

Erwerbsarbeit im Dienste der Selbstheilung

Ute Engelbach und Rolf Haubl

Wer Erwerbsarbeit ausschließlich ökonomisch interpretiert, greift zu kurz. In einer Erwerbsarbeitsgesellschaft, wie es moderne Gesellschaften sind, kommt eine Reihe von psychosozialen Funktionen hinzu. Wir nennen fünf: Erwerbsarbeit bietet erstens eine raum-zeitliche Strukturierung des Alltags und gewährt dadurch einen basalen Halt. Zweitens ist sie das zentrale Medium soziokultureller Integration: Erwerbsarbeit zu haben vermittelt gesellschaftliche Anerkennung und Zugehörigkeit, einschließlich der Zuweisung eines Status. Ohne Erwerbsarbeit zu sein birgt die Gefahr eines Verlustes an Partizipationschancen, der bis zu einem dauerhaften sozialen Ausschluss führen kann. Identitätsstiftung ist eine dritte psychosoziale Funktion: Gesellschaftsmitglieder definieren sich über die Erwerbsarbeit, die sie leisten. Im Vergleich mit anderen hilft sie ihnen, zu wissen und zu fühlen, wer sie sind. Viertens bietet Erwerbsarbeit vielfältige Chancen, sich selbst zu verwirklichen, mithin Fähigkeiten zu erwerben und einzusetzen, die das Bedürfnis befriedigen, sich ständig weiterzuentwickeln.

In psychodynamischer Perspektive ist es die fünfte Funktion, auf die wir hier besonderes Augenmerk richten wollen. In Ermangelung eines besseren Begriffs sprechen wir von der Funktion der Selbstheilung durch Erwerbsarbeit, wobei wir annehmen, dass diese primär unbewusst erfolgt, aber zu Bewusstsein gebracht werden kann, sodass sie anschließend eine bewusste Suche nach Arbeitsbedingungen motiviert, die sie optimal erfüllt.

So gesehen ist damit zu rechnen, dass Menschen die Wahl ihrer Erwerbsarbeit immer auch danach ausrichten, wie weit sie von ihr eine Belohnung erhoffen, die in einem signifikanten Beitrag zu ihrer psychischen Stabilität besteht. Zufrieden wären sie mit ihrer Arbeit dann, wenn sie in

diesem Sinne belohnend wäre. Andernfalls entstünde Unzufriedenheit, die dazu führen würde, sich nach einer Arbeit umzusehen, die eine größere Belohnung bereithält.

1. Individuelle lebensgeschichtlich motivierte Gratifikationen

Folgt man der Theorie der Gratifikationskrise (vgl. Siegrist/Dragano 2008), dann nimmt die Gefahr einer krankheitswertigen psychischen Überforderung und anschließenden Überlastung zu, wenn die Diskrepanz zwischen den Vorausgabungen am Arbeitsplatz und den Gratifikationen, die es dafür gibt, zunimmt und sich auf hohem Niveau verstetigt.

Die Gratifikationen, die Arbeitnehmer mit ihren Vorausgabungen abgleichen, können sehr verschiedener Art sein: Geld, Entscheidungsspielräume, Arbeitszeitsouveränität, Aufstiegschancen und andere mehr. Zwar werden die meisten Gratifikationen solche sein, die alle oder die meisten Arbeitnehmer ähnlich belohnend erleben. Darüber hinaus gibt es aber höchst individuelle Belohnungen, die das Modell der Gratifikationskrisen nicht erfasst. Sie verweisen auf die Lebensgeschichte der Arbeitnehmer und entstammen deren Bedürfnis nach Selbstheilung.

2. Erwerbsarbeit als Resilienzfaktor

Die Patienten, die wir in unserem Projekt getroffen und ein Stück ihres Weges begleitet haben, legen die Abduktion eines Modells nahe, das Selbstheilung als ein Ringen um die Bewältigung von psychostrukturellen Verletzungen begreift, die lebensgeschichtlich entstanden sind.

2.1 Vulnerabilität

Jeder Mensch hat im Laufe seines Lebens eine Vielzahl von Entwicklungsaufgaben zu bewältigen, die für seine soziokulturelle Lebenswelt typisch sind. Misslingt deren Bewältigung, bleiben unbewältigte Traumata und Konflikte zurück, die sich zu einer individuellen Vulnerabilität verdichten. Das heißt: Es entstehen psychostrukturelle Verletzungen, die mehr oder weniger gut vernarbt sind und deshalb auch mehr oder weniger leicht er-

neut aufbrechen können. Wer generell oder – was häufiger der Fall sein dürfte – nur in einer bestimmten Hinsicht vulnerabel ist, besitzt eine Schwachstelle, die eine eingeschränkte psychosoziale Belastbarkeit zur Folge hat. Wird die Belastungsgrenze überschritten, hängt es von den verfügbaren Ressourcen ab, wie lange der Status quo noch aufrechterhalten werden kann.

2.2 Ressourcen

Um ihre Schwachstellen zu entschärfen, bemühen sich Menschen, an Ressourcen – emotionale, kognitive und praktische – zu gelangen, die dies leisten. Zu diesen Ressourcen rechnen wir auch die Erwerbsarbeit aufgrund ihrer oben genannten Funktionen. Psychisch stabilisierend wirkt sie vor allem dann, wenn sie es einer Person ermöglicht, die Bewältigung ihrer unbewältigten Traumata und Konflikte weiter voranzubringen, zumindest aber zu verhindern, dass sich diese in krankheitswertigen Symptomen manifestieren, die eine zufriedenstellende Lebensführung einschränken oder gar verunmöglichen.

2.3 Krise

Fallen Ressourcen weg, wird ein sich selbst verstärkender Prozess wahrscheinlich: Schwindende Ressourcen reduzieren die Belastbarkeit, und verminderte Belastbarkeit zehrt die restlichen Ressourcen weiter auf. Zu den markanten Anzeichen einer Krise des Arbeitslebens gehört die Erfahrung, dass Arbeitsroutinen versagen. Statt den Arbeitnehmer zu entlasten, erhöhen sie seine Belastung bis hin zu seiner Überlastung. Solange die Krise anhält, ist der Ausgang offen: Um sie beizulegen, bedarf es einer Verbesserung der verfügbaren Ressourcenausstattung, was im Hinblick auf Erwerbsarbeit heißt, Arbeitsbedingungen zu finden oder herzustellen, die die Selbstheilungschancen verbessern.

2.4 De-Stabilisierung

Können die Belastungen nicht hinreichend verringert werden, resultiert eine dauerhafte Überlastung, die vielleicht noch eine gewisse Zeit ertragen werden kann, bis schließlich die psychosomatische Organisation einer be-

troffenen Person zusammenbricht. Meist geht ein solcher Zusammenbruch mit Ohnmachtsgefühlen einher, welche die Situation ausweglos erscheinen lassen. Dazu gehört die tiefe Verunsicherung, sich die eigene Befindlichkeit nicht überzeugend erklären zu können. Sich selbst fremd geworden, steigt die Bereitschaft, nach schnellen Erklärungen zu suchen, was oft dazu führt, sich in einer Vielzahl von Erklärungen zu verstricken, die sich lebensweltlich bieten. Spätestens an diesem Punkt hilft das Laiensystem mit seinen Erklärungen nicht weiter. Die De-Stabilisierung ist therapiebedürftig geworden.

2.5 Professionelle Re-Stabilisierung

Das Expertensystem wird zu Hilfe geholt, wenn es anderweitig zu keiner Re-Stabilisierung kommt. Diagnose und Therapie bieten einer psychosomatisch erkrankten Person die fehlende Orientierung, indem sie sie – idealtypisch – mit überzeugenden Erklärungen darüber versorgt, was Ursache und Auslöser ihres Zusammenbruchs sind. Hinzu kommt eine Stärkung ihres Gefühls der Selbstwirksamkeit. Freilich immer ohne Garantie. Eine professionelle Re-Stabilisierung kann mit ambulanten, stationären oder teilstationären Therapieangeboten beginnen, nachhaltig wird sie aber nur dann sein, wenn der Patient die institutionelle Hilfe in Selbsthilfe übersetzt. Erwerbsbiographisch heißt dies, Chancen und Risiken der aktuellen Erwerbsarbeit auszuloten, um sie so gesundheitsförderlich wie möglich zu gestalten. Erfolg wird dies freilich nur dann haben, wenn Arbeitgeber ihre Arbeitnehmer darin unterstützen.

3. Fallauswahl

Im Folgenden stellen wir vier in Ausschnitten rekonstruierte Krankengeschichten vor. Sie sollen exemplarisch plausibel machen, dass es die subjektive Bedeutung der Arbeit im Sinne eines unbewussten Motivs der Selbstheilung ist, die zur Wahl einer bestimmten beruflichen Tätigkeit führt, die so lange vor einer psychischen De-Stabilisierung schützt, wie sie ausgeübt werden kann, aber einen Zusammenbruch der psychosomatischen Organisation einleitet, sobald dieser Schutz wegfällt.

Herr B

Herr B ist ein Angestellter mittleren Alters, der sieben Mitarbeiter unter sich hat; zum zweiten Mal verheiratet, eine Tochter. Das Arbeitsklima in seiner Firma beschreibt er als schwierig: Schlechte Zahlen, Verzögerungen und sonstige Misserfolge des Unternehmens werden teilweise seiner Verantwortung zugeschrieben. Die Vorgesetzten machen Druck, die Verkäufer wollen alles immer schneller haben. Insbesondere der Qualitätsmanager falle Herrn B in den Rücken, schwärze ihn beim Chef an. Die Arbeit mache ihm keinen Spaß, Anerkennung erfahre er kaum, Verbesserungsvorschläge würden ohne Begründung abgelehnt. Hinter seinem Rücken werde über ihn geredet. Wegen dieser unerträglichen Situation hat er sich bereits nach anderen Stellen umgesehen.

Herr B kämpft schon fast sein ganzes Leben lang mit Depressionen. Die derzeitigen Arbeitsbedingungen verstärken seine Beschwerden. Er beklagt eine zunehmend lähmende Inaktivität. Hat er zeitweise einen Ausgleich im Fitnessstudio gefunden, so hilft ihm diese Maßnahme auch nicht mehr. Es sei aber keine körperliche Ermüdung, an der er leide, sondern eine psychische. Herr B berichtet von Panikattacken, die es ihm erschweren, das Haus zu verlassen. Er beschreibt ein Gefühl, sein Gehirn nicht richtig abschalten, nicht loslassen und einschlafen zu können. Zwar ist er bereits in ambulanter Therapie bei einer Psychologin, was ihm aber nicht reicht. Deshalb macht er einen Anlauf, einen Klinikaufenthalt zu erhalten. Auf Bitten seiner Kollegen sei er aber weiter arbeiten gegangen. Inzwischen fehle ihm dazu aber jegliche Kraft.

Herr B wurde im Alter von vier Jahren adoptiert. Sein Adoptivvater war für einige Jahre in den USA und hat diese Zeit als sehr positiv in Erinnerung behalten. Herr B glaubt, seine Adoptiveltern hätten sich für ihn entschieden, weil er amerikanisch aussehe. Vor seiner Adoption war er bei anderen Pflegefamilien gewesen, bei denen es ihm nicht gut ging. Stark unterernährt und unter Rachitis leidend, war er zunächst in ein Krankenhaus gekommen und schließlich in ein Kinderheim gegeben worden. Die Zeit in diesem Heim sei schrecklich gewesen, er habe wiederholt seinen Kopf gegen die Wand geschlagen, sei ans Bett gefesselt worden.

Seine leibliche Mutter hatte sieben Kinder von verschiedenen Männern. Oft sind diese Männer amerikanische Soldaten gewesen. Auch sein leiblicher Vater ist Amerikaner. Aus den Jugendamtsunterlagen wisse er, dass seine leibliche Mutter wegen »Unzucht« im Gefängnis gesessen habe.

Kontakt zu seiner Herkunftsfamilie gibt es keinen. Seine leibliche Mutter habe ihn nie sehen wollen.

Das Verhältnis zu seiner Adoptivfamilie beschreibt Herr B als schwierig. Es gibt einen zwei Jahre älteren Adoptivbruder, auf den sich alle Aufmerksamkeit richte, weil er extravertiert und hochbegabt sei. Im Unterschied zu ihm erlebt sich Herr B als introvertiert und in der Familie wenig beachtet.

Seine Adoptivfamilie beschreibt er als strenggläubig. Herr B erinnert, von beiden Eltern geprügelt worden zu sein. Vor allem sein Adoptivater sei sehr hartherzig gewesen. Er habe hohe Ansprüche an ihn gestellt und Fehler nicht nachgesehen, sondern sofort schwer bestraft. Offenbar hat sich die Beziehung zu ihm erst gebessert, nachdem Herr B ausgezogen ist. Heute, so betont er, würden sie sich gut verstehen.

Herr B hält sich für melancholisch. Melancholie habe er, laut seinen Eltern, schon seit seiner Kindheit. Irgendwo hingesetzt, sei er für mehrere Stunden nicht aufgefallen. Überhaupt sei er nie aufgefallen. Und das nicht nur im Vergleich mit dem Adoptivbruder. Er glaubt, seine Adoptiveltern hätten »deswegen« noch ein weiteres Kind adoptiert. Sie entscheiden sich für eine fünf Jahre jüngere, leicht körperlich und geistig behinderte Adoptivtochter. Seinen ersten depressiven Schub datiert Herr B auf den Zeitpunkt ihrer Aufnahme in die Familie, was wohl als Ausdruck einer narzisstischen Kränkung verstanden werden darf.

Muss er bis dahin auf dem Gymnasium ein ganz guter Schüler gewesen sein, so lassen nunmehr seine schulischen Leistungen nach. Es kommt zu Schwänzen und gelegentlichen Schlägereien. Mit Beginn der Pubertät wird er immer aggressiver.

Herr B geht mit dem Hauptschulabschluss von der Schule ab und absolviert eine Lehre als Einzelhandelskaufmann. Danach arbeitet er bei den US-Streitkräften als Militärpolizist. Offensichtlich bekommt er durch diese Tätigkeit seine Aggressionen besser in den Griff. Herr B spricht von seinem »Lieblingsjob«. Als Grund gibt er an, er habe mit Menschen zu tun gehabt, habe seine Arbeitszeit selbst gestalten können und vor allem großen Respekt erfahren. Besonders wichtig sei ihm gewesen, »als Polizist dort viel Macht« gehabt zu haben.

Im gleichen Atemzug beschreibt er die US-Amerikaner im Vergleich mit Deutschen als freundlicher, offener und innovativer. Spürbar ist sein Wunsch, in die USA auszuwandern, ein US-Amerikaner zu werden. Da

seine jetzige wie auch seine erste Ehefrau nicht mitgezogen haben, gibt er seinen Traum auf. Und nicht nur das: Seine erste Frau hat sogar durchgesetzt, dass er seine Tätigkeit als US-amerikanischer Militärpolizist aufgibt, vordergründig wegen seiner Schichtarbeit, er vermutet aber eine generelle Ablehnung seiner Identifikation mit der US-amerikanischen Kultur.

In der Folge übernimmt er verschiedene Tätigkeiten, die aber meist nur zwei bis drei Jahre dauern. Er fühlt sich getrieben. Schließlich unternimmt Herr B einen Suizidversuch, der ihn in stationäre Behandlung bringt. Nach seiner Entlassung hat er wiederum wechselnde Tätigkeiten, bis er zu seinem jetzigen Arbeitgeber kommt, wo er bleibt, obwohl das Arbeitsklima schwierig ist.

Seitdem er die US-Streitkräfte verlassen hat, kommt er nicht mehr zur Ruhe. Er wird von traumatisierenden Bildern verfolgt, in denen er einem gewalttätigen Vater ohnmächtig ausgeliefert erscheint, gepaart mit dem Wunsch, selbst diese Position zu übernehmen und sich für alle erlittene Schmach zu rächen.

In puncto Selbstheilung erscheint die Zeit bei den US-Streitkräften von großer subjektiver Bedeutung. Es ist die stabilste Phase des Patienten, sowohl psychisch als auch, was die Dauer seines Arbeitsverhältnisses betrifft. Mag sein, dass ihm der legitime Waffenbesitz als Militärpolizist ein hinreichendes Sicherheitsgefühl vermittelt hat, und zwar zweifach: zum einen als Gefühl, nicht ohnmächtig zu sein, sondern sich gegen Angriffe anderer verteidigen zu können, zum anderen aber auch als Gefühl, selbst angreifen zu können, besser: es selbst in der Hand zu haben, wie er mit seiner Waffengewalt umgeht. Lebensgeschichtliches Zentralthema sind folglich, so darf vermutet werden, die Aggressionskontrolle und die Angst vor Kontrollverlust.

Geht man davon aus, dass sich Herr B durch seine berufliche Tätigkeit als Militärpolizist psychisch stabilisiert hat, ist nachvollziehbar, dass es zu einer Dekompensation kommt, als er gedrängt wird, diese Tätigkeit aufzugeben. Denn nun fehlt ihm der legitime Rahmen für seine Aggressionen. Herr B kann sich generell, besonders aber seiner selbst nicht mehr sicher sein.

So imponiert während der stationären Behandlung ein grassierendes Erleben allseitiger Bedrohung, das deutliche paranoide Züge trägt. Es gibt keine harmlosen zwischenmenschlichen Begegnungen mehr. Jederzeit kann die Abwehr von Aggressionen, mit der sich Herr B hinlängliche

Sicherheit verschafft, zusammenbrechen. Dann tritt sie offen zutage und richtet sich nicht nur gegen andere, sondern auch gegen die eigene Person. Dass Herr B psychisch erschöpft ist, rührt nicht zuletzt daher, dass er alle seine Kräfte benötigt, um sich von seiner Wut nicht fortreißen zu lassen.

Wenn er betont, dass er »keinen Stand in der Gesellschaft« hat, dann gilt dies auch für seinen Stand in der Herkunftsfamilie. Lebenslang kommt er sich minderwertig vor, weil ihm die anderen, wie er es erlebt, Achtung und Beachtung verweigern. Vor diesem Hintergrund ist die Waffe, die er als Militärpolizist getragen hat, das dingliche Symbol der Option, die soziale Resonanz, die er vermisst, gegebenenfalls zu erzwingen.

Herr B kennt den US-Amerikaner, der sein leiblicher Vater ist, nicht. Er weiß nur, dass er ebenfalls bei den US-Streitkräften beschäftigt war. So gesehen mag man vermuten, dass Herr B die unbewusste Phantasie entwickelt hat, sein abwesender leiblicher Vater sei ein starker Vater, der ihn vor seinem anwesenden Adoptivvater hätte schützen können. Mit ihm möchte er sich identifizieren. Die Waffe, die Herr B einst führte, war mit der Durchschlagskraft dieser Vaterimago geladen. Sie abzugeben erschüttert ihn.

Ein Grund könnte sein, dass sich Herr B einer Enttäuschung bewusst wird, die er lange durch die Idealisierung des leiblichen Vaters unbewusst gehalten hat. Denn enttäuscht muss er sein, hat ihn dieser vermeintlich starke Vater doch nicht geschützt, sondern seinen Sohn einem kränkenden Schicksal überlassen. Entweder war sein leiblicher Vater gar nicht so ideal, oder dieser hat ihm ein Selbstbild vermittelt, das ihn glauben machen musste, tatsächlich minderwertig zu sein.

Herr N

Herr N ist Altenpfleger mittleren Alters, verheiratet, keine Kinder. Er arbeitet seit einem Jahr für einen ambulanten Pflegedienst, der es erlaubt, sich viel Zeit für seine Pflegebedürftigen zu nehmen. Lediglich der Schichtdienst und die Bereitschaftszeiten werden beiläufig kritisch angemerkt. Im Grunde verstehe er sich mit seinen Kollegen und seinem Vorgesetzten sehr gut. Sein Beruf hat ihm bislang große Freude bereitet. Wie Herr N beschreibt, ist das seit einem halben Jahr anders.

Immer häufiger muss er plötzlich weinen, gefolgt von einer Traurigkeit über seine Tränen. Hinzu kommen vermehrt Schlafstörungen mit nächtlichen Essanfällen, die zu einer deutlichen Gewichtszunahme führen.

Herr N leidet an einer Adipositas. Seit Jahren quälen ihn Durchfälle ohne somatische Ursache, die meist morgens und zuletzt immer öfter auftreten. Insbesondere kurz bevor er zur Arbeit geht, wird ihm übel. Herr N erlebt sich antriebslos. Auf Drängen seiner Ehefrau hat er sich seiner Hausärztin anvertraut, die ein Burn-out diagnostiziert, was ihm seinen Schilderungen zufolge wie eine Offenbarung vorgekommen ist.

Die psychischen Symptome, die er nennt, sind überwiegend depressiv getönt und lassen sich kaum eingrenzen: Existenzangst, Versagensgefühle, Verlust von Freude, Schuld- und Bestrafungsgefühle, Selbstvorwürfe, innere Unruhe, Entschlussunfähigkeit, das Gefühl von Wertlosigkeit, Energieverlust, schnelle Ermüdung und Erschöpfung, erhöhte Reizbarkeit, Verlust der Libido.

Hinzu kommt die belastende Vorstellung, beobachtet und kontrolliert zu werden, wobei er sich aber distanzieren kann und sehr wohl weiß, dass dieser Vorstellung keine realen Ereignisse zugrunde liegen.

Herr N verspürt Angst, etwas falsch zu machen, scheint völlig verunsichert. Mitunter bekommen seine Erzählungen eine paranoide Tendenz: So sei es seitens des Arbeitgebers zwar durchaus erlaubt, während der Dienstfahrten Raucherpausen einzulegen, er aber versteckte sich inzwischen, wenn er rauchen wolle, in den hintersten Ecken, um nicht gesehen zu werden. Tauche ein Auto in der Farbe seines Arbeitgebers auf, werde er sofort nervös. Die Vorstellung, beobachtet und kontrolliert zu werden, reiche bis in die Privatsphäre. So traue er sich nicht einmal mehr, auf seinem Balkon zu rauchen, weil ihn ja auch dort jemand dabei sehen könnte.

Herr N berichtet von einer schönen Kindheit auf dem Land in der ehemaligen DDR. Er skizziert eine Idylle, in der er sich behütet gefühlt hat. Seine Familie beschreibt er als durchweg positiv. Die Mutter sei eine liebe Frau, die immer versucht habe, das Beste für die Familie zu erreichen, hilfsbereit und rücksichtsvoll. Sein Vater sei »preußisch«: ordentlich, zuverlässig und pünktlich, fleißig bis zum Umfallen. Von ihm habe er immer Unterstützung erhalten. Mit seiner vier Jahre jüngeren Schwester verstehe er sich ebenfalls gut. Seiner Familie sei es immer ein Anliegen gewesen, sich nach außen hin so unauffällig wie möglich zu verhalten.

Nach der Realschule war Herr N wohl eine Zeit lang orientierungslos, was er dem Zeitgeist der neu erlangten Freiheit nach der Wiedervereinigung zuschreibt. So hat er eine Ausbildung zum Datenverarbeitungskaufmann begonnen und nach einem Jahr schon wieder abgebrochen. Eigent-

lich will er zur Polizei, aber dort gibt es nach bestandener Aufnahme eine Wartezeit von einem Jahr. Um nicht zu Hause herumzusitzen, absolvierte er ein Ökologisches Jahr auf einem Bauernhof, während dessen er sich zwar ausgenutzt fühlte, das »aber trotzdem nicht schlecht« war. Anschließend ist er ins Ausland gegangen, zunächst für zwei Wochen, dann länger, um dort zu arbeiten: anfangs in einem Restaurant, dann als Fahrdienst für eine kommunale Einrichtung für ältere Menschen, schließlich kurzfristig in einem Musikladen. Auf Bitten von Freunden und Familie kehrt er aus dem Ausland zurück.

Inzwischen hat er das Interesse an der Polizei verloren. Stattdessen macht er eine Ausbildung zum Einzelhandelskaufmann für Lebensmittel. Aber auch diese Wahl hat keinen Bestand. Und so bewirbt sich Herr N bei der Bundesmarine. Aber auch dort hat er nach einem erfolgreichen Eignungstest mit langen Wartezeiten zu rechnen. Deshalb beginnt er eine Ausbildung zum Krankenpfleger, die er aber ebenfalls nicht abschließt. In den folgenden Jahren arbeitet er ohne Abschluss in ambulanten Pflegediensten und als Pflegehelfer im Heim. Später entschließt er sich zu einer Ausbildung als examinierter Altenpfleger, die er dann auch zu Ende bringt.

Sucht man nach psychodynamischen Konfliktmustern, die sich in der aufgelisteten Vielzahl von Symptomen manifestieren und die ihn letztlich in die Klinik gebracht haben, dann ist ein Versorgungskonflikt wahrscheinlich, der ihn dazu gebracht hat, sich in seinen pflegerischen Tätigkeiten bis zur Erschöpfung zu verausgaben. Eine solche altruistische Grundhaltung führt nicht selten zur Berufswahl eines helfenden Berufes. Herr N selbst spricht von einem »Helfersyndrom«. So gesehen wäre es seine eigene abgewehrte Bedürftigkeit, die ihn dazu veranlasst, sich – vermeintlich – selbstlos für andere einzusetzen. Indem er sich ständig vergewissert, gebraucht zu werden, stabilisiert er sich. Herr N, der in einer schier endlosen Suchbewegung durch sein Leben »surft«, gewinnt endlich Halt und Orientierung. Warum aber kommt es zu einer Dekompensation?

Auffallend ist in der Berufsbiographie von Herrn N der Kontrast zwischen der Zeit vor seiner Ausbildung zum examinieren Altenpfleger, in der er ohne Examen zehn Jahre lang relativ selbstständig, zugleich eingebunden in eine Institution, erfolgreich tätig war, und der Zeit nach seinem Examen. Soweit sich das rekonstruieren lässt, erlebt Herr N seine Arbeit ohne Examen vergleichsweise entspannt, da er sich jederzeit auf seinen formalen Status als Nichtexaminierter berufen kann, der ihm in kritischen

Situationen – seiner Wahrnehmung nach – die Übernahme einer vollen Verantwortung erspart.

Herr N beschreibt, dass er im zweiten Ausbildungsjahr eine Veränderung an sich bemerkt hat, die er selbst mit seinem Statuswechsel verbindet. Zunehmend sieht er in den Pflegebedürftigen nicht mehr Menschen, sondern Arbeitsgegenstände: »wie eine Arbeit halt und nicht wie eben Menschen«. Dagegen scheint er sich innerlich zu wehren, denn er berichtet zugleich, dass es ihm inzwischen schwerfällt, nach getaner Arbeit abzuschalten.

Überraschenderweise verliert Herr N mit zunehmender Professionalisierung an Distanz, wo doch Professionalisierung auf die Fähigkeit angelegt ist, sich situationsgerecht distanzieren zu können.

Herr N beschreibt seinen Statuswechsel metaphorisch: »vom Stein zum Schwamm«. Was mag er mit diesem rätselhaften Bild wohl meinen?

Als Professioneller wird von ihm erwartet, abstinente zu sein, was heißt: auf die vorrangige Befriedigung eigener Bedürftigkeit zu verzichten, weil dies als Missbrauch gilt. Versteht man Professionalisierung nicht zuletzt als eine Zunahme an Bewusstheit über die Psychodynamik der Arbeitsbeziehungen, dann wird Herr N durch sein Zertifikat auf das Ethos der Abstinenz verpflichtet. Er kann nun nicht mehr so tun, als wüsste er von dieser Psychodynamik nichts. Die Metapher des Steines ist so gesehen ein Bild für seine scharfe Abgrenzung gegenüber den Pflegebedürftigen. Anders gewendet: Herr N ahnt, dass er deren Pflege für seine eigene Stabilisierung benötigt, genau diese Einsicht muss er aber abwehren. Kommt ihm die latente subjektive Bedeutung seiner Tätigkeit zu Bewusstsein, riskiert er eine De-Stabilisierung.

Wenn sich Herr N nach seiner Zertifizierung metaphorisch als Schwamm beschreibt, wählt er ein Bild, das auf die bedrohliche Einsicht verweist: Er ist wie ein Schwamm, der die Zuwendungen der Pflegebedürftigen aufsaugt, so eigennützig aber nicht sein darf, will er ein professioneller Altenpfleger sein. Als solcher wird er von Vorgesetzten, Kollegen und der Öffentlichkeit beobachtet und kontrolliert, ob er diesen Standard einhält.

Wenn Herr N paranoide Tendenzen zeigt, dann deshalb, weil er fürchtet, man werde herausfinden, dass es seine eigenen Bedürfnisse sind, die er uneingestanden, vielleicht sogar unbewusst in seiner Arbeit befriedigt. Und es erschöpft ihn, seine eigene Bedürftigkeit vor anderen und vor sich selbst zu verbergen.

Herr R

Seine Krankengeschichte beginnt, als er mit schweren Herzrhythmusstörungen, die ihn sehr ängstigen, in die Notaufnahme kommt. Die Klinikärzte machen sich auf die Suche nach somatischen Ursachen und empfehlen ihm letztlich, sich einen Event-/Loop-Recorder implantieren zu lassen, der ein kontinuierliches EKG schreibt. Offenbar greift die Maßnahme: Die Messungen bleiben ohne Befund, es tritt keine weitere Synkope auf, und Herr R ist beruhigt.

Herr R ist mittleren Alters und in einem großen Unternehmen mit etlichen Standorten für Arbeits- und Brandschutz zuständig. Er nimmt seine Aufgabe sehr ernst, nennt sie sogar eine »Herzensangelegenheit«. Konkret hat er Sicherheitsstandards zu prüfen und dafür zu sorgen, dass entdeckte Mängel behoben werden.

In einer kardiologischen Reha, die er in sieben Wochen durchläuft, hat er Gelegenheit, ein paar psychotherapeutische Gespräche zu führen. Sie legen ihm nahe, dass seine Symptome womöglich psychische Ursachen haben, zumal nach Verflüchtigung der Herzbeschwerden eine depressive Verstimmung bleibt, die bis vor deren erstes Auftreten zurückreicht. Deshalb bemüht er sich nach der Entlassung aus der kardiologischen Reha um eine ambulante Psychotherapie.

Probesitzungen bei einer tiefenpsychologischen Psychotherapeutin sagen ihm nicht zu, weshalb er eine Verhaltenstherapie beginnt, von der er anscheinend profitiert. Dennoch kann sie eine zunehmende Erschöpfung nicht verhindern, sodass Herr R eine psychosomatische Tagesklinik aufsucht, in der er die Überzeugung gewinnt, sich intensiver mit seinem Innenleben auseinandersetzen zu müssen. Und so denkt er bereits über das Ende des teilstationären Aufenthalts hinaus an eine Psychoanalyse, die er dann anschließen will.

Seiner eigenen Ursachenforschung zufolge deutet er seine Krankengeschichte als Burn-out. Die letzten Jahre habe er zunehmend mehr gearbeitet, bis keine Zeit mehr geblieben sei, sich zu erholen.

Sucht man in der Lebensgeschichte von Herrn R nach belastenden Ereignissen, dann gibt es mehrere, die zusammengenommen als kumulatives Trauma gewirkt haben könnten.

Als er vor zweiundzwanzig Jahren seine Stelle in dem Unternehmen antrat, in dem er noch heute arbeitet, tat er dies, weil ihm versprochen worden war, alsbald dem alten Chef seiner Abteilung nachzufolgen. Aus erwarteten

Monaten wurden acht Jahre, in denen er sich ständig vertrösten ließ. Er nahm klaglos hin, übergangen zu werden. Denn statt seiner bekam schließlich ein Externer die Stelle. Für Herrn R zum Hohn sei ihm als Begründung nicht nur seine Führungsfähigkeit abgesprochen worden, sondern auch seine Belastbarkeit!

Liest man die Beschreibungen, die Herr R von seinen beiden aufeinanderfolgenden Vorgesetzten gibt, fällt auf, dass er einerseits klaglos hin nimmt, wie übel ihm mitgespielt wird, andererseits aber auch keine Gelegenheit auslässt, die beiden für unmotiviert und unfähig zu erklären.

Genauso nimmt er auch einen gleichrangigen Kollegen wahr, mit dem er seit Jahren das Büro teilt. Dieser Kollege sei pflichtvergessen und sabotiere die Erfüllung ihrer gemeinsamen Aufgaben. Herr R sieht keine Möglichkeit, gegen ihn vorzugehen, zumal er dabei von seinen Vorgesetzten nicht unterstützt werde, da diese ja genauso seien.

Damit sieht sich Herr R Menschen gegenüber, die ihm als das völlige Gegenteil seiner selbst erscheinen – und dafür ungestraft blieben, was, so lässt sich vermuten, seinen eigenen Lebensentwurf infrage stellt oder sogar entwertet. Statt sich zu empören, verachtet er sie, springt aber zugleich für sie ein: Da sie ihren Arbeits- und Brandschutzaufgaben nicht nachkommen würden, entstünden unkalkulierbare Gefahrenherde, die Herr R durch eine Erhöhung seines Arbeitseinsatzes zu beseitigen sucht. Infolgedessen häufen sich seine – unbezahlten – Überstunden, bis er vor Erschöpfung seinen eigenen Ansprüchen nicht mehr gerecht wird.

Zeigt Herr R zeitlebens eine große Leistungsbereitschaft mit den daraus folgenden Leistungserfolgen, so hängen diese Erfolge unter den skizzierten Bedingungen davon ab, seine Bereitschaft immer weiter zu steigern. Seine Entlastungsversuche folgen demselben Muster: Er betreibt seit Jahren Leistungssport. Als Amateur-Radrennfahrer powert er sich körperlich aus, was ihn von seiner Arbeit ablenkt und ihm vermutlich zugleich Zugang zu seinen Aggressionen verschafft, auf deren Hemmung er sonst bedacht ist. Diese Bewältigungsressource verliert er, als ihn ein schwerer Radunfall aus der Bahn wirft. Und mit ihr die sozialen Kontakte, die sich aus dem Sport ergeben haben.

Generell ist Herr R sozial isoliert. War er seit Jahren Single, so hat er vor nicht allzu langer Zeit eine Freundin gefunden, die bei ihm einzieht. Indessen gestaltet sich das Zusammenleben schwierig. In seiner Sicht hält sie, die wohl selbst gehörige Probleme hat, es auf Dauer nicht mit ihm und

seinen Problemen aus. Noch während er in der Tagesklinik ist, verlässt sie ihn. Wie Herr R erzählt, stapeln sich in der Wohnung die Umzugskisten, die sie nicht abholt und die auch er nicht wegschafft.

Dieser irritierende Umstand verweist auf ein generelles Muster. Herr R ist unfähig, sich zu behaupten und sowohl seine Arbeit als auch sein Privatleben bedürfnisgerecht zu gestalten. Stattdessen lässt er sich dominieren und verleugnet seine Wut. Dass seine Passivität für andere provozierend sein könnte und sie geradezu einlädt, ihn auszunutzen, realisiert er nicht.

Diese Haltung trägt narzisstische Züge. Er bekommt nicht, was er verdient, weil er nicht wagt, seine Verdienste einzuklagen, denn die werden ihm dann vielleicht gar nicht als Verdienste angerechnet.

Diese Vermutung lässt sich durch einen lebensgeschichtlichen Rückblick stützen: Herr R hat eine ein Jahr jüngere Schwester, die von Kindheit an kränktelt und später an Multipler Sklerose erkrankt. Sie ist der Mittelpunkt der Sorge ihrer Eltern, die ihre ganze Aufmerksamkeit auf sie richten. Herr R nimmt sich demgegenüber ganz zurück, passt sich an und wird ein braves Kind, das durch Leistungsbereitschaft und Leistungserfolge um die elterliche Anerkennung buhlt. Diese Konstellation hat ihn vorderhand genügsam und leise werden lassen, zugleich aber mit der Zeit schmerzlich gelehrt, das Dulden auf die Dauer nicht glücklich macht.

Wie sehr Herr R einen Nachholbedarf an der Entdeckung und Befriedigung vitaler Bedürfnisse hat, wird in der Tagesklinik deutlich. Nach Anfangsschwierigkeiten kann er die Regression genießen, die ihm dort geboten wird. Sein Arzt erlebt ihn wie einen Jugendlichen.

Herr R sieht seiner Entlassung aus der Tagesklinik mit gemischten Gefühlen entgegen. So kann er sich nicht vorstellen, an seinen Arbeitsplatz zurückzukehren, solange sich die Bedingungen nicht verändert haben. Eine aktive Veränderung traut er sich jedoch nicht zu. Das Unternehmen zu verlassen, fehlt ihm ebenfalls der Mut, da er sich nicht sicher ist, einen gleichwertigen Ersatz zu finden.

Lässt man die rekonstruierte Krankengeschichte von Herrn R abschließend Revue passieren, dann erscheint seine Berufswahl durchaus als eine Wahl mit hoher subjektiver Bedeutung, von der er allenfalls ahnt. Ist es ihm eine Herzensangelegenheit, Arbeits- und Brandschutzbestimmungen durchzusetzen, dann darf als Hauptmotiv die Herstellung von Sicherheit vermutet werden: Sicherheit, die er für andere, aber auch – biographisch gewendet – für sich selbst herzustellen sucht. Geht es um Sicherheitsmaßnah-

men, die vor Gefahren am Arbeitsplatz, speziell vor Bränden schützen, dann mag dies als symbolischer Ausdruck seiner innerpsychischen Verfasstheit gedeutet werden: Brandschutz, so die Vermutung, bietet für Herrn R eine besondere Gratifikation, weil er anhaltend damit befasst ist, sich selbst – um im Bild zu bleiben – daran zu hindern, vor Wut zu entbrennen.

Herr W

Herr W ist jüngeren Alters und arbeitet als Ingenieur. Ihm obliegt es, elektrische Stellwerke und Signalsysteme zu planen. Die Arbeit befriedigt ihn. Und er erledigt sie offenbar gut, wofür eine kürzlich erteilte Beförderung spricht.

Herr W stammt aus einem kleinen Dorf in Ostdeutschland. Dort hatten die Großeltern ein Haus gebaut, in dem er und seine zwei Jahre jüngere Schwester aufgewachsen sind. Noch heute lebt sein Vater dort. Zu ihm pflegt er eine enge Beziehung. So telefoniert er jeden Tag zu einem festen Termin mit ihm und besucht ihn so oft wie möglich. Seine Mutter sieht er seltener, da Vater und Mutter getrennt leben. Sie hat ihren Mann vor Jahren verlassen, da sie mit seiner wenig kommunikativen Art nicht zurechtkam. Vater und Sohn sind sich darin wohl sehr ähnlich.

Herr W, gefragt, ob ihn die Trennung der Eltern belastet habe, verneint dies. Da sie während seines Studiums stattfand, sei er schon zu alt gewesen, um darunter zu leiden. Da er keine Beziehung zu einer Frau hat und wohl auch noch nie hatte, liegt die psychodynamische Vermutung nahe, dass er in Identifikation mit seinem verlassenen Vater besonders vorsichtig ist, auch wenn er angibt, mit seinem Status als Single zufrieden zu sein und sich keineswegs einsam zu fühlen.

Das Haus der Großeltern und Eltern ist für Herrn W seine Heimat und bleibt es auch, nachdem er in die entfernte Großstadt gezogen ist, um dort zu arbeiten. Er lebt in einem kleinen Appartement, das den Eindruck erweckt, gar nicht Lebensmittelpunkt zu sein, zumal er auch seinem wichtigsten Hobby, dem Reparieren von Spielautomaten in einem Verein von Gleichgesinnten, am Herkunftsort nachgeht. Kam er bisher oft und gerne in sein Dorf zurück, so hat sich die Situation nach und nach verändert, da es zunehmend ausstirbt. Herr W konstatiert dies. Wie sehr es ihn berührt, ist nur zu vermuten. Dass er sich Sorgen macht, diesen Ruhepunkt zu verlieren, kann man sich allerdings gut vorstellen.

Die Krankengeschichte von Herrn W beginnt mit schwerwiegenden Magen-Darm-Problemen, die mit der Angst einhergehen, eine lebensbe-

drohliche Krankheit zu haben, was ihn mehrfach in die Notaufnahme führt. Auch fürchtet er, einen Schlaganfall zu bekommen. Diese Vorstellung versetzt ihn in Panik. Seine Versuche, sich mittels Informationen aus dem Internet Klarheit zu verschaffen, schlagen fehl. Sie beunruhigen ihn mehr, als dass sie ihn beruhigen.

In diesem Drama kommt ihm sein Hausarzt zu Hilfe. Als alle medizinischen Untersuchungen keinen somatischen Befund erbringen, bietet er ihm die psychosomatische Hypothese einer stressbedingten Somatisierung an: Zu viel Stress führt zu einer psychischen Überlastung, die sich in somatischen Symptomen äußert. Zusätzlich verschreibt er ihm ein Antidepressivum, das auch schlafregulierend wirkt, da der Patient schon immer unter Schlafproblemen leidet, die sich jetzt verstärkt haben.

Die Erklärung wirkt wie ein Wunder. Und auch jetzt sichert sich Herr W durch eine Internetrecherche ab. Das Stresskonzept leuchtet ihm sofort ein, weil es eine einfache Handlungsanleitung parat hält: Stress vermeiden! Und der Stress, der für ihn auf der Hand liegt, ist arbeitsbedingter Stress.

Dass auch die Situation in seinem Vaterhaus ein Stressor sein könnte, kommt nicht zum Tragen, ist aber psychodynamisch plausibel, da seine Panikanfälle vermutlich erstmals dort stattgefunden haben. So schildert er eine dramatische Szene, in der ihn sein Vater in die Notaufnahme bringt.

Nach seiner Arbeitsbiographie gefragt, skizziert Herr W seine Anstrengungen, zu dem zu werden, was er heute ist. Bereits das duale Studium der Elektrotechnik sei belastend gewesen. Und auch jetzt verlange ihm seine Arbeit als erfahrener Signalingenieur sehr viel an Konzentration und Nachdenken ab. Seine Erkrankung falle mit einer zunehmenden Arbeitsverdichtung zusammen, durch die er sich überfordert habe. Er habe seine Planungsprozesse nicht mehr störungsfrei zu Ende bringen können und dadurch folgenreiche Planungsfehler riskieren müssen.

Zwar trage dafür sein Arbeitgeber die Verantwortung, der sei aber selbst daran interessiert, dass gute Arbeit geleistet wird. Erwartet man, dass sich der Patient über die Anordnung permanenter Umplanungen empört, so finden sich kaum Spuren von Kritik. So habe sein Chef schon von sich aus darauf zu achten versucht, dass die Arbeitsverteilung zu keiner Überforderung führt, deshalb seien auch weitere Mitarbeiter eingestellt worden.

Eher sieht Herr W das Problem bei sich: Er habe die Überforderung zu spät bemerkt und deshalb nichts dagegen unternommen, obwohl es mög-

lich gewesen wäre. Ganz in diesem Sinne reduziert er seine Arbeitszeiten, noch bevor er der Empfehlung seines Hausarztes folgt, sich in eine psychosomatische Klinik zu begeben.

In der Klinik hält Herr W sich sechseinhalb Wochen auf, bevor er auf eigenen Wunsch entlassen wird. Danach gefragt, ob ihm geholfen worden sei, gibt er eine Zunahme der Besserung an, die er bereits durch seine Selbsttherapie eingeleitet habe. Was ihm geholfen habe? Die Distanz zur Arbeit. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit seiner Innenwelt findet nicht statt, wird von seinen Kliniktherapeuten aber auch nicht forciert.

Was Herr W anstrebt, ist die Entwicklung eines Frühwarnsystems, das ihn erkennen lässt, wann ihm eine Überforderung droht, sodass er mittels Entspannungsverfahren rechtzeitig gegensteuern kann. Hinzu kommt die Vorstellung von einer veränderten Lebensführung, die der Vorbeugung dient: Von sportlichen Betätigungen wie Radfahren über gesunde Ernährung, ausreichend Schlaf, häufige Kurzurlaube und die Vermeidung von zu starken Reizen bis hin zu autogenem Training zieht er alles ins Kalkül.

Dabei fällt auf, dass Herr W sehr technisch mit sich verfährt. Spontane Erlebnisberichte gibt es nicht. Wo andere Personen direkt Stress erleben, sucht er nach Hinweisreizen, die ihn auf Stress schließen lassen. Spricht er von Warnsignalen, dann dürfte dies nicht zufällig sein, besteht doch seine Arbeit als Signalingenieur genau darin, einen störungsfreien und damit sicheren Bahnverkehr einzurichten und zu gewährleisten. Generell behandelt Herr W Beziehungen als logistisches Problem, was seine Mitmenschen, vermutlich nicht erst in seinem Berufsleben, irritiert und ihn schnell zum Außenseiter werden lässt.

Sein Hobby, Spielautomaten zu reparieren, weist in eine ähnliche Richtung. Indem er sie repariert, setzt er deren Zufallsgenerator wieder in Gang. Für jemanden wie ihn dürften Zufallsprozesse eigentlich eher ängstigend sein, weil sie sich der Kontrolle entziehen. Sie wieder in Gang zu setzen bezeugt dagegen seine technische Überlegenheit, was ihm seine Angst nehmen mag.

Die Psychotherapeutin, die Herrn W in der Klinik behandelt hat, vermutet einen Asperger-Autismus, was sie aber weder ihm mitteilt noch in den Arztbrief schreibt. Zugleich ringt sie mit sich, ob sie ihn auf seine Auffälligkeiten ansprechen soll. Sie unterlässt es schließlich, weil sie nicht sicher ist, ob sie ihn bis zum Ende des Klinikaufenthalts emotional erreicht. Hinzu kommen behandlungsethische Bedenken: Ist es legitim, die Lebensfüh-

rung eines Patienten zu problematisieren, wenn der keinen Leidensdruck (mehr) hat?

Und in der Tat: Am Ende seines Klinikaufenthalts fühlt sich Herr W genesen. Er kehrt mit reduzierter Arbeitszeit an seinen Arbeitsplatz zurück und kann sich dort mithilfe seiner Techniken besser vor einer erneuten Überforderung schützen, zumal es den Anschein hat, dass der Arbeitgeber mitzieht.

Herr W hat sich wieder in die Obhut seines Hausarztes begeben und allmählich sein Antidepressivum abgesetzt. Eine ambulante Psychotherapie lehnt er ab, weil er befürchtet, sie werde Stress für ihn sein, wobei er zu ahnen scheint, dass er sich dann in seine Innenwelt vertiefen müsste. So begnügt er sich mit der Zuversicht, den psychotherapeutischen Prozess jederzeit wieder fortführen zu können, wenn er es benötigt.

Herr W ist pragmatisch und minimalistisch. Er unternimmt nicht mehr, als er muss, um seine geordnete Welt wiederherzustellen. Eine vertiefte Einsicht in die Psychodynamik seiner Lebensführung strebt er gar nicht an. Es genügt ihm, über Techniken zu verfügen, die verhindern, dass seine Welt in Unordnung gerät und er die Kontrolle verliert. Was genau er zu kontrollieren sucht, lässt sich schwer ausmachen, da er sich selbst nicht dafür interessiert. Es mögen Ängste sein, vielleicht auch Wut. Mehr als Spekulationen erlaubt er aber (bisher) nicht. Sein Selbstheilungsversuch besteht in letzter Konsequenz darin, sich Irritationen und Störungen vom Leib zu halten.

4. Erwerbsarbeit als diagnostischer und therapeutischer Fokus

Unterscheidet man im Leben von Patienten vereinfacht zwischen Erwerbsarbeit und Nichtarbeit, dann schließen wir uns der Position an, die Christophe Dejours (2012, S. 11 f.) vertritt:

»Die Hauptschwierigkeit auf der Ebene der Ursachenforschung besteht darin, den Anteil dessen, was in der Ätiologie einer Dekompensation der Arbeit zuzuschreiben ist, abzuwägen gegenüber dem, was der Privatsphäre oder gar Intimsphäre entstammt. [...] Denn jene Ursachentrennung ist deswegen so schwer durchzuführen, weil die Kategorien Arbeit und Nichtarbeit zwar materiell und räumlich auseinanderfallen. Für das Seelenleben aber ist diese Trennung ohne Belang.«

Ist die Trennung ohne Belang, dann dürfen beide Ursachenfelder weder theoretisch noch therapeutisch gegeneinander ausgespielt werden. Zwar

lässt sich der Fokus auf Nichtarbeit oder Erwerbsarbeit richten. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass es ätiologisch immer um eine Wechselwirkung zwischen den beiden Feldern geht. Wurde dies in der Vergangenheit vernachlässigt, dann meist auf Kosten einer De-Thematisierung des Beitrags, den die Erwerbsarbeit für psychische Gesundheit und Krankheit hat.

Auch in dieser Hinsicht schließen wir uns der Position von Dejours (ebd., S. 53) an und teilen seine Beobachtungen und seine Kritik:

»Nur allzu oft fehlt in den ärztlichen Unterlagen jeder Hinweis auf konkrete Besonderheiten der ausgeübten Tätigkeit und auf den beruflichen Werdegang, jede genauere Angabe über die subjektive Beziehung zur Arbeit und ihre Entwicklung – abgesehen von der knappen Erwähnung des gegenwärtig ausgeübten Berufs auf dem Bogen mit den Verwaltungsangaben, sofern das überhaupt vorgesehen ist. [...] Abgesehen von besonderen Situationen, in denen Patienten ein psychisches Leiden von vornherein spontan mit Arbeit in Verbindung bringen, wirken die Betroffenen meist selbst daran mit, diesen Zusammenhang auszublenden, da sie der Meinung sind, dass ihr Berufsleben ihren Arzt »nichts angeht«, soweit nicht vorübergehende Auswirkungen ihres Gesundheitszustandes auf ihre Arbeitsfähigkeit zu bewerten sind.«

Nimmt man diese Kritik ernst, dann folgt daraus die Notwendigkeit einer sorgfältigen Untersuchung der Erwerbsarbeit eines Patienten. Denn sie ist für dessen gesamtes psychisches Leben relevant. Deshalb gilt es in Anamnese und Therapie herauszufinden, inwieweit die Erwerbsarbeit für einen Patienten ein Risikofaktor oder ein Resilienzfaktor ist. Dabei reicht es nicht, sich ein grobes Bild von seinem Beruf zu machen. Um die latente subjektive Bedeutung einer Erwerbsarbeit zu erfassen, bedarf es einer genauen Vorstellung der »konkreten Besonderheiten der ausgeübten Tätigkeit«. Denn letztlich sind sie es, die im Berufsalltag bewusste und unbewusste Gratifikationen bereithalten.

Gleiches gilt für eine Wiedereingliederung in das Berufsleben. Patienten können nur dann nachhaltig reintegriert werden, wenn sie genau die Gratifikationen erhalten, die sie für ihre psychische Stabilität benötigen. Folglich gilt es, auch in Wiedereingliederungsgesprächen und in einer regelmäßigen Beurteilung der psychischen Gefährdung am Arbeitsplatz darauf zu achten, dass die latente subjektive Bedeutung der konkreten Arbeitstätigkeiten zum Thema wird und Thema bleibt.

5. Erwerbsarbeit: ein zu Unrecht vernachlässigtes Thema in der Psychotherapie

Wird die »Zentralität von Arbeit« (Dejours/Deranty 2010) in Erkrankung und Heilung grundsätzlich anerkannt, dann verlangt dies auch, dass Psychotherapeuten ihre eigene Einstellung zur Erwerbsarbeit selbstkritisch reflektieren. Das schließt eine Reflexion der eigenen Berufswahlmotive ebenso ein wie eine Reflexion der professionellen Deformationen, die aus einer unkritischen Identifikation mit sakrosankten Wissensbeständen resultieren. So teilen wir die Erfahrungen, die Hiller und Hillert (2014, S. 44) beschreiben:

»In psychoanalytischen oder tiefenpsychologisch fundierten Therapien wurde und wird der Krankheitstheorie entsprechend der Fokus auf die frühe Entwicklung beziehungsweise die in der aktuellen Auslösersituation aktivierten frühkindlichen Konflikte gelegt. Wenn im Beruf Probleme eskalieren, dann liege der eigentliche Grund dafür viel früher. Und wenn der Patient über berufliche Probleme berichtet, hätten diese zu einer neurotischen Kompromissbildung sowie zur Aktualisierung der frühkindlichen Konflikte geführt, und er vermeide damit die Auseinandersetzung mit den viel wichtigeren Themen seiner frühen Biographie. Gelegentlich gelten Patienten, denen eine Auseinandersetzung mit ihrer beruflichen Situation wichtig ist, als nicht hinreichend motiviert und introspektionsfähig für eine Psychotherapie.«

Eine solche Haltung wird nicht selten dadurch begünstigt, dass sich viele Psychotherapeuten mit der Erwerbsarbeitsgesellschaft kaum auskennen und deshalb nur rudimentäre Vorstellungen davon haben, welche Gratifikationen sie bietet und wo sie dazu nötigt, psychische Überforderungen und daraus resultierende Überlastungen zu riskieren. Das verwundert letztlich nicht, da solche Themen in den Curricula zur Ausbildung von Psychotherapeuten oder Psychoanalytikern so gut wie nie vorkommen (vgl. den Aufsatz von Sabine Flick in diesem Buch, »Das würde mich schon auch als Therapeutin langweilen« – Deutungen und Umdeutungen von Erwerbsarbeit in der Psychotherapie«).

6. Berufsbezogene Gruppenpsychotherapie?

Erwerbsarbeit und die mit ihr verbundenen psychischen Belastungen fanden in den letzten Jahren durchaus Eingang in psychotherapeutische Behandlungsmanuale. Insbesondere in Rehabilitationsbehandlungen, in denen es zunehmend um die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eines Patienten geht, wurden verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Gruppenpsychotherapieprogramme konzipiert, die Erwerbsarbeit fokussieren (vgl. Hillert/Koch/Hedlund 2007; Koch et al. 2006; Heitzmann/Helfert/Schaarschmidt 2008; Harrach 2007; Beutel et al. 2002).

Am bekanntesten sind die Programme »Stressbewältigung am Arbeitsplatz« (SBA) und »Berufsbezogene Therapiegruppe« (BTG). Beide wurden in das Programm »Gesundheitstraining. Stressbewältigung am Arbeitsplatz« (GSA) integriert (Beutel et al. 2006b).

SBA ist eine verhaltenstherapeutisch ausgerichtete manualisierte Gruppenintervention. Das Programm wird zusätzlich zur stationären Standardtherapie angeboten und ist auf insgesamt acht Doppelstunden angelegt, von denen jeweils zwei Sitzungen ein inhaltlich homogenes Modul zu den Themen Motivation, soziale Kompetenz, Stress sowie Transfer bilden. Es erfolgen eine Auseinandersetzung mit Funktionen der Arbeit und die Präsentation eines Erklärungsmodells (Belastungskreislauf), aus dem Ansätze zur Belastungsreduktion abgeleitet werden.

Es werden Stressanalysen und Grundlagen der Stressbewältigung vermittelt, hinzu kommt eine Reflexion beruflicher Anspruchshaltungen und Zufriedenheitserlebnisse, einschließlich Pausen- und Erholungsverhaltens. Sozial kompetentes Verhalten und das Führen von Konfliktgesprächen werden anhand konkreter Beispiele der Teilnehmer und mit verschiedenen Techniken, wie zum Beispiel Rollenspielen, erarbeitet. Persönliche berufliche Stärken und Möglichkeiten der Weiterentwicklung sind Thema.

Was die Evaluation des Programms betrifft, so zeigt sich das SBA bei einem Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe in puncto berufsbezogener Behandlungszufriedenheit als überlegen, nicht aber in puncto beruflicher Belastungs- und Bewältigungseinschätzungen. Folglich fehlt ein spezifischer Wirkungsnachweis für die SBA-Intervention. Deutlich überlegen ist sie allerdings in puncto einer Reduktion von Berentungsabsichten (vgl. Koch et al. 2006; Koch/Geissner/Hillert 2007; Hillert/Koch/Hedlund 2007).

Die BTG entstammt der Tradition tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und stellt bei der Behandlung berufsbezogener Probleme insbesondere die Gruppendynamik der Teilnehmer als wirkmächtig heraus (vgl. Beutel et al. 2002). Die auf vier Wochen konzipierte, zweimal wöchentlich 90-minütige Gruppentherapie beginnt mit einer Motivationsphase, in der das Interesse an einer Auseinandersetzung mit berufsbezogenen Konflikten innerhalb der ersten zwei Termine entwickelt werden soll.

In der folgenden Bearbeitungsphase sollen die Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern stimuliert, eine kathartische Mitteilung von Gefühlen ermöglicht, eigene Konfliktanteile gespiegelt und Übertragungen bewusst gemacht werden. Dabei dient die Therapiegruppe der Re-Inszenierung von Konflikten und bietet den Patienten zahlreiche Möglichkeiten, sich auseinanderzusetzen, die therapeutisch aufgegriffen werden können (vgl. Beutel et al. 2006a). Übertragungsphänomene im Kontakt zu Vorgesetzten und Mitarbeitern sowie biographische Prägungen mit Auswirkungen in der Arbeitswelt werden bearbeitbar.

Eine Schwierigkeit resultiert aus der Doppelrolle des Therapeuten, der nicht nur therapiert, sondern auch eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung erstellt. Das verführt dazu, den Therapeuten als Retter zu sehen, der arbeits(un)fähig schreibt, Rentenanträge befördert, Umsetzungen befürwortet.

Als mögliche Widerstände gegen die Bearbeitung berufsbezogener Probleme wurden eine gewisse Erholungs- oder Kureinstellung, einseitige externe Attribuierungen von Konflikten am Arbeitsplatz oder Wünsche nach konkreter Hilfe bei der Durchsetzung von arbeits- oder sozialrechtlichen Ansprüchen beschrieben. Dann werden Gruppenleiter von den Gruppenmitgliedern nicht als Therapeuten adressiert, sondern zum Beispiel als Fachleute für arbeitsrechtliche Probleme.

In berufsbezogenen Gruppen lassen sich dementsprechend besondere Konstellationen von Übertragung/Gegenübertragung beobachten, wie etwa projektive Identifizierungen, mit denen Patienten versuchen, Therapeuten zu ihren »Bundesgenossen« zu machen. Gelingt es ihnen nicht, werden diese sofort zu »Gegnern« und als solche »bekämpft« (Beutel et al. 2002).

Evaluationen des BTG zeigen, dass die Teilnahme an diesem Programm insgesamt zu einer günstigeren Bewertung der Behandlung und einer op-

timistischeren Haltung bezüglich der Rückkehr an den Arbeitsplatz führt (vgl. Beutel et al. 2006a).

Vom Grundsatz her ist das Angebot einer berufsbezogenen Psychotherapie zu begrüßen. Freilich fragt sich, wie sich die Fokussierung auf Erwerbsarbeit rechtfertigen lässt. Ist das Therapieangebot additiv, besteht die Gefahr einer realitätsfremden Trennung von Arbeit und Privatsphäre, was zumindest reflektiert werden muss, um einer dauerhaften Spaltung vorzubeugen.

Für eine berufsbezogene Gruppenpsychotherapie sprechen Überlegungen, wie sie aus störungsspezifischen Gruppenpsychotherapien bekannt sind. So darf angenommen werden, dass Patienten, die sich mit ähnlichen Problemen abmühen, auf gegenseitiges Verständnis und Akzeptanz treffen, was nicht nur die Gruppenkohärenz erhöht, sondern auch etliche Modelle bietet, wie mit den Problemen praktisch umgegangen werden kann.

Unserer Auffassung nach sind nur dann nachhaltige Therapieerfolge zu erzielen, wenn Erwerbsarbeit und (übriges) Leben zusammen in eine biographische Rekonstruktion eingebettet werden, die sich für die latenten subjektiven Bedeutungen der Arbeitstätigkeiten interessiert. Es sind diese Bedeutungen, von denen es bei gegebener Vulnerabilität abhängt, ob sich die Arbeitstätigkeiten als Selbstheilungsversuch eignen oder nicht.

Ein solcher Versuch bleibt stets riskant. Denn eine gelungene Abwehr schützt zwar vor psychischer De-Stabilisierung, aber nur so lange, wie sie greift, wodurch sie überwertig wird. Fallen selbstheilende Arbeitstätigkeiten weg, gerät Erwerbsarbeit zu einer schwer erträglichen psychischen Belastung. Statt zu stabilisieren, labilisiert sie.

Wird als Therapieziel verlangt, Patienten wieder arbeitsfähig zu machen, so darf dieses Ziel nicht verfolgt werden, ohne es für den individuellen Fall zu problematisieren. Denn in einer Gesellschaft, in der sich die Gesellschaftsmitglieder über Erwerbsarbeit definieren, bieten Arbeitstätigkeiten vielfältige Situationen, sich zu bewähren oder zu scheitern. Und das nicht nur äußerlich. Denn die jeweiligen Arbeitstätigkeiten formen die psychische Realität der Arbeitnehmer, so wie sich deren psychische Realität in der Art und Weise manifestiert, wie lust- und leidvoll sie arbeiten.

Literatur

- Beutel, Manfred E./Gerhard, Christine/Kayser, Egon/Gustson, Dirk/Weiss, B./Bleichner, Franz (2002): Berufsbezogene Therapiegruppen für ältere Arbeitnehmer im Rahmen der tiefenpsychologisch orientierten psychosomatischen Rehabilitation. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 38, S. 313–34.
- Beutel, Manfred E./Knickenberg, Rudolf J./Krug, Barbara/Mund, Sandra/Schattenburg, Lothar/Zwerenz, Rüdiger (2006a): Psychodynamic focal group treatment for psychosomatic inpatients – with an emphasis on work related conflicts. In: *International Journal of Group Psychotherapy* 56, H. 3, S. 285–305.
- Beutel, Manfred E./Zwerenz, Rüdiger/Hillert, Andreas/Koch, Stefan/Knickenberg, Rudolf J./Schattenburg, Lothar (2006b): Gesundheitstraining Stressbewältigung am Arbeitsplatz (GSA). Ein indikationsübergreifendes Schulungsmodul zur beruflichen Integration in der medizinischen Rehabilitation. Manual. Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Mainz und Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=Manual_%20Gesundheitstraining_am_Arbeitsplatz_GSA.pdf (Abruf am 26.8.2015).
- Dejours, Christophe (2012): *Psychopathologien der Arbeit. Klinische Fallstudien*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Dejours, Christophe/Deranty, Jean-Philippe (2010): The centrality of work. In: *Critical Horizons* 11, H. 2, S. 167–180.
- Harrach, Andor (2007): Psychosomatik der Arbeit – Psychosomatische Berufstherapie. In: Lindner, Joachim/Angenendt, Gabriele/Tschuschke, Volker (Hrsg.): *Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. Grundlagen, Therapiekonzepte und Perspektiven*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 251–276.
- Heitzmann, Berit/Helfert, Susanne/Schaarschmidt, Uwe (2008): *Fit für den Beruf. AVE-M-gestütztes Patientenschulungsprogramm zur beruflichen Orientierung in der Rehabilitation*. Bern: Huber.
- Hiller, Gabriele/Hillert, Andreas (2014): Berufsbezogene Psychotherapie. In: *Der Neurologe & Psychiater* 15, H. 1, S. 44–52.

- Hillert, Andreas/Koch, Stefan/Hedlund, Susanne (2007): Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Ein stationäres berufsbezogenes Gruppenprogramm. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Koch, Stefan/Geissner, Edgar/Hillert, Andreas (2007): Berufliche Behandlungseffekte in der stationären Psychosomatik. Der Beitrag einer berufsbezogenen Gruppentherapie im Zwölfmonatsverlauf. In: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 55, S. 97–109.
- Koch, Stefan/Hedlund, Susanne/Rosenthal, Susanne/Hillert, Andreas (2006): Stressbewältigung am Arbeitsplatz. Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. In: Verhaltenstherapie 16, S. 7–15.
- Siegrist, Johannes/Dragano, Nico (2008): Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben: Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, H. 3, S. 305–312.

