

*Prof. Dr. Jutta M. Bott
Fachhochschule Potsdam
Fachbereich Sozialwesen*

Erkner, 11.04.2013

**HALTUNGEN, VISIONEN UND BERUFLICHE IDENTITÄTEN IM WANDEL –
Salutogenetische Perspektiven der Selbstwirksamkeit und Selbstpflege**

RESILIENZ FÜR PROFIS – PSYCHIATRIE IM WANDEL – MITARBEITENDE IM MITTELPUNKT

Liebe Tagungsteilnehmer, liebe Veranstalter,

ich danke Ihnen für die Einladung und das Vertrauen, das mir durch solch Einladung entgegen gebracht wird. Als der Titel – vom Veranstalter gewünscht – endgültig auf meinem Schreibtisch lag und ich den Flyer las, dachte ich, „welch eine Herausforderung, wie sollen denn diese verschiedenen Aspekte zusammenkommen“ und wie ist die Resilienz im Gesamtkontext der Tagung zu verstehen?

Über den ersten Teil „Haltungen, Visionen und berufliche Identitäten im Wandel“ – darüber kann man kluge Dinge sagen, analysieren, gesellschaftliche Visionen ausbreiten. Aber der zweite Teil „Salutogenetische Perspektiven der Selbstwirksamkeit und Selbstpflege“ zieht die Frage nach sich, worum geht es, wem soll gedient werden? Sollen unter rauen Arbeitsbedingungen – die im Tagungsausschreibungstext, gut auf den Punkt gebracht sind – die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter „tough“ gemacht werden, dass sie physisch und psychisch gesund bleiben und ihre Leistung bringen? Ich stolperte dann noch über die Begrifflichkeiten „Resilienz für Profis“; diese Präposition „für“ anstelle Resilienz von Profis, ließ mich darüber nachdenken, ob es den Veranstaltern darum geht, Konzepte zu entwickeln, zu bekommen, die sie für die Mitarbeiter umsetzen können, dass sie den heutigen Arbeitsalltag schaffen und sich dabei wohl fühlen, gerne arbeiten, es nehmen wie es ist. Ich glaube ganz schlicht, es geht genau darum: Die Arbeitswelt, die Anforderungen wie sie im Einladungstext beschrieben wird, sind vorhanden. Sie lassen sich nicht kurzfristig und vielleicht auch gar nicht zurückfahren. Es dominiert von den Geldgebern, den Trägern der Wiedereingliederungshilfe oft Misstrauen und ein gewisser Kontroll- und Dokumentationswahn und etwas, was ich „immer neue Vorschriften“ nennen möchte, um Leistungsverpflichtungen feinsinnig einzuschränken bzw. anderen Leistungsträgern, die ggf. billiger sind, zuzuschieben.

Ich bitte Sie mir abzunehmen, dass das erst einmal beschreibend gemeint ist. Ich will hier keine Belzebuben aufbauen.

Psychisch kranke Menschen sind da und wird es immer geben. Menschen wollen arbeiten und müssen in dieser postmodernen Gesellschaft ihre Arbeitskraft gegen Geld tauschen. In einer solchen Gesellschaft sind die Rechtsansprüche von Menschen mit Handicaps etabliert, rechtsstaatlich garantiert; also gibt es Leistungsträger und Dienstleistungsanbieter und sie verbindet ein vertragliches Band. Ein Dienstleistungsanbieter selbst hat die Hoffnung, dass Mitarbeiter gesund, stabil, motiviert und willens sind unter den Rahmenbedingungen, die die jetzige Gesellschaft finanziell-strukturell bietet und die er als Anbieter in seiner Art ausgestaltet, ihre Arbeit zu leisten (In Ihrem Falle mit einem christlichen Menschenbild und Verständnis von Arbeit). Werden die Rahmenbedingungen schwierig, so dass Arbeitnehmerinnen und -nehmer darauf mit erhöhten Krankheitsraten reagieren, Motivation und Unternehmenskultur leiden, gibt es zwei Stellschrauben, denn die Klienten können Sie als Anbieter nur wenig beeinflussen, außer dass Sie bestimmte mit bestimmten Klientengruppen nicht arbeiten, kein Angebot vorhalten: 1) die Rahmenbedingungen und Strukturen, unter denen die Arbeit geleistet wird, ändern und 2) die Mitarbeiter stärken, so dass sie die vermeintlichen „Gegebenheiten“ akzeptieren, weitermachen, durchhalten und dabei motiviert sind, sogar Freude empfinden.

Ich will zumindest die dritte Größe, die keine Stellschraube ist, benennen: Die Rechte und auch Ansprüche der Klienten sind seit der Psychiatrie-Enquete gestärkt worden. Die letzten Meilensteine heißen Wahlfreiheit, Servicestellen zur Klärung der Leistungsträger und Persönliches Budget, – was im Psychiatriebereich nur wenig genutzt wird –, die Umsetzung der UN-Behindertenkonvention, die Forderung nach Inklusion statt Integration und bestimmte Gerichtsurteile hinsichtlich der Zwangsmaßnahmen.

Das Ausgangsszenario lautet also: Das Dienstleistungsdreieck Anbieter – Klient/Nutzer – Mitarbeiter hängt voneinander ab. Wenn die Klient/Nutzer-Seite durch unser Dienstleistungs- und Wahlverständnis, durch ethische Ansprüche, für die viele von Ihnen gekämpft haben, gestärkt ist – sich nicht mehr alles bieten lässt, auswählen will – die Leistungsträger meinen weiter sparen zu müssen und durch mehr Kontrollen und Planung den Bereich unter Kontrolle zu halten, bleibt den Anbietern nach vielfältigen Qualitätsentwicklungs- und vermutlich auch Optimierungsprozessen, nichts anderes als sich verstärkt den Mitarbeitern

zuzuwenden. Es ist klar, dass in den Qualitätsprozessen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter natürlich schon betrachtet wurden, dass auch Gesundheitsförderung keine Neuerfindung für den sozialen Bereich ist. Als jemand, der gerne Prozesse anschaut, stelle ich mir natürlich die Frage des Prozesszeitpunktes: Warum jetzt dieses Thema? Was beflügelte die Veranstalter, sich so sehr dem Wohlergehen oder dem Durchhalten der Mitarbeiter zuzuwenden? Vielleicht liege ich mit dem zuvor dargelegten Szenario nicht so falsch? Die Antwort dazu müssen Sie sich selbst im Dachverband BeB geben, dazu weiß ich zu wenig über Sie.

Bevor ich mich dem aufgegebenen Titel zuwende, also die persönliche Seite ausleuchte, die Menschen in den hier zur Debatte stehenden beziehungsorientierten Arbeitsprozessen einbringen, noch ein paar Gedanken zur Resilienz. Erstmals kam ich mit dem englischen Wort „resilience“ 1987/88 in Berührung, als ich mit einem Stipendium nach meinem Psychologiestudium noch ein Jahr in Minneapolis auf die Graduate-School gehen durfte. Innerhalb der „attachment“-Forschung und der „twin studies“ durch Alan Sroufe, Norman Garmazy, Byron Egeland, Ann Masten, Auke Tellegen und vielen anderen des Child-Development Instituts und des Psychiatry-Departments wurde also schon vor 25 Jahren den Fragen nachgegangen, was Kinder stark macht, widrige und schwierige Aufwuchsbedingungen recht unbeschadet zu überstehen. Eines der Langzeitforschungsprojekte dieser gut kooperierenden Institute, wo Empirie und Psychoanalyse keine Erzfeinde waren, die einander bekämpfen mussten, hatte junge, meist farbige Teenager-Mütter auf dem Schirm, die ohne Ausbildung, oft ohne Schulabschluß, in Armutsverhältnissen mit den entsprechenden Indikatoren in den Herkunftsfamilien von zerbrochenen Familien, Alkohol, Drogen usw. sehr jung ihr Kind bekamen. Und die Frage war, wieso wird ein Teil der Kinder psychisch auffällig und ein Teil macht sich prima. Was sind Schutzfaktoren und was sind Vulnerabilitätsfaktoren. Und was ich nie vergessen werde – weil die Forscher selbst so überrascht waren und nicht müde wurden, uns diesen Befund zu erzählen – war, dass als ein wesentlicher Schutzfaktor bei diesen Kindern nicht nur die Bindung an sich ermittelt wurde – die zweifelsohne sehr wichtig ist – sondern der Humor in der Familie, also der Teenagemutter, vielleicht auch der Großmutter usw. Humor hatte einen enormen Einfluß, ob die Kinder trotz widriger Ausgangsbedingungen sich gut entwickelten.

Diese Forschungsrichtung hat dann noch ca. zehn Jahre gebraucht, um sich in Deutschland breit zu verankern. Aber das Konzept der „Resilienz“ erfährt in den

letzten drei, vier Jahren eine merkwürdige Verbreitung. Es gibt nicht nur Tagungen, wie die Ihrige, wo ich es noch nachvollziehen kann, sondern es gab z. B. im letzten Sommer eine Tagung in Görlitz zur „Resilienz der Städte“. Kurz darauf gab es eine Ausschreibung des BMI zum Thema „Urbane Sicherheit – Präventionskonzepte zur zivilen Sicherheit in Sozialräumen mittelgroßer Städte“; unentwegt tauchte darin das Wort „Resilienz“ auf. Unter anderem sollte auf Szenarien der Bedrohung und der Katastrophen durch diese Forschungsprojekte vorbereitet werden, es sollten die Vulnerabilität und ihre soziale und räumliche Verteilung identifiziert werden, Überlagerung von Belastungsfaktoren ermittelt und Typen von Resilienzstrategien definiert werden. Kontrollsicherheitssysteme wie intelligente Videoüberwachung spielte ebenso eine Rolle. Zielpersonen sollten identifiziert werden, die im Zweifelsfalle die Resilienz in den Sozialräumen, in Bevölkerungsgruppen stärken können. Für Mai 2013 gibt es schon wieder eine ähnliche Ausschreibung.

Resilienz wurde damals – mein gutes englisches Lexikon „The Collins“ stammt von jenem Aufenthalt 1987/88 – übersetzt im Bereich der Materialaspekte mit „**federnd**“ und für Personen und Natur mit „**unverwüstlich**“. D. h. im Zeitgeist passiert etwas – Sie ahnen vielleicht meine erneute Frage nach dem Prozess und Zeitpunkt warum jetzt –, dass wir wieder das Individuum in den Fokus nehmen? Sind wir an einem Punkt in dieser globalisierten Welt angelangt, an dem die Prozesse und Strukturen so abgehoben, so abstrakt und vom Kapital und Renditedenken so dominiert scheinen, dass wir die Individuen in häufig nicht gesunden Strukturen „unverwüstlich“ machen wollen/müssen, damit sie möglichst wenig ausfallen? Da Sprache lebendig ist, ist heute 25 Jahre nach dem Erscheinen meines Sprachlexikons die Bedeutung natürlich differenzierter, vermeintlich zeitgemäßer. Aus dem Fachlexikon der sozialen Arbeit: „**Resilienz** ist die Fähigkeit von Individuen, erfolgreich mit belastenden Lebensereignissen und Krisen umzugehen. Resilienz wird als ‚seelische Widerstandskraft‘ verstanden.“¹

Meist ist es sinnvoll den Bedeutungswandel, etymologische Ableitungen mit ins Boot zu nehmen um zu klären, worum es wirklich geht, was da schleichend passiert? Wenn es nicht mehr um „Unverwüstlichkeit“, aber doch „seelische Widerstandskraft“ geht, warum jetzt? Bitte behalten Sie diese Fragen für das Forum. Mich interessieren Ihre Überlegungen und Gedanken dazu sehr.

¹ Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V. (Hrsg.) (2011): Fachlexikon der sozialen Arbeit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 7. Auflage, 719.

Aber nun zu dem, was meinen Teil in dem Vortragsgeschehen dezidiert ausleuchtet. Es geht um die persönlichkeitspezifische Seite.

Berufliche Identität, Visionen, wo es hingehen soll und gelebte Haltungen gehören für mich recht eng zusammen. Dass Identitäten sich im Wandel befinden ist, ist offensichtlich, denn die Berufsgenerationen erleben unterschiedlichste fachliche und gesamtgesellschaftliche Szenarien als Ausgangspunkt ihrer Berufstätigkeit. Die Differenziertheit des heutigen psychiatrischen Systems ist für die jetzigen Berufsanfänger selbstverständlich. Wenn ich meinen Studierenden mit einer gewissen Leidenschaft erzähle, dass das Ganze gerade mal vor gut 40 Jahren mit der Enquetekommission seinen Ausgangspunkt nahm, dann gucken sie mich wohlwollend, freundlich an, aber es ist meine Leidenschaft, dass dieses wertvoll oder wichtig, manches aber auch durch die Zersplittertheit unserer Sozialgesetzgebung ungut ist. Sie sind hineingeboren in eine Warenhausvielfalt des sozialen Systems, und sie wachsen hinein in Dokumentationspflichten, Qualitätshandbücher, deren Prozessleitlinien in bestimmten Arbeitsabläufen für sie durchaus hilfreich sind. Absichern, Haftung, rechtliche Ansprüche – das alles sind Selbstverständlichkeiten, die wir ihnen als Generation hoch entwickelt übergeben haben. Während wir oft entnervt jammern, nehmen sie es einigermaßen gelassen hin. Man darf halt nicht vergessen, dass sie mit ihren 20, 30 Jahren natürlich noch über eine andere Kraft verfügen als Menschen mit jenseits der 50, was nicht heißt, dass letztere nicht leistungsfähig seien. Die von Ihnen das Alter erreicht haben, auf ihre 25-30 Jahre Berufsjahre zurückschauen, werden verstehen, was ich meine.

Wenn wir über den Wandel von Identität sprechen, stellt sich die Frage, ob es eine „Ausgangsidentität“, über die wir Konsens herstellen können, überhaupt gab? Es wäre ein eigener Vortrag, diese Identitäten von vor der Psychiatrie-Enquete von 1975, den Zeitraum 1975 - 1990 zu betrachten, in dem die wesentlichen Änderungen als Folge des Großen und Kleinen Modellverbundes, der Gründung und des Wirkens der DGSP und ihrer Protagonistinnen/Protagonisten und all das, was zur Reform der sozialpsychiatrischen, kommunalen Versorgungsstrukturen und des veränderten gesellschaftspolitischen Klimas gehörte, zu untersuchen. Ich versuche lediglich eine subjektiv gefärbte Skizzierung, was die Menschen, die den Aufbruch trugen, einte:

Wir empfanden die Verhältnisse, dass Menschen hospitalisiert über Jahrzehnte weggesperrt waren ungerecht und menschenunwürdig. Politische Überzeugungen und Werthaltungen wie, jeder hat ein Recht in einer Gemeinde, an einem Ort zu leben, wo er möchte oder herkommt, jeder hat das Recht trotz Handicaps seinem

Leben einen individuellen Stempel aufzudrücken und nicht vorrangig verwaltet oder gar gepeinigt zu werden, standen im Vordergrund. Die Spätschäden der z. T. nicht besser wissend hochdosierten Neuroleptikagaben galten als menschenunwürdig und nicht akzeptabel. Es gab bei vielen – nicht bei allen – ein Misstrauen gegenüber den Medikamenten. Die meisten von uns werden Erfahrungen gesammelt haben, ob schwere Psychosen völlig ohne Medikamente vorbei gehen, ob die menschliche Begegnung der Mitarbeiter reicht. Als die Meinung hierzu über die Jahre differenzierter wurde, blieb aber doch bei vielen der Anspruch: „Verhandeln und nicht nur behandeln“, Ernstnehmen der Empfindungen, Erlebnisse, Nebenwirkungen, so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich.

Die Grundfrage „der psychisch kranke Mensch, das andere, unbekannte Wesen“ versus „es ist nur eine Gratwanderung, dass man selbst evtl. dazu gehört“ wurde von den Psychiatrieengagierten eher in Richtung, es ist nur eine graduelle Linie, die uns trennt, beantwortet.

Heute steht wieder das Pochen auf Professionalität mehr im Vordergrund als in jenen Jahren: „Wir sind die Professionellen, wir sind die Experten, ich bin kompetent“. Professioneller und kompetenter auf Grund von Ausbildung und Umsetzung der Menschenrechte für psychisch Kranke fanden wir uns natürlich gegenüber den bewahrenden Anstaltsmitarbeitern auch. Aber das war m. E. nach die einzige Abgrenzung, die zunächst eine Rolle spielte.

Trotzdem war der Fokus der Argumentation und des Denkens über sich und das Klientel anders als heute, eher kommend von dem politischen Gerechtigkeitsaspekt, Willy Brandts „Mehr Demokratie wagen“, Recht auf Teilhabe, Gemeindepsychiatrie, Leben in der Gemeinde – das war der Ansatz. Es ging nicht so sehr um die eigene Berufsgruppe, diese in Szene setzen zu müssen. Die Berufsgruppen setzen heute auf die Abgrenzung ihrer Profile. Für einen Teil der Profis – abhängig vom Grundberuf und der Prägung – werden psychisch Kranke auch wieder eher zu Menschen von einem anderen, d. h. biologisch-genetisch anderen Ufer.

Was die Identität der Umbruchzeiten auch ausmachte war: Vieles war „**learning by doing**“. Das geht heute gar nicht mehr, für alles brauchen wir ein Zertifikat, einen Abschluß, eine Weiterbildung, viele Titel. Je mehr desto besser. Sich absichern, keine Risiken eingehen, tun, was im Qualitätshandbuch steht, die Grenzen des eigenen Berufsstandes deutlicher beachten u. A. dieser Art spielt heute eine größere Rolle. Grenzen zu überschreiten, strukturelle planerische, administrative und praktische Phantasie, Ausprobieren, Neuland gewinnen hatte in Zeiten der

Psychiatriereform etwas **Lustvolles und Inspirierendes** an sich. Ich sage nicht, das gibt es nicht mehr, aber es ist anders geworden, weil man sich immer ausrechnen kann, dass es vorrangig auf Seiten der Leistungsträger – ob Kranken-, Pflegekassen oder Wiedereingliederungshilfe ist gleichgültig – darum geht einzusparen, die Leistung günstiger und auch effektiver zu bekommen. Mag es im einen oder anderen Falle berechtigt sein, ist mein Eindruck doch, nach vielen Qualitätssparprozessen sind wir fast überall am Ende angekommen.

Das, was sich in der heutigen Berufsidentität manifestiert hat, ist so etwas, was in Zeiten der Reform neu war, nämlich ein **individueller Behandlungs-, oft auch Verhandlungsansatz**. Dazu fallen einem natürlich die Hilfeplangespräche ein. Inwiefern die Mitarbeiter hier noch große Leidenschaft mitbringen, mag dahin gestellt sein. Ich vermute, das ist abhängig davon, was sie in den Hilfeplangesprächen erleben, wenn die Leistungsträger – also Kommunen oder überörtlichen Sozialhilfeträger – mit am Tisch sitzen. In ihren Anfängen ging dieser Aspekt der eigenen beruflichen Identität eher um das möglichst genaue Zuhören, verschüttete Lebensläufe wieder ans Tageslicht bringen wollen, Möglichkeiten schaffen, Fähigkeiten üben, Mut zusprechen, Zeit lassen, aber auch ein bisschen „schieben“ usw. – eben hospitalisierte Langzeitpatienten auf ein Leben in der Gemeinde vorbereiten. Heute bleibt keiner mehr in einer Klinik, dafür gibt es wieder neue Drehtürpatienten. Hilfeplangespräche sind von Zielvereinbarungen geprägt. Wo will ich hin, was hindert mich, das in Angriff zu nehmen, Begründungen, warum Ziele nicht oder noch nicht erreicht wurden, bringen mehr Stringenz in die Gespräche. Der Profi kann sich auch eher daran festhalten, kann den Finger in die Wunde legen, denn er weiß, dass er beim Erläutern gegenüber dem Leistungsträger, warum dieser Klient immer noch vier Stunden die Woche oder vielleicht sogar mehr für das Betreute Wohnen braucht, in die gleiche Situation kommt. Ist Sich-Rechtfertigen, Begründungen suchen, damit natürlich Pathologie festschreiben oder gar ausweiten nicht sogar etwas Wesentliches der Berufsidentität geworden? Sicher nicht gewollt. Der heutige Systemzustand lädt in der praktischen Arbeit ein, sich auf Erhebungsinstrumente der Analyse, Zielbestimmung und Evaluation zu stürzen, sich hinter sie zurück zu ziehen und in der eigentlichen praktischen Arbeit immer weniger das Wachsen lassen von Veränderungsprozessen anzunehmen und positiv drauf zuzuwarten wie mein Chef Peter Kruckenberg es zu nennen pflegte. Anders ausgedrückt begünstigt diese ökonomische „Druck-Realität“ einen technokratischen Zugang und die Ausprägung technokratischer Kompetenzen.

Im Therapiebereich sieht man oft bei VT-Ausbildungskandidaten das sich-Klammern an modularisierte Therapieschritte, das Abarbeiten von immer neuen Hausaufgaben und Übungen. Der Mut und die Neugier auf der Beziehungsebene offen und klar, nicht-ängstlich vor Übertragung und Gegenübertragung zu arbeiten, scheint vielen abhanden gekommen zu sein. Wie kann die beziehungsorientierte Entwicklung wieder mehr Platz einnehmen sowohl im Therapiegeschehen als auch in der sozialpsychiatrischen Betreuung?

Der ständige Kampf um's Geld in allen Einrichtungen des psychiatrischen Systems verändert den Blick. Wer es nicht glaubt, denke nur an die Einrichtungsleiter der engagierten psychiatrischen stationären Heime, wenn sie mit dem Persönlichen Budget und der Ratlosigkeit, wie sie denn ihr Personal finanzieren sollen, wenn sie alles Mögliche aus dem Tagessatz herausrechnen, konfrontiert werden. Erinnerung sei auch an das Getriebensein der ambulanten Dienste, ob psychiatrisch oder somatisch orientiert, wenn eigentlich Zeit und Kraft für Gespräche notwendig wären. Entweder ich wüßte es ab oder mache es in der Minutenpflege auf eigene Kappe.

Eine letzter Hinweis zum Identitätswandel: Ich hoffe, dass viele von Ihnen – zumindest diejenigen, die im Großraum Berlin leben – von dem Tagesspiegel-Artikel von Christiane Tramitz vom 09. März 2013 Kenntnis nehmen konnten: „Unter Ausschluss – Psychisch Kranke, weggesperrt in geschlossenen Abteilungen. Genannt: Geheimheime.“ Wenn das annähernd stimmt, dann bleibt nur Empörung und Ratlosigkeit, was wir da eigentlich tun, was das über unser System, aber auch unsere Berufsidentität aussagt. Sind die Älteren von uns müde und nehmen es hin, dass junge Menschen „austherapiert“ in Pflegeheimen mit Hilfe ihrer ermüdeten Berufsbetreuer und mit Hilfe ermüdeten Betreuungsrichter landen? Noch nicht einmal die Zahl der chronisch Kranken, geschweige denn die Anzahl dieser Heime sind dem Berliner Senat bekannt. Es wird nicht nur ein Berliner Problem sein.

Brauchen wir erneut den Aufbruch der jungen Mitarbeiter, von Leidenschaft für Gerechtigkeit, Menschlichkeit und Fürsorge getrieben, einen erneuten Mannheimer Kreis, eine Demonstration statt auf dem Bonner Marktplatz mit dem Sprecher Klaus Dörner vor über 30 Jahren nun vor dem Bundeskanzleramt? Allein, die Mittel wirken alle stumpf, ausgelutscht, vielfach erprobt – ich weiß nicht, was wir tun sollen, damit Menschen so nicht verschwinden in diesem reichen Land. Wir reden von Inklusion und trotzdem geschieht dies.

Wenn etwas eine Vision war, die die Psychiatriereformer hatten, so war es, dass es abgeschobene, aufgegebene Menschen nicht geben sollte, dass individuell,

wortortnah, ambulant vor stationär, bedarfsorientiert behandelt und gefördert werden sollte. Wenn Sie heute Visionen im Psychatriebereich suchen und auch finden, dann betreffen sie so etwas wie individueller Zugang, Arbeit auf Augenhöhe, Einbeziehung der Gruppen Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige, Beiräte, Stärkung von Eigenverantwortung, frühzeitiges Bedenken von Entlassungsvoraussetzungen, Übergängen in andere Institutionen allgemein, Netzwerkarbeit mit dem Patienten und Netzwerkarbeit, Kooperation mit anderen Anbietern von Leistungen. Der gemeindepsychiatrische Verbund, integrierte Behandlungsmodelle und -verträge sind anzutreffen, aber zu wenige und an zu viele Bedingungen geknüpft. Was von den gut und ernst gemeinten Behandlungsgrundsätzen im Arbeitsalltag auf der Strecke bleibt, ist im Einzelfall anzuschauen. Damit meine ich nicht, was leider anzutreffen ist, dass man plattitüdenhaft alles in seinen Leitbildern auflistet, was politisch korrekt ist, aber es letztlich nicht lebt, sondern weil solche Behandlungsgrundsätze gutes und ausreichendes Personal brauchen. Wenn die Mitarbeiter wegen Überlastung ihre Stellen reduzieren, um ihre persönliche Situation zu verbessern, dafür also auf Geld verzichten und der Geschäftsführer diese Stellenanteile nicht zusammenzieht und neu besetzt, dann brauchen wir weder von Visionen noch von Salutogenese zu sprechen. (Persönliche Anmerkung Evaluationsstudie) Sie sehen, es gibt keine einfachen Wahrheiten über die gelebten und sich wandelnden Visionen. Visionen des heutigen Leitungspersonals im psychiatrischen Bereich betreffen wesentlich die Spielräume, die aus anderen Finanzierungsmodellen her rühren könnten: Regionalbudgets, Sozialraumbudgets und damit ein Vertrauen, dass Profis stationäre und ambulante Versorgung angemessen verschränken, Verantwortung für ein gutes Behandlungssetting für die ihnen anvertrauten Klienten und Patienten übernehmen. Diese Visionen sind interessanterweise oft mit systemischen Behandlungsmodellen und Ansätzen wie need-adapted-treatment, home-treatment verknüpft. Ich sehe noch nicht, dass das die Behandlungsparadigma für die große Mehrheit der Klienten sein werden. Die Gesellschaft ist doch so rauh, dass ein Großteil der Angehörigen aufatmet, wenn die Belastung durch psychisch kranke Angehörige phasenweise durch stationäre Aufenthalte entspannt wird, was natürlich nur ein Aufschub ist. Als letzte Vision sei daran erinnert, dass die psychisch Kranken mit den somatisch Kranken gleichgestellt werden und dass die Versorgungssysteme vor allem für die Schwerstkranken tragfähig sein sollten. Waren sie dieses, dann würden sie auch die Leichterkranken ordentlich betreuen. Auch hier sind wir ins Hintertreffen geraten. Ich habe meine Zweifel, ob die Psychotherapie nicht zu einem großen Teil die

mittelschwer Kranken nur erreicht, dass Therapien gegen wirtschaftlichen Druck, Ängste vor Arbeitslosigkeit nur bedingt etwas ausrichten, die relativ gut gesetzten niedergelassenen Psychotherapeuten nur zu einem geringen Teil Interesse an Schwerstkranken haben. (Persönliche Anmerkung).

Zum zweiten Teil, den salutogenetischen Perspektiven der Selbstwirksamkeit und Selbstpflege. Die Salutogenese ist ein von dem israelischen Forscher Aaron Antonovsky entwickeltes Modell über Entstehung und Erhaltung von Gesundheit. (Folie 1) Gesundheit ist kein statischer Zustand, sondern ein Prozess, wobei eben nicht die Homöostase – Gleichgewicht – als DER Normalzustand im Gesundheitsgeschehen gesehen wird, sondern die Heterostase mit dem Ringen um die Homöostase. Anders ausgedrückt: Ungleichgewicht, Leid und Krisen gehören zu der menschlichen Existenz, und wir bewegen uns auf einem Kontinuum von Krankheit und Gesundheit. Für Antonovsky ist der wesentliche Faktor für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit das Kohärenzgefühl. Kohärenz bedeutet so etwas wie Zusammenhang, also aus Einzelempfindungen einen Gestaltzusammenhang herstellen. Die Komponenten dieses „sense of coherence“ sind Verständlichkeit (comprehensibility), Machbarkeit (manageability) und Bedeutsamkeit (meaningfulness).

Außerdem geht es in dem Modell um die Veränderung der Sicht auf Krankheit und Gesundheit, den Umgang mit Stressoren. Streß, vermutlich eher Eu-Streß, wird als Entwicklungschance, als Herausforderung begriffen, eine Entwicklung Richtung Gesundheit zu nehmen. Sie kennen das alle von sich: Ihr Körper gibt Ihnen ein Signal, und Sie fangen ernsthaft an darüber nachzudenken, was Sie ändern müssen und warum diese „verdammte Maschine Körper“ Ihnen ausgerechnet jetzt Grenzen aufzeigt, Sie sich nicht mehr verlassen können, sondern sich verlassen fühlen. Je mehr man findet, dass einem zusteht, dass dieser Körper einem jetzt doch unterstützen müsse und je mehr wir von Ärzten oder anderen fordern, uns das „ganz schnell“ oder immerhin irgendwann „wegzumachen“, desto mehr werden wir belehrt, dass wir nur begrenzt Herr im eigenen Hause sind. Wenn es gut läuft, werden wir ruhiger, nachdenklicher, sind mehr bei uns und vor allem kehren so etwas wie eine gewisse Demut, Dankbarkeit für kleine Schritte und Verbesserungen und eine gewisse Bescheidenheit ein.

Die Salutogenese ist ein Modell, dass in der Gesundheitsförderung und Prävention, in der Public Health-Diskussion seinen Platz gefunden hat. Weitere Modelle sind das

Modell der Selbstwirksamkeit (self-efficacy) oder das Modell der Kontrollüberzeugungen „locus of control“ (Rotter), auch das Modell der Lage- und Handlungsorientierung (Kuhl) eher für leistungsmotivationspsychologische Fragestellungen entwickelt, steuert etwas bei. Die sozialpsychologischen Modelle gehen der Frage nach, was bringt Menschen dazu ihr Verhalten im Sinne der Gesundheit zu verändern. Natürlich setzen die Modelle verschiedene Akzente, aber es gibt eben auch einen Kanon von Ähnlichkeiten.

Alle setzen an der subjektiven Wahrnehmung und Bewertung von Situationen und Verhalten an. Menschen haben *„ihre Ansichten über die Ursachen und die Vermeidung von Erkrankungen, (also) inwieweit sie glauben, ihr Leben beeinflussen und verändern zu können, ob sie glauben, dass eine Veränderung für sie langfristig von Nutzen ist und die damit verbundenen Schwierigkeiten und Probleme aufwiegen.“*²

(Folie 2) Damit eine Verhaltensänderung stattfinden kann, müssen Individuen:

- *Einen Anreiz zur Verhaltensänderung haben.*
- *Sich durch ihr gegenwärtiges Verhalten bedroht fühlen.*
- *Überzeugt sein, dass eine Verhaltensänderung für sie vorteilhaft wäre und nur wenige negative Folgen mit sich bringen würde.*
- *Sich kompetent fühlen bzw. in der Lage sehen, die Verhaltensänderung auch praktisch durchführen zu können.* (Naidoo & Wills 2010², 215)

Nun stellt sich natürlich die Frage, ob das, was hier für den Bereich der Gesundheitsförderung so einleuchtend klingt, auch auf das Berufsleben so einfach übertragbar ist. Ich versuche es:

Ich muß einen Anreiz zur Verhaltensänderung haben. Zum Beispiel bekomme ich Rückmeldungen, dass ich für die Kollegen, für meine Vorgesetzte mit meinem Verhalten nicht völlig akzeptabel bin. Ich werde bei aller Abwehr mich auch bedroht fühlen, ich werde nach Gründen suchen – vermutlich in der Außenwelt, aber auch in mir und je nach Fortgeschrittensein meiner selbstkritischen Reflexion, mein Inneres durchforsten, was hier dran sein könnte. Die Frage ist dabei, wofür werde ich kritisiert – lege ich den Finger in die Wunde, habe ich Tabus gebrochen, den Kanon der unhinterfragten Selbstverständlichkeiten, die in ein jeder Institution gelten? Ist die Verhaltensveränderung eine sinnvolle Anpassung oder werden Umstände legitimiert, die verändert werden müssten? Und wenn es bei der Gesundheitsvorsorge – lassen Sie

² Naidoo, Jennie/ Willis, Jane: Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Köln 2010, 2. überarbeitete, aktualisierte Neuauflage, 215.

uns den Begriff der Selbstpflege als Pendant begreifen –, darum geht, dass die Verhaltensänderung im Bereich des für mich Möglichen sein muß, dann heißt das für die eigene Situation: Ja, ich kann bestimmte Verhaltensweisen vielleicht aktivieren oder auch neu lernen. Gut gelingt das dann, wenn ich überzeugt bin, dass das notwendig ist. Ich kann mich natürlich auch gegen meine innere Überzeugung anpassen. Und als letzte Variante kann ich lernen, Dinge hinzunehmen. Bei den letzten beiden Möglichkeiten ist die Frage, ob das auf Dauer der Qualität guter psychiatrischer Arbeit, also Betreuungs-, Begleitungs-, Pflegearbeit im weitesten Sinne dient? Wenn ich der Überzeugung bin, dass die Umstände unter denen die Arbeit geleistet wird, zu ändern sind, wird sich eine solche Anpassung in Dimensionen von innerer Emigration, innerer Kündigung, lustlosem Runterarbeiten ohne möglichst auffällig zu werden, bewegen. In diesem Beispiel geht es eher um einen Menschen, der bewusst durchdenkt und sich aus bestimmten Gründen für einen Weg entscheidet.

Was ist aber mit dem Gefühl von Angst? Viele Menschen glauben oder haben auch real keine Chance eine andere Arbeit anzunehmen. Angst ist auf die Dauer ein schlechter Begleiter von Beziehungsarbeit, da sie entweder zu Erschöpfung und Krankheit führt oder sich eines Tages in Form von Aggressionen gegenüber Schwächeren den Weg bahnt. Also auf diese Möglichkeiten der Anpassung zu setzen ist kein guter Weg, eine Institution gesund funktionieren zu lassen.

Ich gebe zu, ich kriege den Bogen bei Ihrem Tagungsthema nicht richtig gespannt, nur beim Individuum, bei der Selbstpflege und Selbstsorge, der Stärkung der eigenen Gesundheitsperspektive zu bleiben, obwohl mir als Psychologin natürlich nichts näher liegt als persönlichkeitsdifferentielle Unterschiede.

Ein neuer Anlauf. (Folie 4) Ich möchte Ihnen die Persönlichkeits-System-Interaktionstheorie von Julius Kuhl vorstellen. Kuhl lehrt Persönlichkeitspsychologie an der Universität Osnabrück, ist jetzt 65 Jahre alt und kommt ursprünglich aus der Forschungsgruppe um Heinz Heckhausen, dem großen Leistungsmotivations- und Entwicklungspsychologen.³ (Folie 5)

Julius Kuhls – wie ich finde Heckhausens genialster Mitarbeiter – komplexe empirisch und experimentell gut fundierte Theorie mit sieben Interaktionsebenen mal eben in fünf Minuten differenziert erklären zu wollen, wäre vermessen. Ich gebe mir Mühe die Aspekte zu vermitteln, die ich finde, dass sie dem Thema dienen. Die

³ (Münster – Bochum – München) – sicher ein konservativer Bildungsreformer, er war ein Meister der großen Rede und sprühenden Ideen.

Systemebenen in Kuhls Persönlichkeitsmodell entsprechen allseits akzeptierten persönlichkeitspsychologischen Grundbegriffen: Gewohnheiten, Aktivierung und Temperament, Anreize und Affekte, Stressbewältigung und Affektregulation, Bedürfnisse, Motive, Ziele und Selbstregulation. Persönlichkeit lässt sich demnach als die für das Individuum typische Art und Weise beschreiben, wie die verschiedenen Systemebenen das Erleben und Handeln steuern. (Folie 6)

Die Kommunikation zwischen dem Ich und dem Selbst wird durch Gefühle gesteuert. Negative Gefühle (Angst, Sorge) aktivieren mehr das bewusste Ich (linke Hirnhälfte). Positive Gefühle (Freude, Bejahung) aktivieren mehr das fühlende Selbst (rechte Gehirnhälfte). Selbstberuhigung und Selbstmotivierung sind zwei wichtige Kompetenzen. Durch Selbstberuhigung regulieren wir negative Gefühle herab und lösen uns von Fixierungen und vom Grübeln. Gleichzeitig wird dadurch der Zugang zum Selbst gebahnt. Das Herstellen von positiven Gefühlen aktiviert das Selbst und die Selbstmotivierung. Wer in einer guten Stimmung ist, dem fällt es leicht zu handeln. Wichtig ist also, dass wir lernen, wie wir negative Gefühle herabregulieren und positive Gefühle herstellen können.

Für eine gute Balance zwischen den Systemen ist es wichtig, aus Anspannung herauszukommen und Kontakt zum Selbst herzustellen. Um das Selbst als Ressource nutzen zu können, muß ein gutes Selbstgefühl vorhanden sein, d. h. seine Entwicklung ist Voraussetzung um Selbststeuerungskompetenzen einsetzen zu können. Wer einen guten Zugang zum Selbst hat, Wechseln kann zwischen intuitiv fühlen und analytisch denken, aber nicht nur denkend lebt, hat die besten Voraussetzungen für Krisenfestigkeit, Ressourcenorientierung, Selbstmotivierung und Selbstwachstum.

(Folie 7) Eine gut funktionierende Persönlichkeit kann zwischen den verschiedenen Systemen wechseln. Man bleibt nicht auf Gefühlen der einen Variante sitzen, sondern kann wechseln zwischen positivem und negativem Affekt. Das ist ein Kennzeichen von emotionaler Dialektik, persönlicher Kompetenz und Intelligenz. Die Kommunikation zwischen dem Ich und dem Selbst wird durch Gefühle gesteuert.

Die Frage ist aber auch, hat ein Mensch eher eine Grundhaltung, aus der heraus er seine Umgebung gestaltet, ist er handlungsorientiert oder erduldet er eher das, was um ihn herum passiert bis hin, dass er sich als Opfer der Umstände fühlt. Handlungsorientierte Gestalter können eher selbstbestimmt wechseln zwischen Optimismus und Problembewusstsein, zwischen positiven und weniger positiven Stimmungen. Es geht nicht darum, ständig guter Laune zu sein, sondern auf seine

Stimmungen Einfluß auszuüben. D. h. um Absichten verfolgen zu können, muß ich auch positiven Affekt hemmen können, um mehr mit dem Ich, dem sog. Objekterkennungssystem z. B. Gelegenheiten genau zu analysieren. Handlungsorientierte Gestalter können also ihre Ziele und Absichten besser umsetzen, weil sie ihre Affekte und Emotionen eigenständig regulieren können. Lageorientierte Menschen, die sich als Opfer der Umstände sehen, brauchen mehr Ermutigung oder Beruhigung von außen, um in die Stimmung zu kommen, aus der heraus sie angemessen handeln können. Dann allerdings können sie auch zur Höchstform auflaufen.

Die Lageorientierten sind auch keine einheitliche Gruppe. Es gibt Menschen, die zögern, sie schieben die Umsetzung der Ziele dauernd auf. Sie können kein positives Gefühl herstellen, sich nicht motivieren, so dass die Handlung in Gang kommt. Dann gibt es Menschen, die erst gar keine Ziele bilden und keine Entscheidungen treffen. Sie fühlen sich durch Ziele belastet, bleiben bei dem, was sie gut können, gewohnt sind. Damit vermeiden sie negative Gefühle, denn sie können Frustrationen schlecht aushalten. Und die dritte Gruppe halten bei Schwierigkeiten nicht durch, sie geben schnell auf. Sie können positive Gefühle herstellen, aber negative nicht lange aushalten. Insofern geben sie bei Schwierigkeiten leicht auf.

Wenn man es kurz zusammenfasst, heißt Lebensgestaltung, dass man einerseits sich damit auseinandersetzt, wie die menschliche Psyche funktioniert und von einer Gefühlsverwaltung zu einer Gefühlsgestaltung kommt und diese wichtigen Kompetenzen Selbstmotivierung und Selbstberuhigung entwickelt. Selbstsorge umfasst aber auch ein gewisses soziales Netz, persönliche nahe und tragende Beziehungen und andere Aktivitäten, Interessen, Hobbies, die wenig bis gar nichts mit dem Berufsalltag zu tun haben, die eine Balance zur Arbeit herstellen.

Was folgt daraus für den heutigen Arbeitsalltag im psychiatrischen Feld unter den jetzigen Rahmenbedingungen? Reicht es, dass Menschen Handlungsmöglichkeiten haben, Teamzusammenhalt gegeben ist, sie einen Sinn in ihren Beruf sehen, sich identifizieren, Probleme im Arbeitsfeld nicht aufgeschoben, ausgesessen werden, so dass man resigniert, sondern angegangen werden? Wenn wir soviel über die Selbststeuerung wissen, wird unsere Zukunft sein, dass Mitarbeiter nicht nur über Ihre Kompetenzen und Abschlüsse gewählt werden, sondern Ihre Belastetheit getestet wird? (Persönliche Anmerkung: PSI)

Ich weiß, dass es ein Unding ist, dass ich das sage, aber welchen Sinn macht Resilienz als großes Oberthema, wenn die Resilienz des Individuums – außer so ganz allgemein, dass sie Arbeiterschutzzrechte nicht verletzt – keine Rolle spielen darf? Bleibt die Ausprägung von Resilienz die Sache des Individuums und seiner Lebensgeschichte? Ich weiß, dass Gesundheitsförderung allgemein in vielen evangelischen Einrichtungen schon länger eine große Rolle spielt und Sie über ihre Qualitätsentwicklungssysteme heißen sie nun EFQM oder proCum Cert die Dinge mit großer Wahrscheinlichkeit strukturell vernünftig angegangen sind. Ich glaube, dass es aber einfach nicht reicht, nur auf diese Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu setzen, da das hohe Maß an Selbststeuerung auch psychische Kosten verursacht. Menschen, die im Burnout gelandet sind, haben nur noch geringe Selbstkontrollfähigkeiten, können dieses Wechselspiel – wie oben aufgezeigt – kaum noch erbringen.

Ich komme zum Abschluß: Eine Vision, die bislang nicht zur Rede kam und die ich auch in Ihrem Tagungsprogramm vermisse, ist der Mut und die Zivilcourage bei aller Resilienz. „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (WHO-Charta, Ottawa 1986)

„Es ist ein schmerzlich irrer Glaube, dass Zivilcourage nur im Zusammenhang mit welterschütternden Ereignissen bewiesen werden kann. Im Gegenteil, die größten Anstrengungen kostet sie oft in jenen kleinen Situationen, in denen die Herausforderung darin besteht, die Ängste zu überwinden, die uns überkommen, wenn wir über unser berufliches Weiterkommen beunruhigt sind, über alles, was den ruhigen Verlauf unseres ... Lebens stören kann.“ (Joseph Weizenbaum, 12. September 2007)

Und da gibt es ja genügend Beunruhigendes in diesen Zeiten. Aber das ist jetzt ein zu weites Feld wie Fontane es zu sagen pflegte.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Folie 7:

So ist das Leben und so muss man es nehmen, tapfer, unverzagt und lächelnd – trotz alledem.

Rosa Luxemburg