

»Das würde mich schon auch als Therapeutin langweilen«

Deutungen und Umdeutungen von Erwerbsarbeit
in der Psychotherapie

Sabine Flick

Das Zentrum psychotherapeutischer Praxis stellen gemeinhin das Leiden der Patienten und dessen Linderung und Heilung dar. Psychotherapie ist schließlich dann indiziert, wenn eine nach dem ICD (International Classification of Diseases, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, WHO) diagnostizierte psychische Erkrankung vorliegt. Dabei ist es relevant, welche Krankheits-, Genesungs- und Gesundheitsvorstellungen Therapeuten verfolgen. Mit anderen Worten, welche Krankheitsursache sie identifizieren. Die Ätiologie entscheidet über die Behandlung und den psychischen Zustand, in dem Patienten als »geheilt« entlassen werden.

Wenn sich Patienten in eine stationäre oder teilstationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik begeben, dann ist der ärztliche Behandlungsauftrag klar geregelt: Behandlungsziel muss neben der Besserung der individuellen Leiden stets die Arbeitsfähigkeit des Patienten sein.¹ Somit ist das zentrale Interesse der Kostenträger die Wiedereingliederung der

1 | Dies regelt für Deutschland beispielsweise die Reichsversicherungsordnung. Arbeitsunfähigkeit liegt dann vor, wenn ein Versicherter infolge des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustands nicht oder nur unter der Gefahr, diesen Zustand zu verschlimmern, imstande ist, seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. Bley 1975). Erwerbsarbeit ist allerdings kein obligatorisches Thema im Anamnesegespräch, welches die Therapeuten routinemäßig ansprechen, es muss vom Patienten angesprochen werden, oder es kommt nicht vor.

Patienten in den Arbeitsmarkt, womit ein überindividuelles Ziel für jede Therapie vorgegeben ist: Arbeitsfähigkeit muss ein Ergebnis der therapeutischen Behandlung sein. Artikuliert der Patient beispielsweise deutlich den Wunsch nach der Frühverrentung, also nach einem Aussteigen aus dem Erwerbsleben, so hat dies Folgen für die Behandler: Es ist nun davon auszugehen, dass im Patienten zweierlei Wünsche wirken, der eine, wieder gesund zu werden, der andere, in diesem Sinne »krank« zu bleiben, um einen Ausstieg aus der als belastend empfundenen Erwerbsarbeit vorzubereiten. Das professionelle Setting der Therapeuten wiederum ist auf die Arbeit mit und an den Patienten beschränkt.

Therapeuten sind also mit einem Dilemma konfrontiert: Sie können den Arbeitsbezug des Leidens, wie er möglicherweise von den Patienten hergestellt wird, nicht diagnostizieren. Ihnen stehen zugleich in der aktuellen Organisation von psychosomatischen Kliniken keine Mittel, vor allem keine therapeutischen Mittel zur Verfügung, auf die Arbeitssituation der Patienten einzuwirken. Darüber hinaus können sie einem Patientenwunsch, aufgrund der übergreifenden Belastung ganz aus dem Erwerbsleben auszusteigen, therapeutisch nicht nachkommen. Was geschieht also mit den Relevanzsetzungen der subjektiven Krankheitstheorien der Patienten?

Generell lassen sich vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Entwicklungen sowie den Ergebnissen der hier in den Blick genommenen Studie zwei Tendenzen aufzeigen: Zum einen greift eine Kultur der Selbstbezüglichkeit auch für die Patienten in der Studie mehrheitlich um sich, die sich durch eine große Bereitschaft zeigt, in der eigenen Deutung der psychischen Krise vieles, wenn nicht alles an sich selbst zurückzubinden. Daneben gibt es aber zum anderen auch eine Gruppe von Patienten (vgl. Nora Alsdorfs Beitrag in diesem Buch, »Ich brauche jetzt akut Hilfe!« – Subjektive Krankheitstheorien und Behandlungserwartungen von Patienten einer psychosomatischen Klinik«, Deutungstypen 1 & 2), die explizit ihre Arbeitsbedingungen und die damit verbundenen Belastungen zum Thema machen und als ursächlich für ihr eigenes akutes Leiden deuten.

Der medial zuletzt stärker aufgegriffene Diskurs um eine überarbeitete und daher erschöpfte Gesellschaft, verbunden mit öffentlichen Bekenntnissen von Leistungsträgern aller Art, an einem Burn-out erkrankt zu sein, trägt sicherlich mit dazu bei, einen Bezug der eigenen Krise zum allgemein etablierten »Leiden an der Arbeit« herzustellen. Ob diese Deutungen der

Patienten nun tatsächlich so sind oder nicht, wird im Folgenden jedoch nicht interessieren, ebenso wenig, ob die therapeutische Deutung tatsächlich den Kern der Krise trifft oder nicht. Vielmehr zeigt sich eine therapeutische Praxis des Deutens und Umdeutens, die in der Folge zweierlei mit sich bringt: Sie verstärkt die vorhandene Tendenz der Selbstbezüglichkeit, anstatt sie ggf. aufzuheben, und Arbeit wird in der Folge der therapeutischen Praxis in diesem Sinne unsichtbar.

1. Die Arbeit der Therapie

Als Grundlage für die Entscheidung, ob der Seelenzustand eines Menschen pathologisch ist, dienen Manuale zur Diagnosestellung. Der Zustand des Krank- oder Gesundseins orientiert sich also nicht ausschließlich am subjektiven Leiden, sondern an den in den Manualen ausformulierten Diagnosen.² Das Leiden wird im Prozess der Diagnostik also medizinalisiert und somit behandelbar gemacht.

Die Manuale unterlagen erheblichen Veränderungen in den letzten 50 Jahren. War das ursprüngliche Diagnosekonzept eher biologieorientiert, wird durch die anschließende Prominenz der Psychoanalyse eher das Innere der Person fokussiert bzw. dessen Entstehen durch frühkindliche Sozialisation. Dies wird in den 1970er/80er Jahren abgelöst durch eine eher auf Verhaltensweisen abzielende Krankheitslehre. Diese erfährt vor dem Hintergrund der Dominanz neurowissenschaftlicher Forschung heute eine Ergänzung um genetische und physiologische Aspekte als Ursachen psychischer Erkrankungen (Dellwing 2010). Der Begriff »Krankheit« wird im Kontext psychischer Leiden 1991 abgelöst durch den Begriff der »Störung«, und psychiatrische wie psychotherapeutische Forschung konzentrieren sich mehr und mehr auf subjektive Krankheitskonzepte. Dies korrespondiert mit einem generell veränderten Gesundheitskonzept, wie es die WHO im Laufe der Zeit entwickelt hat: »Health is a state of complete

2 | Es gibt zwei Manuale: ICD und DSM. Die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben, das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ist ein Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, die es erstmals 1952 in den USA herausgegeben hat. Aktuell liegt die fünfte Auflage DSM-5 vor, die im Mai 2013 veröffentlicht wurde.

physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.« (WHO 1948)

Psychotherapeutische Konzepte betonen heute übergreifend, dass psychische Gesundheit und ihre Störung nur prozesshaft zu verstehen seien und jedem psychischen Leiden eine »gestörte Beziehung zu sich selbst und anderen« zugrunde liege (APA 2016). Psychische Gesundheit definiert die WHO so: »a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community« (WHO 2001, S. 1). Psychische Gesundheit ist also ein Zustand, in dem es gilt, Potenziale zu erkennen und auszuschöpfen. Daneben gilt es, produktiv arbeiten und einen Beitrag zur Gemeinschaft leisten zu können.

Auch die arbeitspsychologischen Beiträge unterliegen begrifflichen Konjunkturen. Vor einiger Zeit wurde im Kontext von Arbeit und Psychotherapie vor allem über »Abhängigkeit« gesprochen (Oats 1971; Quinones/Griffith 2015; Andreassen 2014) und als Hauptproblem die Tendenz zum exzessiven und zwanghaften Arbeiten analysiert (Workaholics; Schaufeli/Taris/van Rhenen 2008). Dann folgte eine Phase, in der das Team und seine Schwierigkeiten im Zentrum standen (Stichwort Mobbing; Askew/Schluter/Dick 2013). Heute ist es nun das individuelle Ausgebranntsein, das von (zu viel) Arbeit hervorgerufen werde (Stichwort Burn-out; Maslach/Schaufeli/Leiter 2001). Diese Konjunkturen müssten sich, so sollte man annehmen, in therapeutischer Praxis niederschlagen.³

Die Frage nach der Bedeutung von Erwerbsarbeit im diagnostischen und psychotherapeutischen Setting psychischer Erkrankungen ist jedoch bisher kaum untersucht. Auch im Rahmen diagnostischer Richtlinien spielt Erwerbsarbeit keine Rolle. Die Begriffe »Arbeit«, »Erwerbsarbeit« oder inhaltlich verwandte Begriffe kommen im ICD-10-GM im Bereich F Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) so gut wie nicht vor (ICD-10, eigene Recherche). Arbeit als eigene Dimension von psychischen Diagnosen ist nicht formuliert. Einzig die Pseudodiagnose Burn-out wird

3 | Allein ein kurzer Blick auf die in PubMed gelisteten Veröffentlichungen stärkt diese Lesart: Während 180 Artikel zu Workaholics aufgeführt sind und ca. 550 zu Mobbing (>workplace bullying<), belegt Burn-out mit über 6000 Artikeln klar den ersten Platz (eigene Recherche der Autorin).

als Zusatzdiagnose Z73 aufgelistet, hat aber wenig klinisch-therapeutische Relevanz.

Dazu gesellt sich der Umstand, dass zwar in den letzten Jahren eine immense Anzahl medizinischer und psychologischer Beiträge zu Burn-out vorgelegt wurden, die aber beinahe alle keine einheitliche Definition von dem vorlegen können, was genau Burn-out eigentlich ist (vgl. Heinemann/Heinemann 2013). Untersuchungen zur Wirkung von Psychotherapie richten ihren Fokus schulenübergreifend nicht auf die Relevanz von Erwerbsarbeit in der Therapie. Die Aufmerksamkeit richtet sich häufig auf die sogenannten »Arbeitsstörungen« (vgl. Hoffmann/Hofmann 2009).

Gemeint sind hiermit jedoch keine Störungen, die man aufgrund von Arbeit erleidet, sondern Störungen der Arbeitsfähigkeit selbst. Hier wird das Feld der Erwerbsarbeit also explizit Gegenstand des therapeutischen Settings, ohne dass aber der Blick auf die Gesundheitsbelastungen durch oder im Zusammenhang mit Arbeit gerichtet wird. Der externe Kontext wird kaum zum Thema, im Zentrum der therapeutischen Maßnahmen steht der Patient mit seinen Fähigkeiten. Was genau aber geschieht in der therapeutischen Praxis?

2. Deuten und Umdeuten

Psychotherapie umfasst freilich sehr viele, unterschiedliche Verfahren, Praktiken und Settings, als dass sie sich als *die* Psychotherapie vorstellen ließe, formal lässt sie sich aber zunächst als ein Kommunikationsraum für Selbstthematisierungen fassen. Psychotherapie ist dabei heute die zentrale Institution, in welcher Individuen sich selbst zum Thema machen können, aber auch sollen (vgl. Schützeichel 2010; Abbott 1988).

Dabei stellt sie einen Raum für Subjektivitätsmuster zur Verfügung, wobei gewisse präferiert werden, insbesondere solche, die auf eine erhöhte Reflexivität und Selbstorientierung der Individuen zielen. »Das Individuum soll Organ seiner Selbsttransformationen sein« (Schützeichel 2010, S. 138). Diese Selbsttransformation als therapeutisch ermöglichte Selbstverwirklichung scheint also heute einer Idee von psychischer Gesundheit zu entsprechen und löst dabei gleichzeitig die Anforderungen der Leistungsgesellschaft ein, wie oben entlang der heutigen Gesundheitsdefinition der WHO deutlich wurde.

Die soziologischen Analysen, die sich mit der Kultur des Therapeutischen auseinandersetzen, extrahieren aus dieser Kultur ein neues Verständnis von Gesundheit. Gesund sein bedeutet dann, sich selbst zu verwirklichen. Eva Illouz beschreibt dies im Anschluss an die Ideen von Carl Rogers und Abraham Maslow wie folgt: »Im Ergebnis lief dies darauf hinaus, eine neue Kategorie von Menschen zu definieren: Wer hinter jenen psychologischen Idealen der Selbsterfüllung zurückblieb, war nun krank [...] Damit war der Zuständigkeitsbereich der Psychologen enorm ausgeweitet, nicht nur verlegten sie sich von psychischen Störungen auf das wesentlich größere Feld des neurotischen Unglücks, sondern nun auch vom neurotischen Unglück auf die Vorstellung, Gesundheit und Selbstverwirklichung seien Synonyme.« (Illouz 2011, S. 270)

In diesem Sinne bietet Psychotherapie den Individuen Möglichkeiten an, ihre Lebensgeschichten in kohärente Narrationen zu transformieren (vgl. ebd.). Dieser Transformation wiederum geht auf professioneller Seite allerdings eine (Um-)Deutung des Leidens des Patienten in medizinische Diagnosen voraus, um das Leiden »behandelbar« – im Sinne des kassenärztlichen Dienstes: abrechnungsfähig – zu machen. Wovon im therapeutischen Setting also auszugehen ist, sind zumindest zu Beginn der Behandlung existierende gegenseitige nicht kongruente Erwartungen bis hin zu möglichen Deutungsmusterkonflikten zwischen Patient und Behandler. Damit ist auch die von Parsons ausformulierte Pflicht des Patienten, die Krankenrolle einzunehmen, angesprochen (vgl. Parsons 1951).

Nicht nur hat der Patient die Pflicht, sich kooperativ in Behandlung zu begeben und deutlich einen Genesungswunsch vorzutragen, er wird auch für seinen gesundheitlichen Zustand nicht verantwortlich gemacht und ist für die Zeit seiner Erkrankung von sozialen Normen befreit. Für den Bereich der Medizin und Psychiatrie sind zu diesen Problemen zu Beginn einer Behandlung bereits viele Analysen vorgelegt worden (vgl. Dellwing 2010). Prominent ist sicherlich die für die Psychiatrie ausformulierte Höllenhund-These: Vor der Klinik sitzen für den Patienten zwei Höllenhunde, die es zu füttern gilt: Krankheitseinsicht (der Patient denkt wie der Arzt) und Compliance (der Patient tut, was der Arzt von ihm verlangt). Nur wer beide »füttert«, erhält die Leistungen des psychiatrischen Systems, so Bock (2003).

Für den Bereich der Psychosomatik, in welchem also leichte bis mittelschwere psychische Erkrankungen, zum Teil mit körperlichen Symp-

tomen behandelt werden, ist der Deutungsmusterkonflikt nicht so drastisch zu illustrieren. Eine Krankheitseinsicht kann vorausgesetzt werden zumindest insofern, als die Patienten freiwillig mit subjektiven Leiden in die Kliniken kommen. Der Konflikt kann sich allerdings entlang der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten und der Diagnose und Deutung durch den Therapeuten zeigen. Betrachtet ein Patient sein Leiden als vor allem durch äußere Umstände hervorgerufen, so wird er irritiert auf eine Deutung des Therapeuten reagieren, die seine Probleme in seinem Inneren verortet.

Den Prozess der Deutung durch den Psychotherapeuten kann man auch als Praxis der professionellen Aneignung des jeweiligen Falles beschreiben. In der Deutung bzw. Umdeutung der Leiden wird eine Beschreibung des Leidens hergestellt, die die Behandlung durch einen Psychotherapeuten legitimiert. Diese (Um-)Deutung liegt allerdings quer zur gemeinhin für die Professionen konstatierten nötigen »Übersetzung« der Professionssemantik in die Sprache des Laien, wie beispielsweise für die anwaltschaftliche Praxis beschrieben (vgl. Cain 1983). Vielmehr geht es um ein »Sich-zuständig-Machen« als Profession.

Unabhängig von den konkreten Leidensinhalten der Patienten ist also davon auszugehen, dass dieser Umdeutungsprozess immer stattfindet, sobald sich Patienten ins Medizinsystem begeben.⁴ Die Frage nach dem Leiden an der Arbeit stellt allerdings einen besonderen Fall dar, da hier mit der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten ja bereits eine Ätiologie konstruiert wird – die Erwerbsarbeit hat krank gemacht –, die die alleinige Zuständigkeit der Therapeuten eigentlich infrage stellt. Coaches oder Betriebsräte wären in dieser Perspektive womöglich ebenso Ansprechpartner. Wie gehen nun aber Therapeuten mit Patienten um, die ihre eigene Arbeitssituation als ursächlich oder auslösend für ihre Krise benennen?

4 | Die Umdeutung/Übersetzung als Überführung eines Gegenstandes in ein spezifisches Wissenssystem findet in diesem Sinne freilich immer statt, auch die der Deutungen in das Verständnis der Soziologie.

3. Rekonstruktionen therapeutischer Deutungen

Die therapeutischen Verfahren in den Kliniken umfassen aufdeckende und stabilisierende, verbale und nonverbale Therapieformen. Kunst-, Musik- oder Achtsamkeitstherapie zielen in erster Linie auf das emotionale Erleben, das nicht versprachlicht wird oder werden kann. Die tiefenpsychologischen Einzelgespräche und Gespräche in einer Gruppe zielen auf Artikulationen der Patienten und ihre Deutungen durch den Therapeuten bzw. die Gruppe, die verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Therapie zielt auf Kognition und eine erwünschte Wahrnehmungsveränderung. Parallel zur Analyse der subjektiven Krankheitstheorien der Patienten wurden die arbeitsbezogenen Deutungen der psychotherapeutischen Behandler dieser Patienten rekonstruiert. Diese Rekonstruktionen bilden den Kern der hier vorgestellten Argumentation.

Die Behandler in den psychosomatischen Kliniken sind mehrheitlich Mediziner mit einer psychotherapeutischen Facharztausbildung und psychologische Psychotherapeuten, die nach einem Regelstudium Psychologie eine Ausbildung in einer der drei von den Krankenkassen akzeptierten Psychotherapierichtungen absolviert haben. Die Verfahren, die von den Kassen übernommen werden, sind die Psychoanalyse, die analytische Tiefenpsychologie, die vor dem gleichen Paradigma operiert, und die Kognitive Verhaltenstherapie.

Die Mehrzahl der Therapeuten, die im Projekt beteiligt waren, hat eine ursprünglich psychodynamische therapeutische Ausrichtung und mehrjährige klinische Erfahrung. Im Rahmen ihrer beruflichen Praxis leiten sie gruppentherapeutische Sitzungen und führen mehrmals pro Woche Therapien im Einzelsetting durch. Die behandelten Patienten bleiben im Durchschnitt sechs bis zwölf Wochen in der Klinik, und sie werden meist parallel zu den therapeutischen Sitzungen zu Stabilisierungszwecken medikamentös behandelt (Schlafmittel, Neuroleptika, Antidepressiva).⁵

5 | Sechs bis zwölf Wochen umfasst die maximale Behandlungsdauer in Kliniken, die in Deutschland von Kassen finanziert wird. Sie entspricht also nicht den Ergebnissen der jeweils konkreten therapeutischen Situation, sondern hängt vielmehr mit dem Indikations- und in diesem Sinne Begründungsdruck für eine weitergehende Kostenübernahme der Behandlung durch die Krankenkassen zusammen.

3.1 Drei (Um-)Deutungen

Die Ergebnisse der unterschiedlichen Materialanalysen⁶ zeigen zunächst Folgendes: Erwerbsarbeit ist kein Thema der psychotherapeutischen Ausbildung. Die Therapeuten haben überwiegend ein naturwissenschaftliches Studium (Medizin/Psychologie) absolviert, bei welchem das neurowissenschaftliche und das lerntheoretische Paradigma dominieren. Mit psychodynamischem Denken sind diejenigen, die mit diesem Schwerpunkt als Behandler tätig sind, erst im Rahmen ihrer psychotherapeutischen Weiterbildung in Berührung gekommen. Auch im Rahmen dieser Ausbildung spielte Erwerbsarbeit als Thema keine Rolle. Nur wenige Therapeuten haben im Studium ein Seminar zu Arbeits- und Organisationspsychologie belegt.

Außer der eigenen klinischen Arbeitserfahrung erhalten die Therapeuten keine Einblicke in aktuelle Arbeitsbedingungen, bilden sich diesbezüglich auch nicht weiter. Mehrheitlich fühlen sich die Therapeuten für ihre Arbeit anerkannt in der Klinik und haben ausreichend Möglichkeiten, sich, wenn nötig, mittels Super- oder Intervision zu entlasten. Sie beschreiben sich als sehr identifiziert mit ihrer Tätigkeit und haben in diesem Sinne ein eher protestantisches, auch grenzüberschreitendes Arbeitsethos, was sie nicht negativ konnotieren.

Die Arbeitssituation der jeweiligen Patienten wiederum wird nicht thematisiert, sofern der Patient dieses Thema nicht in die Sitzungen einbringt. Selbst wenn dies der Fall ist, wird so gut wie nie nach der konkreten Tätigkeit gefragt. Die Therapeuten wissen also wenig über die konkreten Arbeitsbedingungen ihrer eigenen Patienten. Aus diesem Grund, so zeigt sich das insbesondere in den Supervisionen, ist die therapeutische Deutungspraxis in Bezug auf die Erwerbsarbeit in besonderem Maße frei schwebend. In der Gruppentherapie wird Arbeit als eigenständiges Thema selten eingebracht und meist erst dann angesprochen, wenn sich das Ende des stationären Aufenthalts nähert.

Zum Ende des jeweiligen Aufenthalts des Patienten thematisieren die Behandler im Auftrag der Krankenkassen die sogenannte »berufliche Wiedereingliederung«. Dabei verlassen diese Gespräche das traditionelle thera-

6 | Die Erhebungs- und Auswertungsmethoden sowie einige Anmerkungen zum Material finden sich im Methodenglossar am Ende des Bandes.

peutische Setting und beziehen meist die Kliniksozialarbeit mit ein. Das Resultat der Mehrheit dieser Gespräche liegt in der Empfehlung für eine stufenweise Wiedereingliederung, die zeitlich organisiert ist.⁷

Die Ergebnisse der Auswertung, also die generelle Thematisierung von Erwerbsarbeit, lassen sich zu drei Varianten der (Um-)Deutungen verdichten, die folgend dargelegt werden. Jede Variante bzw. jeder Deutungstyp berührt dabei drei nur analytisch trennbare Ebenen. Ebene 1 umfasst die Frage nach der Ursachenanalyse durch die Therapeuten, Ebene 2 zielt auf die normativen Vorstellungen von Arbeit, die in den Deutungen der Therapeuten deutlich werden, auf der Ebene 3 liegt das professionelle Selbstverständnis der Therapeuten im Hinblick auf ihr Wirken in die Gesellschaft.

3.2 Dethematisierung: Infragestellung und Irrelevanzsetzung

Die dominante (Um-)Deutung der Psychotherapeuten im Zusammenhang mit der Arbeitssituation der Patienten beinhaltet eine Infragestellung der Arbeitserzählung, was mit einer gleichzeitigen Irrelevantsetzung arbeitsbezogener Themen einhergeht. Die Schilderungen der Patienten werden in Zweifel gezogen, und die erzählten Arbeitsbelastungen werden bereits als Ausdruck der Pathologie betrachtet. Schildert eine Patientin beispielsweise mehrfach ihr Ungerechtigkeitserleben angesichts des Umstands, dass man im Team stets ihr die unangenehmen Aufgaben überlasse und ihre Urlaubs- und Wochenendzeiten zudem nicht respektiere, so deutet dies der behandelnde Therapeut als »Wunsch, gebraucht zu werden«. Die geläufige Praxis der Entgrenzung durch Vorgesetzte, dass per E-Mail oder Textnachricht tatsächlich permanent Kontakt zum Arbeitnehmer gehalten wird – selbst, wie in der Studie, auch in der Zeit des stationären Aufenthalts in der Klinik –, wird für die therapeutische Arbeit nicht weiter berücksichtigt.

Die Deutung des Patienten, die externe An- und Überforderung seien Grund für sein Leiden, wird also umgedeutet. Nicht selten rekurre-

7 | Dies bedeutet, dass der Patient zunächst nur wenige Stunden pro Tag an seinen alten Arbeitsplatz zurückkehren soll. Diese Empfehlung geht in den meisten Fällen jedoch an der Arbeitsrealität der Patienten vorbei, da entweder ihre konkrete Tätigkeit diese zeitliche Einschränkung nicht zulässt oder Kollegen wie Vorgesetzte sowie die Patienten selbst die zeitliche Beschränkung unterlaufen (vgl. Voswinkel 2016 und »Beitrag Betriebliches Eingliederungsmanagement: Verfahren und Problemsichten« in diesem Buch).

ren die Therapeuten bei der Deutung der Arbeitsbelastung der Patienten in Ermangelung an professionellem Wissen auf ihr eigenes Verhältnis zur Arbeit. Ihre Arbeitshaltung setzen sie als gesund-normal voraus und deuten die Abweichung der Patienten als Teil von deren Pathologie. Dieser Rekurs kommt besonders deutlich in der folgenden Passage zum Ausdruck. Die Therapeutin Dietrich⁸ berichtet in der Interviewpassage eigentlich über ihren eigenen Werdegang und kommt dann auf die Patienten zu sprechen.

»Das ist ja schon auch irre: Die sitzen dann manchmal in der Gruppe, zwölf Wochen lang kommen die nicht zur Arbeit; da muss man ja eigentlich auch mal eine Ahnung davon haben, dass das die Kollegen echt annervt, wenn man nicht da ist. Die müssen ja dann die Arbeit mitmachen. – Aber das wird manchmal so ausgeblendet; das ist unglaublich. Aber, ich mein, wir gehen auch jeden Tag arbeiten. Und ich denke mir immer: Warum sehen die das nicht? Dass das ja nicht nur ein Feind ist oder so was. Ich glaube, je kränker man ist, desto feindlicher ist die Arbeit; das würde ich schon sagen.«

Die Umdeutung der Patientenperspektive kommt in diesem Beispiel quasi einer Umkehrung gleich: Während die Patienten sich von der »feindlichen« Arbeit belastet fühlen und glauben, dadurch krank geworden zu sein, dreht die Deutung der Therapeutin diese Kausalität um.

In Fällen, in denen die Deutung des Patienten nicht bezweifelt oder hinterfragt wird, kommt ihr gar keine Aufmerksamkeit zu. Insbesondere die Auswertung der Supervisionen mit den Therapeuten zeigte, dass, selbst wenn der Supervisor nach Arbeitsthemen fragte, es für die Therapeuten einigen Erinnerungsaufwand bedeutete, überhaupt die Arbeitssituation der Patienten zu rekonstruieren. Nun mag man kritisch einwenden, es handele sich bei der therapeutischen Infragestellung um eine generelle Handhabung der therapeutischen Praxis und die Therapeuten seien doch stets mit dem Dilemma konfrontiert, das Tatsächliche, also die realen Anteile der Patientenerzählungen, nicht überprüfen zu können und sich daher schon immer und ausschließlich auf die mit den Schilderungen einhergehenden Gefühle, Phantasien und möglichen Übertragungen konzentrieren zu müssen.

Auffällig für den Fall der Erwerbsarbeit ist allerdings, dass diesen gar nicht nachgegangen wird. Während, um dies zu verdeutlichen, Erzählun-

8 | Alle Namen sind geändert.

gen aus der Vergangenheit, insbesondere der familialen Beziehungserfahrungen, sehr schnell und dominierend in die Deutungen der Therapeuten einfließen, kommt den Berichten aus der Arbeitswelt hier keine Bedeutung zu. Vielmehr noch werden hier, wider die eigentliche therapeutische Praxis der »frei schwebenden Aufmerksamkeit« und der Offenheit für das, was der Patient mitbringt, Themen gesetzt und (um-)gedeutet. Beispielhaft illustriert dies der folgende Dialog aus einem Interview mit Therapeutin Bremer:

Bremer: »Bei dem Patienten ist es so, dass ich es dann immer mal wieder versuche, das Thema Familie reinzuholen; weil das dadurch schon so jede Woche – immer wieder dieselben Probleme – mich auch sonst mit ihm zusammen zermürbt irgendetwas.« Interviewer: »Und ist es umgekehrt so, wenn jetzt zum Beispiel Patienten kommen, die überhaupt nicht über die Arbeit sprechen, dass Sie das dann auch aktiv ansprechen?« Bremer: »Ich glaub, so rum würde ich's nicht so zum Thema aktiv machen als jetzt vielleicht andersrum.«

Die Therapeuten berichten mehrheitlich davon, dass sie versuchen, das Thema wieder auf Beziehungsthemen zu lenken. Erwerbsarbeit wird dadurch also als Folge dieser (Um-)Deutung und Umlenkung irrelevant und dadurch dethematisiert.

3.3 Personalisierung und Familialisierung

Sind die Psychotherapeuten offen für die Belastungssituationen der Arbeitswelt ihrer Patienten, so schließen sie, nicht selten in Rückbezug auf sich selbst, dass es nur Verstrickungen sein können, die jemanden freiwillig in solch belastenden Arbeitsbedingungen verweilen lassen:

»Ich denke, wenn die dann hier erzählen von ihren Arbeitsabläufen, da denk ich mir schon: Boah, kann ich voll verstehen – aber psychisch würd ich's anders lösen, ich glaube schon, wer dann bleibt, ist krank«,

beschreibt der Therapeut Stern. Wenn jemand in Arbeitsverhältnissen beschäftigt ist, die ihn so belasten, dass sie ihn dauerhaft leiden lassen, so liegt die therapeutische Frage nahe: Warum gehen Sie nicht, bzw. warum sind Sie bisher geblieben? Diese Frage leuchtet insbesondere ein, wenn es um klassische Beziehungskonflikte geht, setzt aber auch dann die faktische Möglichkeit voraus, die jeweilige Beziehung zu beenden: den Partner verlassen, den Kontakt zu den Eltern abbrechen, die Freundschaft kündigen.

Wer das dann nicht kann, kann es nicht wegen neurotischer Verwicklungen. Wird dieses Wissen nun auf die Arbeit angewandt, dann suggeriert dies ebenfalls, man könne Arbeitsplätze ohne Weiteres wechseln. Dies ist mit Sicherheit auch prinzipiell möglich – was das im Einzelfall jedoch bedeutet und welche strukturellen Verhinderungen dabei auftauchen, wird von den Therapeuten nicht mehr thematisiert. Wer bleibt, so unterstellt das psychotherapeutische Deutungsmuster, sucht aus neurotischen Gründen etwas für sich in diesen belastenden Bedingungen: »Wer bleibt, ist krank.«

Der Fokus der Deutung liegt dann auf den Fähigkeiten/Unfähigkeiten der Patienten und ihren familienbiographischen Ursachen.

»Wo Arbeit war, soll Ich sein«, könnte man folgern. Also, wir bearbeiten sozusagen also die Übertragungssituation auf das idealisierte Elternteil, also entweder ich oder der Chef; also ne, das, würde ich sagen, ist unsere Arbeit«,

erklärt Frau Fokke. Die Professionalisierung der Therapeuten und ihr Bezug auf Professionswissen, lässt sie ätiologisch vor allem Beziehungsgeflechte als krankheitsauslösend thematisieren. Diese werden besonders im Falle von psychodynamisch arbeitenden Psychotherapeuten in der Form des Übertragungsgeschehens analysiert. Die Erwerbsarbeit wird als Folge der therapeutischen Deutung zur Bühne, auf der all die tatsächlich vorhandenen Selbstwert- und Beziehungsprobleme lediglich aufgeführt werden, nicht aber, wo sie womöglich auch selbst entstehen.

Das Handwerkszeug insbesondere der Psychodynamiker heißt frühkindliche Beziehungserfahrungen und deren rezente Übertragungen auf aktuelles Beziehungsgeschehen. In diesem Sinne kann man diese Umdeutung als Familialisierung des Leidens bezeichnen. Kommt familiales Geschehen nicht vor, so versucht man, in der therapeutischen Arbeit das Thema darauf zu lenken, denn sonst werde es »langweilig«. Auf die Frage, in welchem therapeutischen Setting über Arbeit gesprochen wird, antwortet beispielsweise Therapeutin Koch:

»Gottseidank jetzt nicht nur im Einzelsetting – ich glaub, das find ich dann auch arg. Also bei dem einen, da war dann schon – am Anfang war also nur Arbeit, und ich schon so: Oh, das wird ja zäh, wenn das jetzt – dann sind wir Gottseidank doch auf so Beziehungsthemen – also, das würd mich schon auch als Therapeutin langweilen, wenn die da – so. Weil natürlich mich natürlich das, Familie und Beziehung, besonders interessieren einfach.«

Hier zeigt sich der Deutungsmusterkonflikt recht drastisch. Der Patient, der hier Erwähnung findet, berichtet von ihm massiv belastenden Bedingungen auf seiner Arbeitsstelle, durch Stellenkürzungen und Druckabgabe nach unten etc. Dies wird hier nun (um-)gedeutet, weil es sie »besonders interessiert«, professionalisierungstheoretisch könnte man aber auch sagen: weil Familie und Beziehung retrospektiv das Material sind, mit dem gearbeitet wird. Die familienbiographischen Erfahrungen sind diejenigen, die die wirklichen Relevanzen setzen, und an diesen muss nun angesetzt werden. Die (Um-)Deutung ermöglicht also die professionelle Aneignung des Falles, der dann mit den psychotherapeutischen Diagnosen, Ätiologie und den aus diesen resultierenden Annahmen für die Therapie behandelt werden kann.

Es wird also nicht eine Gleichzeitigkeit oder Gleichwertigkeit von dem Zusammentreffen einer individuellen familial geprägten Biographie und einer aktuellen, ebenso prägenden Arbeitssituation angenommen, sondern in der Umdeutung in eine Richtung aufgelöst. Dies wiederum ist verbunden mit der Annahme, dass das Aufdecken frühkindlicher Grundkonflikte sich langfristig quasi automatisch auch in einer besseren Arbeitsfähigkeit niederschlägt, ohne dass Erwerbsarbeit dabei selbst thematisiert werden müsste.

Diese Deutung beinhaltet dann eine personalisierende Betrachtung des Leidens des Patienten, da aufgrund der Annahme über die familialen Erfahrungen unterstellt wird, dass der Patient sich selbst wiederholend aktiv in eine spezifische Situation bringt, die das Verhalten der anderen auslöst. Hierzu eine Schilderung von Herrn Markus auf die Frage, wie er genau mit Patienten therapeutisch arbeitet:

»Wenn er jetzt immer wieder in diese Rolle gerät, dass er so belastet ist und immer wieder und immer wieder, dann einfach zu gucken: Was macht er denn, was ist sein Part dabei? Wie verhält er sich, was gibt er für einen Anlass, dass der sich so verhält, der Chef? So. Also, das ist wirklich so schon häufig Thema.«

Die Patientendeutung eines konflikthaft belastenden Verhältnisses wird hier personalisiert. Zugleich suggeriert diese Deutung, wenn sich das Patientenverhalten ändere, werde sich darüber auch eine Änderung des Verhaltens des Vorgesetzten erreichen lassen. Das strukturelle Abhängigkeits- und Machtverhältnis zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter spielt dabei keine Rolle. Die Personalisierung und Familialisierung erlaubt die professionelle Aneignung des Falles und ermöglicht dabei auch potenziell Veränderungen zu bewirken.

3.4 Normalisierung der Ausnahme

»Arbeit ist heute belastend, aber dagegen muss man sich wehren (können).«

Die dritte (Um-)Deutung bezieht sich stärker auf supportive Verfahren, die gemeinhin dem verhaltenstherapeutischen Spektrum zuzuordnen sind, im Material jedoch fallübergreifend auftauchen. In diesen Deutungen spielen die Schilderungen der Arbeit der Patienten als für sie extreme Belastungsfelder eine Rolle. Es geht zentral um die Analyse konkreter Persönlichkeitsmerkmale des Patienten, um diese zur Förderung seiner Resilienz zu verändern. In der weiteren therapeutischen Deutung verschwindet die Thematisierung der externen Belastung, und die Therapie zielt dann darauf, sich zukünftig besser abgrenzen zu können.

Diese Deutung transformiert also die externen Belastungen in interne Möglichkeitsräume, was sich nicht allein in verhaltenstherapeutischen, sondern auch in theoretischen Konzepten der Selbstwirksamkeit (vgl. Bandura 1997) oder dem Locus of Control (Antonovsky 1987) seit der salutogenetischen Wende in den Gesundheitswissenschaften ähnlich beobachten lässt.⁹ Nun gilt es, nicht mehr die krank machenden Bedingungen, sondern vielmehr die gesundheitsförderlichen personalen Ressourcen zur Widerstandsfähigkeit zu identifizieren und zu stärken.

Meist drehen sich die psychotherapeutischen Annahmen dann um das Thema Grenzen und Grenzziehungen, die, so scheint es vor allem in den ärztlichen Behandlungsberichten, das Allheilmittel darstellen.¹⁰ Verhinderte Aneignungen, Entfremdung und sinnlose Arbeit werden dagegen nicht thematisch. Die in der Soziologie prominente These vom Leiden am Postulat der Selbstverwirklichung und seiner gleichzeitigen Verunmöglichung durch heutige Arbeitsverhältnisse findet in diesen Deutungen keinen Ausdruck. Verhinderte Aneignung, verllorener Sinn von Arbeit oder gar Entfremdungsphänomene verschwinden hinter der undifferenzierten Formel »Grenzen ziehen«. Überdies kommt in den grenzziehungsbezogenen Deutungen der Therapeuten die bereits im vorherigen Umdeutungsmuster Personalisierung dargelegte Tendenz zum Ausdruck, die Gründe

9 | Zum Begriff der Resilienz und seiner politischen Wirkung siehe Brunner 2014.

10 | In vielen Patientenakten liefert der Behandlungsbericht Beschreibungen zur Fähigkeit/Unfähigkeit der Abgrenzung und empfiehlt, diese in einer ambulanten therapeutischen Weiterbehandlung zu verbessern.

für eine Entgrenzung, also für das Nichtziehen von Grenzen, in der Person zu suchen. So erläutert Herr Ohm:

»Manchmal müssen wir auch konkreter an den Sachen arbeiten, dann geht es schon so darum: Warum trauen Sie sich das nicht zu? Und womit hat es zu tun, wenn Sie es sich nicht zutrauen, dem Chef zu sagen: Hier, das können Sie nicht machen! Oder mit den Kollegen so zu sprechen. Warum ist es so schwierig, diese Portion Aggressivität an den Tag zu legen, um sich da mal – Wie können Sie sich besser abgrenzen? – Da können wir auch an einer ganz konkreten Ebene arbeiten und so ein bisschen Rollenspiele, was weiß ich – also sagen: Wenn ich jetzt Ihr Kollege wär, was würden Sie dann machen? So. Also, da geht's auch um Kommunikationsfertigkeiten und so.«

Bei der in allen Gesprächen auftauchenden Idee, dass man den Patienten vor allem zu einer besseren Abgrenzungsfähigkeit verhelfen müsse, gerät in den Deutungen der Therapeuten aus dem Blick, was diese Abgrenzung möglicherweise an Folgen für die Patienten mitbringt. Überdies ist die Praxis der Abgrenzung dann meist mit einem »Nichttun« verbunden: nicht ans Telefon zu gehen am Wochenende, nicht die überfordernden Aufgaben zu übernehmen. Die Überforderung wird dann nicht mehr thematisiert, schon gar nicht skandalisiert, und auch eine aktive Einbringung und Thematisierung durch den Patienten im Unternehmen, eine Suche nach möglichen Allianzen für ihn, wird dadurch nicht aktiviert. Die alltägliche Ausnahme der Arbeitsbelastung, in welcher sich das Leiden der Patienten und ihre Kritik an diesen Arbeitsbedingungen begründet, gerät zu einem Normalzustand: Das Leiden an der Überforderung wird umgedeutet zu einem Leiden an der mangelnden Abgrenzungsfähigkeit, es wird zum Leiden am Selbst.

Diese (Um-)Deutung mag nun angesichts theoretischer Ansätze in der Tradition von Foucault nicht verwundern. Psychotherapie als gouvernementale Subjektivierung in Normalisierungsgesellschaften bringe, so beispielsweise Foucault (1973), ein spezifisches Selbstverhältnis hervor, und diese Praxis gerade der psychoanalytischen Beichtkultur zielen in erster Linie auf Normalisierung. In der Praxis des Therapeutischen liege die Norm zur eigenverantwortlichen Aktivierung, zum »unternehmerischen Selbst« (Bröckling 2007) oder dem »responsibilisierten Einzelnen« (Rose 1999). Die hier dargelegte (Um-)Deutung zeigt die Normalisierung in einer anderen Dimension: als Folge einer spezifischen Professionalisierung und mit dieser einer Invisibilisierung gesellschaftlicher Bedingungen.

4. Schlussbemerkung

Die eingangs benannte zunehmende Kultur der Selbstbezüglichkeit wird, so das Ergebnis, durch die therapeutische Behandlung nicht etwa aufgehoben, sondern im Gegenteil nun auch für diejenige Patientengruppen, die in ihren subjektiven Krankheitstheorien ihre Arbeitsbedingungen in den Blick nehmen, verstärkt. Zielt psychotherapeutisches Arbeiten dem eigenen Selbstverständnis zufolge auf eine Verbesserung der »Selbstreflexivität« des Patienten, so resultiert aus den hier dargelegten Deutungen vielmehr eine Verstärkung der »Selbstreferenzialität«. Der Unterschied ist folgender: Selbstreflexivität beschreibt eine Selbstbetrachtung, die sowohl interne als auch externe Bedingungen nicht nur zur Kenntnis nimmt, sondern auch differenzieren kann. Das schließt auch die Akzeptanz von Bedingungen ein, die sich nicht durch eine Selbstveränderung ändern lassen.

Selbstreferenzialität hingegen beschreibt eine Selbstbetrachtung der Selbstbeziehung, die mit dem Ausblenden von Strukturen und der Dethematisierung von überindividuellen Anforderungen einhergeht. Selbstreferenzialität verweist dabei auf die Imagination von Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit. Externe oder überindividuelle Strukturen, dem Selbst äußerliche und von ihm zum Teil unbeeinflussbare Strukturen werden in dieser Perspektive zu internen Strukturen umgewandelt (vgl. Flick 2013a).

Dies führt im eigenen Selbsterleben möglicherweise produktiv dazu, dass man nun, da man selbst im Zentrum der Wahrnehmung und der Strukturen steht, sich als handlungsfähig erleben kann. Zugleich korrespondiert Selbstreferenzialität mit Selbstanklage, welche wiederum typisch für depressive Muster ist. Dies inkludiert Schuldgefühle und Ohnmacht in erneuten belastenden Arbeitssituationen, denn schließlich weiß man doch nun, wie man sein sollte.

Wenn die Patienten, anstatt sich sowohl über sich selbst als auch über die Strukturen, in denen sie arbeiten und leben, klar zu werden, nur noch über sich selbst in Beziehungen und ihre Biographie reflektieren, entsteht ein doppelter Effekt: die Dethematisierung des Sozialen als einer externen Struktur mit Eigenlogik und machtvollen Effekten und zugleich die Illusion von Autonomie und Handlungsfähigkeit, wenn die Patienten durch

die therapeutische Umdeutung erfahren, dass man sich verändern und/oder aus den Bedingungen herausbewegen kann.

Es zeigt sich, dass eine Ätiologie, die ohne Bezug zur Erwerbsarbeit auskommt, eine therapeutische Behandlung in Gang setzt, die Arbeit nicht als relevante Dimension des Leidens in Betracht zieht, wenngleich die Arbeitsfähigkeit Ergebnis der Behandlung sein soll. Arbeits(un)fähigkeit wird also paradoxerweise behandelt, ohne Arbeit thematisch wirklich in den Blick zu nehmen.

Wie lassen sich diese Ergebnisse nun abschließend verstehen? Zwei Gedanken liefern womöglich Erklärungen. Zum einen ist von einer nach wie vor vorhandenen Professionalisierungsbedürftigkeit der Therapeuten und vor allem dem spezifischen und ihre eigene Tätigkeit stark limitierenden Setting auszugehen. Zum anderen lässt sich die Umdeutungspraxis der Therapeuten womöglich auch als – wenngleich paradoxe – Verwirklichung des therapeutischen Credos deuten, nicht nach Vorgaben zu behandeln.

Zunächst zum ersten Punkt: Das spezifische psychotherapeutische Setting ist auf eine kurze, zeitlich sehr knappe und überschaubare Krisenintervention angelegt, an die sich, so zeigt die Studie, stets die Empfehlung für eine Fortführung der in der Klinik angefangenen therapeutischen Bearbeitung in ambulanter Form anschließt. Als Problem erweist sich der Umstand, dass die den Behandlern zur Verfügung stehende Behandlungsdauer nicht selbst bestimmt und dem jeweiligen Fall gemäß gestaltet werden kann, sondern von den Richtlinien der Krankenkassen limitiert wird. In diesem Sinne lässt sich die Praxis der Therapeuten hier auch als »Antherapieren« bezeichnen.

Somit kommt den Psychotherapeuten in den Kliniken die Rolle derjenigen zu, die die Leiden der Patienten ins Medizinsystem überführen und in diesem Sinne medizinalisieren. Dies ist wiederum mit einem Widerspruch verbunden, der sich angesichts der Grenzen der Richtlinien der Krankenkassen derzeit für die Therapeuten ergibt: Wenn die schnellstmögliche Reintegration ins Erwerbsleben den Behandlungsauftrag der Therapeuten in diesem Sinne klar vorgibt, so schränkt dies den Spielraum für die Behandler stark ein, können sie doch so nicht mehr nach eigenen Standards behandeln und steht ihnen dadurch zudem doch auch nur ein verkürzter Zeitraum zur Verfügung, das Behandlungsziel zu erreichen.

In der Konsequenz, bedingt durch die professionelle Aneignung der jeweiligen Patientendeutungen, lässt sich allerdings eine paradoxe Entwicklung beschreiben: Das Nichtthematisieren bzw. Umdeuten der Erwerbsbezüge der Patienten läuft einer baldigen Reintegration in die Erwerbsarbeit womöglich zuwider. Wenn lediglich am nahenden Endpunkt einer Behandlung die Organisation der Wiedereingliederung begleitet wird, die Arbeitsorganisation selbst aber in diesem Sinne nicht in den Blick gerät, bleiben der Behandlungsauftrag und seine Erfüllung fragwürdig.

Im Wissen um eine eigentlich zu knappe Behandlungsdauer und die starken Vorgaben der Krankenkassen gerät die Arbeit der Therapeuten beinahe zur reinen Dienstleistung für die Kassen. Die Idee der Psychotherapie, den Patienten in seiner Krise in seinem Sinne zu behandeln, wird dadurch nicht nur konterkariert, es entsteht angesichts der hier in den Blick genommenen Studie zudem der Eindruck, dieser extern vorgegebene Rahmen werde mehrheitlich übernommen und nicht mehr hinterfragt. Die Professionalisierung bestünde nun in erster Linie in einer stärkeren Autonomie der Behandler im Rahmen klinischer Settings, die die normative Vorgabe der Kostenträger sowie die limitierte Behandlungsdauer zum einen betreffen, zugleich ließe sich auch in die andere Richtung eine stärkere Professionalisierung denken: Arbeit als Thema in psychotherapeutischen Ausbildungen, Fortbildungen für etablierte Behandler im Bereich Wandel der Erwerbsarbeit etc.

Die Professionalisierung der Psychotherapie selbst, die mit dem Ausschluss anderer Fachrichtungen als den medizinisch-psychologischen verbunden war, mag einen Teil dazu beigetragen haben, dass diese Themen nicht mehr disziplinär eingebracht werden (vgl. Ottersbach 1980). War zumindest im deutschsprachigen Raum vormals auch Geistes-, Erziehungs- und Sozialwissenschaftlern der Zugang zum Therapeutenberuf im Medizinsystem gestattet, sind diese nun aus den Kassenleistungen seit mehr als 15 Jahren exkludiert (vgl. Flick 2013b; 2017).

Demgegenüber ließe sich allerdings auch Folgendes vermuten: Gerade weil es dem psychotherapeutischen Credo zuwiderläuft, im Rahmen der Behandlung eine normative Zielvorgabe, die außerhalb der vom Patienten selbst formulierten Ziele liegt, zu erfüllen – nämlich die schnellstmögliche Reintegration in die Erwerbsarbeit –, lassen sich die hier beschriebenen Umdeutungen womöglich auch als ein Versuch interpretieren, diese Vorgabe zu unterlaufen. Im Versuch, sich dem Patienten individuell zu widmen

und sich nicht den Effizienzvorgaben der Kassen zu unterwerfen, läge es nahe, die konkreten Erwerbsarbeitsanforderungen nur als nachrangig zu behandeln, wenn davon ausgegangen wird, die »eentlichen« Probleme seien anders gelagert und ohnehin nicht in der Kürze der Zeit zu lösen.

Tragisch mutet es jedoch auch in diesem Falle an, wenn dieses Umdeuten als Ausdruck des professionellen Ethos der Psychotherapeuten dann in der Folge Konsequenzen für die Patienten mit sich bringt, die deren Leiden womöglich verlängern, wenn sie im Laufe der Behandlung noch stärker auf sich selbst und noch weniger auf ihre strukturelle Umgebung referieren. Aus dem Blick geraten dadurch zumindest all jene Ansätze, in denen die »Krankheit« der Patienten als Ausdruck ihrer kranken bzw. krank machenden Umgebung verstanden wurde, im Sinne von Rosenhans These: Sie sind »gesund in kranker Umgebung« (Rosenhan 1973). Galt also das Postulat, »dem Leiden Gehör zu verschaffen«, mutet es besonders paradox an, wenn die psychotherapeutischen Deutungen nun einem Behandlungsauftrag der Krankenkassen unkritisch nachkommen müssen. Das Paradigma der Effizienz, der schnellen Lösungen sowie der beschleunigten Selbstverhältnisse, die womöglich das Leiden der Patienten erst hervorgerufen haben, wird dadurch jedenfalls nicht infrage gestellt.

Literatur

- Abbott, Andrew (1988): *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- American Psychiatric Association (Hrsg.) (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. Auflage, Washington, WA.
- Andreassen, Cecilie Schou (2014): Workaholism: An overview and current status of the research. In: *Journal of behavioral addiction* 3, S. 1–11.
- Antonovsky, Aaron (1979): *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron (1987): *Unraveling The Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- APA (American Psychiatric Association) (2016): *Psychology help center. Psychotherapy works*. www.apa.org/helpcenter/understanding-psychotherapy.aspx (Abruf am 21.2.2017).

- Askew Deborah A./Schluter, Philip J./Dick, Marie-Louise (2013): Workplace bullying – what's it got to do with general practice? In: Australian Family Physician 42, H. 4, S. 186–188.
- Bandura, Albert (1997): Self Efficacy: The Exercise of Control. Palgrave: Macmillan.
- Bley, Helmar (1975): Sozialrecht. Frankfurt am Main: Metzner.
- Bock, Thomas. (2003): Lichtjahre. Psychose ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Bröckling, Ulrich (2007): Das unternehmerische Selbst: Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brunner, José (2014): Politik des Traumas. Gewalterfahrungen und psychisches Leid in den USA, in Deutschland und im Israel/Palästina-Konflikt. Frankfurter Adorno-Vorlesungen 2009. Berlin: Suhrkamp.
- Cain, Maureen (1983): The General Practice Lawyer and the Client. Towards a Radical Conception. In: Dingwall, Robert/Lewis, Philip (Hrsg.): The Sociology of the Professions. Lawyers, Doctors and Others. London: Macmillan, S. 106–130.
- Dellwing, Michael (2010): »Wie wäre es, an psychische Krankheiten zu glauben?«: Wege zu einer neuen soziologischen Betrachtung psychischer Störungen. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 35, S. 40–58.
- Flick, Sabine (2013a): Leben durcharbeiten. Selbstsorge in entgrenzten Arbeitsverhältnissen. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Flick, Sabine (2013b): Paradoxien der Psychotherapie. Psychotherapeut_innen und die Kultur des Therapeutischen. In: Freie Assoziation 364, S. 111–128.
- Flick, Sabine (2017): Psychotherapeuten als professionelle Dienstleister in Zeiten zunehmender psychischer Krisen. In: Pfadenhauer, Michaela/Schnell, Christiane (2016): Handbuch Professionssoziologie. Wiesbaden (im Erscheinen).
- Foucault, Michel [1964] (1973): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Heinemann, Linda Verena/Heinemann, Torsten (2013): Die Etablierung einer Krankheit? Wie Burnout in den modernen Lebenswissenschaften untersucht wird. In: Neckel, Sighard/Wagner, Greta (Hrsg.): Leistung und Erschöpfung. Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft. Berlin: Edition Suhrkamp, S. 197–200.

- Hoffmann, Nicolas/Hofmann, Birgit (2009): *Arbeitsstörungen. Ursachen, Therapie, Selbsthilfe, Rehabilitation*. 2. Auflage, Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Illouz, Eva (2011): *Die Errettung der modernen Seele*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Maslach, Christina/Schaufeli, Wilmar B./Leiter, Michael P. (2001): Job Burnout. In: *Annual Review of Psychology* 52, H. 1, S. 397–422.
- Oates, Wayne (1971): *Confessions of a workaholic: The facts about work addiction*. New York: World.
- Ottersbach, Hans-Gunter (1980): *Der Professionalisierungsprozess in der Psychologie*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Parsons, Talcott (1951): *The Social Systeme*. London: Routledge.
- Quinones, Christina/Griffiths, Mark D. (2015): Addiction to Work: A Critical Review of the Workaholism Construct and Recommendations for Assessment. In: *Journal of psychosocial nursing and mental health services* 53, H. 10, S. 48–59.
- Rose, Nikolas S. (1999): *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. 2. Auflage, London: Free Association Books.
- Rosenhan, David (1973): On being sane in insane places. In: *Science* 179, H. 4070, S. 250–258.
- Schaufeli, Wilmar B./Taris, Toon W./van Rhenen, Willem (2008): Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? In: *Applied Psychology: An International Review* 57, S. 173–203.
- Schützeichel, Rainer (2010): Kontingenzarbeit. Über den Funktionsbereich der psycho-sozialen Arbeit. In: Ebertz, Michael N./Schützeichel, Rainer (Hrsg.): *Sinnstiftung als Beruf*. Wiesbaden: VS, S. 129–144.
- Voswinkel, Stephan (2016): Betriebliches Eingliederungsmanagement bei psychischen Erkrankungen – Probleme und Verbesserungsbedarf. In: Feldes, Werner/Niehaus, Mathilde/Faber, Ulrich (Hrsg.): *Werkbuch Betriebliches Eingliederungsmanagement*. Frankfurt am Main: Bund Verlag.
- WHO (World Health Organization) (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

WHO (World Health Organization) (2001): Strengthening mental health promotion. Fact sheet 220. Genf: World Health Organization.

WHO (World Health Organization) (2010): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision.

