr erlauben die Richtlinien nicht! Alles darüber hinaus Gehende wird nicht bezahlt. Konkret ist das dann z. B. ein über 80-Jähriger mit beginnender Demenz, der im ersten Stock eines Einfamilienhauses wohnt. Das bedeutet: Pünktlich ankommen, parken, durch den Vorgarten gehen, klingeln, warten. Wenn die Tür geöffnet wird: In den ersten Stock gehen, Begrüßung. Beantwortung von Fragen. Erläuterung der Medikation, deren Sinn der Patient vergessen hat, die er womöglich ablehnt. Dokumentation, Verabschiedung, Verweigerung weiterer Gespräche (die der Patient wünscht), Rückkehr zum Auto. Für die Anfahrt zum nächsten Patienten stehen – über Land – genau siebeneinhalb Minuten zur Verfügung, verfahren darf sich da keine! Als die Leute vom Vorstand unseres Vereins anregten, dass wir schneller arbeiten sollten um wirtschaftlich zu sein, habe ich sie genau diese Szene im Rollenspiel nachspielen lassen. Alle waren erschüttert, manchen standen Tränen in den Augen. So hatten sie sich das nicht vorgestellt...“.

Das Selbstmanagement dieser beruflich ausgelösten Scham- und Schuldkonflikte erfordert viel Kraft und Energie. Nicht aufzulösende Knäuel aus Ohnmachtsgefühlen, Wut, Versagensangst, Selbstzweifeln und Selbstvorwürfen münden in Erschöpfung und „Burnout“. Supervision kann zur Vorbeugung beitragen, indem sie den Austausch untereinander und die Solidarität unter den Professionellen (hierarchieübergreifend!) fördert, also krankmachen-

der Isolierung entgegen wirkt. Schließlich kann sie – und damit komme ich zum Schluß – Mitarbeitende und Leitungen in dem Ringen um Selbstfürsorge unterstützen.

Selbstfürsorge in der psychosozialen Arbeit

Mehrere der von mir früher beschriebenen Methoden, das eigene Ausbrennen zu fördern, handelten von diesem Thema. Heute – unter wesentlich veränderten Bedingungen – kommt der Selbstfürsorge eine steigende Bedeutung zu (siehe Haubl/Voß (Hg.) 2011, S. 57 ff.). Ich habe keine Zeit mehr, um dieses Thema hier ausführlich zu entwickeln und beschränke mich auf eine Zusammenstellung der seelischen Voraussetzungen zur Selbstfürsorge. Sie fußt auf einer Veröffentlichung von Küchenhoff (1999). Die Seitenzahlen beziehen sich (so weit nicht anders angegeben) auf diese Quelle:

- Selbstfürsorge meint die Fähigkeit, gut mit sich umzugehen, sich zu schützen, die eigenen Bedürfnisse zu berücksichtigen und sich möglichst nicht zu überfordern. Sie hat mit Selbstachtung zu tun (S. 151)
- Selbstfürsorge erwächst aus der früheren Erfahrung des Gehalten-werdens (Winnicotts „Umweltmutter“): Wie ich mit mir umgehe, hängt z. T. davon ab, welchen Umgang der wichtigen Bezugspersonen mit mir ich erleben und verinnerlichen konnte (S. 154)
- Selbstfürsorge hängt damit von der Verfügbarkeit eines guten inneren Objekts ab; wenn es gut geht, erwächst aus der Verinnerlichung früherer Erfahrung ein basales Lebensgefühl, das uns befähigt, freundlich zu uns zu sein, Humor zu haben und Gelassenheit zu üben (S. 155)
- Für sich selbst gut zu sorgen, heisst sowohl, sich angemessen abzugrenzen, als auch, in Beziehungen integriert zu sein (S. 156)
- Selbstfürsorge kann heißen, die eigenen Interessen und die eigene Autonomie kämpferisch zu behaupten, aber umgekehrt auch die Fähigkeit bedeuten, sich in Abhängigkeit zu begeben und sich helfen zu lassen (S. 156)

- Selbstfürsorge setzt voraus, dass die Selbstbeurteilung nicht zu streng ist, und dass die Ziele, die wir uns stecken, nicht so hoch sind, dass wir unter dem Gefühl quälenden Ungenügens leiden (S. 157)
- Selbstfürsorge heisst also, mit ermäßigten inneren Ansprüchen leben und Mangelerscheinungen zulassen zu können (Küchenhoff 2000, S. 59)
- Selbstfürsorge ist kein „skill“, keine erlernbare Technik, sondern eine Haltung zu mir selbst und zu anderen (S. 157)
- Diese Haltung ermöglicht es, unvermeidliche destruktive Impulse so weit aufzufangen und liebevoll auszugleichen, dass es nicht zur Zerstörung (zur Selbstzerstörung oder zur Zerstörung wichtiger Bindungen) kommt (S. 157/158)
- Selbstfürsorge geht also nicht mit der Verleugnung von Aggressivität einher, sondern mit deren Anerkennung und zugleich Einbindung in konstruktives Handeln (S. 152)
- Selbstfürsorge wird gestützt, wenn Professionelle Handlungsspielräume erleben und institutionelles Containment erfahren können (Haubl/Voß (Hg.) 2011, S. 60-61).
- Supervision hat heute wesentlich zur Aufgabe, Potenziale an Selbstfürsorge (individuell und institutionell) zu fördern. Auf diese Weise stellt sie einen unverzichtbaren Bestandteil wirksamer Vorbeugung von „Burnout“ dar.

** Überarbeiteter Vortrag, der am 5. November 2011 während des 18. Tiefenbrunner Workshops zur Psychotherapie bei Psychosen im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn gehalten wurde.*

*** Ich danke Herrn A. für die Erlaubnis, diese Kasuistik abzudrucken.*

Literaturangaben

- Ehrenberg, A. (2004): Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt /M., New York: Campus Verlag.

- Fengler, J. (2011): Merkmale ausgebrannter Teams. In: Fengler, J., Sanz, A. (Hg.): *Ausgebrannte Teams. Burnout-Prävention und Salutogenese*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 16-42
- Haubl, R. (2008): Die Angst, persönlich zu versagen oder sogar nutzlos zu sein – leistungsethos und Biopolitik. In: *Forum der Psychoanalyse* (24), S. 317-329
- Haubl, R. (2011): Flankierende Befunde anderer Forschergruppen. In: Haubl, R., Voß, G. (Hg.) (2011): *Risikante Arbeitswelt im Spiegel der Supervision*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 46-50
- Haubl, R., Voß, G. (Hg.) (2011): *Risikante Arbeitswelt im Spiegel der Supervision*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Heltzel, R. (2006): Zehn Methoden, wie Professionelle das eigene Ausbrennen fördern können. Über die Schwierigkeit, in der psychiatrischen Arbeit lebendig zu bleiben. In: *Soz. Psych. Inf.* (33), Heft 4/2006, S. 11-20
- Hilgers, M. (1996): *Scham. Gesichter eines Affekts*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Küchenhoff, J. (1999): Die Fähigkeit zur Selbstfürsorge – die seelischen Voraussetzungen. In: Küchenhoff, J. (Hg.): *Selbsterstörung und Selbstfürsorge*, S. 147-164. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Küchenhoff, J. (2000): Ästhetische Form und unbewußter Sinn – Selbstfürsorge und Identität in *Moby Dick*. In: *Psyche* (54), S. 51-72
- Schnabel, U. (2010): *Muße. Vom Glück des Nichtstuns*. München: Karl Blessing Verlag
- Thielemann, U. (2004). Integrative Wirtschaftsethik als Reflexionsbemühung im Zeitalter der Ökonomisierung. In: Mieth, D., Schumann, O.J. (Hg.), *Reflexionsfelder integrativer Wirtschaftsethik* (S. 69-102). Tübingen u. Basel: A. Francke Verlag.

- Ulrich, P. (2004). Sich im ethisch-politisch-ökonomischen Denken orientieren – Der St. Galler Ansatz der integrativen Wirtschaftsethik. In: Mieth, D., Schumann, O.J. (Hg.), Reflexionsfelder integrativer Wirtschaftsethik (S. 11-28). Tübingen u. Basel: A. Francke Verlag.