

Dieter Kleiber

## Psychosoziale Situation der Helfenden

Die berufliche Entwicklung wird von Angehörigen helfender Berufe nicht selten als ein Prozess erlebt, in dem das persönliche *emotionale Engagement zu schwinden droht*, in dem das Gefühl *persönlicher Leistungsfähigkeit verloren gehen* und *Distanzierungsbedürfnisse gegenüber Klienten entstehen können*. Dies zeigen Interviews, die wir mit Sozialarbeitern, Psychologen, Pädagogen, Ärzten und Angehörigen anderer „helfender Professionen“ durchgeführt haben, die nach mehrjähriger Berufstätigkeit an einem interdisziplinären universitären Weiterbildungsstudium teilgenommen haben. Obwohl die meisten unserer Gesprächspartner ihren Job als vielfältig, abwechslungsreich und interessant beschrieben, fühlten sich einige „ausgelaugt und fertig“, meinten, inzwischen „das Mitleid verlernt“ und die „Spontaneität verloren“ zu haben. „Wenn du nicht mit sehr viel Selbstvertrauen ausgestattet bist, verlierst du den Rest bei dieser Arbeit“, meinte eine Studienteilnehmerin und war sich mit anderen darin einig, „dass man mit der psychosozialen Arbeit so gut wie nichts ausrichten könne“. In einer parallel durchgeführten Fragebogenerhebung wurde die Ursache dafür mehrheitlich der Tatsache zugeschrieben, dass die „Möglichkeiten der Dienststelle nicht ausreichen, um den Klienten angemessen helfen zu können“. Dadurch, aber auch weil viele Therapeuten von Klienten und Kollegen *Feedback* vermissen, entstehen oftmals *Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle*, die zu Problemen in der psychosozialen Praxis führen können. *Unklare Erfolgskriterien*, die geradezu ein Kennzeichen psychosozialer Arbeit sind, führen im Zusammenhang mit *unklaren Aufgabenbeschreibungen* nicht selten zu dem Gefühl, nie mit der Arbeit fertig zu werden und den (eigenen) Ansprüchen nicht zu genügen. Immerhin 14% der Befragten hatten nach zwei- bis sechsjähriger Berufspraxis den *Glauben an die eigene Wirksamkeit vollkommen aufgegeben*.

### Problemfeld 1: Ein unmöglicher Beruf

Solche Erfahrungen sind so neu nicht: Was die von uns befragten BerufspraktikerInnen 1984 zu Protokoll gaben, hatte Freud bereits vor mehr als 50 Jahren (1937) dazu veranlasst, die Tätigkeit des Analytikers als *unmöglichen Beruf* zu bezeichnen, weil man sich dessen *unzureichenden Erfolges* von vornherein sicher sein könne.

Freud hatte allerdings den Blick auf die *persönlichen* Anforderungen an die Helfer gelenkt: Eine ‚erfolgreiche‘ Berufsausübung setze nämlich voraus, dass der Therapeut aus seinen „Irrungen und Irrtümern“ so viel gelernt habe, dass er die schwachen Punkte der eigenen Persönlichkeit nicht nur kenne, sondern auch unter Kontrolle bekommen habe. Dies wird natürlich immer nur in Annäherung möglich sein. „Es hat also seinen guten Sinn – so heißt es bei Freud –, wenn man vom Analytiker als Teil seines Befähigungsnachweises ein höheres Maß an seelischer Normalität und Korrektheit fordert; hinzu kommt auch noch, dass er eine gewisse Überlegenheit benötigt, um auf Patienten in gewissen analytischen Situationen als Vorbild, als Lehrer zu wirken.“ (Freud 1937, S. 387). Da die Einhaltung dieser hohen Ansprüche keineswegs als gesichert gelten kann, schlug er eine *Eigenanalyse* zur Vorbereitung auf die künftige Tätigkeit vor, eine Prozedur, die heute als *Lehranalyse* Voraussetzung und Teil der psychoanalytischen Ausbildung ist. In anderen Therapieschulen ist sie heute als *Eigenthherapie*, als *berufsbezogene Selbsterfahrung* etc. ebenfalls zum Bestandteil des Befähigungsnachweises geworden und gewinnt zunehmend an Bedeutung. „Jeder Analytiker – so Freud – sollte periodisch, etwa nach Verlauf von fünf Jahren, sich *wieder* zum Objekt der Analyse machen, ohne sich dieses Schrittes zu schämen.“ Was heute als *Konzept des lebenslangen Lernens* zur Begründung der Notwendigkeit berufs- und praxisbegleitender Fort- und Weiterbildungen und Supervision diskutiert wird, begründet bei Freud den Übergang von einer endlichen zur unendlichen Analyse.

## *Problemfeld 2: Einschränkungen der psychosozialen Gesundheit von Helfern*

Wie steht es aber mit der Forderung eines höheren Maßes an seelischer Gesundheit bei den FachkollegenInnen der *helfenden Professionen*? Nehmen wir einige Beispiele:

1. *Ehescheidungen/Trennungen/Sorgerechtsprobleme*: An der Spitze der Statistik von Scheidungsquoten, die nach Berufen getrennt erhoben worden sind, stehen Psychologen gemeinsam mit Schauspielern, Schriftstellern und bildenden Künstlern. Zudem scheinen Angehörige helfender Berufe vergleichsweise häufiger „Anträge auf amtliche Regelung der elterlichen Sorge“ zu stellen.
2. *Psychiatrische Erkrankungshäufigkeit*: Bei in Kliniken arbeitenden Ärzten gegenüber Nichtärzten wurden in amerikanischen Untersuchungen erhöhte Raten von Alkoholismus, Medikamentenmissbrauch (Drogenabhängigkeit) und affektiver Störungen diagnostiziert. Der Medikamentenabusus soll unter amerikanischen Ärzten sogar 30- bis 100mal so hoch sein wie in der Gesamtbevölkerung. Als „Erklärung“ für diesen Sachverhalt wurde immer wieder auf eine erhöhte „Verfügbarkeit“ und „Griffnähe“ von Medikamenten für Ärzte hingewiesen. Zum allgemeinen Erstaunen ließen sich analoge Missbrauchsdaten bei Apothekern nicht finden, für die das Argument der Griffnähe noch eher greifen dürfte. Schließlich sind offenbar auch die Selbstmordraten bei Ärzten deutlich höher als in anderen Bevölkerungsgruppen. Dies wurde für die USA und für Großbritannien gleichermaßen gefunden.

Dabei entwickeln Ärzte im Unterschied etwa zum Krankenpflegepersonal oder zu psychotherapeutisch Tätigen eher eine Abschirmhaltung gegenüber ihren Patienten (als Bewältigungsstrategie) und konzentrieren sich in der Regel auf die Betrachtung körperlicher Befunde. Viele von ihnen arbeiten auch heute noch nach einem *Maschinenmodell des Menschen*, in dem für Mitgefühl, persönliches Miterleben und -leiden nur wenig Platz bleibt. Deshalb ist zu vermuten, dass sie vergleichsweise weniger belastet sind als andere psychosozial tätige Berufsgruppen. Im Vergleich etwa mit Krankenschwestern verbringen

sie überdies deutlich weniger Zeit mit ihren Klienten, sind weniger involviert und mit den Klientenproblemen identifiziert als das Krankenpflegepersonal. Eigene Untersuchungen über „Stress und Burnout in helfenden Berufen“ (vgl. Enzmann/Kleiber 1989) bestätigen die Vermutung: Erzieher und Sozialarbeiter zeigten deutlich höhere Überdrusswerte als Ärzte. Gleiches gilt für „Gereiztheit/Belastetheit“ sowie für (präklinische Formen der) Depression.

## *Problemfeld 3: Sie wissen nicht, was sie tun*

Während auf der einen Seite psychosoziale Arbeit – gerade auch im Suchtbereich – zu einem etablierten Aufgabenfeld geworden ist, das aufgrund steigender Problemraten weiterentwickelt und ausgebaut werden sollte, wächst auf der anderen Seite die Unsicherheit bzgl. der Frage, ob psychosoziale Arbeit und *ob* Suchtarbeit überhaupt erfolgreich sind, *wie* sie wirkt und insbesondere *warum* sie wirkt. Eine Einschätzung des *ob* stößt oftmals auf große (bis heute nicht überwundene) Schwierigkeiten: Angesichts hoher Rückfallraten erscheint keineswegs automatisch klar oder einfach bestimmbar, was als Erfolg oder Misserfolg angesehen werden kann. Können oder sollen wir uns auf „Erfolgseinschätzungen“ der Professionellen verlassen? Können wir uns auf die Angaben der Klienten verlassen? Worauf kommt es eigentlich an; auf Symptomreduktion, ein besseres Sich-Zurechtfinden, auf die subjektive Befindlichkeit oder ein besseres Funktionieren? Was ist, wenn ein/eine Klient(in) vorgibt, von einer Therapie nicht zu profitieren, der/die Partner(in) oder die Angehörigen eine stationäre Therapie als unausweichlich ansehen? Was passiert mit den oftmals verstörten Eltern, den zerstörten Familienbeziehungen? Welche Bedeutung kommt den „Erfolgs“-Beurteilungen außen stehender Personen, z.B. Partnern, Angehörigen, Freunden/innen, Kollegen/innen zu? Was sind langfristige und kurzfristige Effekte der psychosozialen Arbeit?

Offensichtlich hängt es in sehr starkem Maße von der jeweiligen Perspektive ab, was als Erfolg oder Misserfolg beurteilt wird. Dies macht es für Klienten und Therapeuten ebenso nötig wie schwierig, zu verbindlichen Beurteilungen der Therapieprozesses zu kommen.

#### *Problemfeld 4: Mangelnde Wirksamkeit der psychosozialen Praxis*

Während die erste Aufschwungphase der Etablierung suchtherapeutischer Ansätze in der Bundesrepublik Anfang der 70er-Jahre von euphorischen Einschätzungen über die Wirksamkeit geprägt war, ist heute vergleichsweise mehr Skepsis an der Tagesordnung. *Das Fundament ist breiter, gleichzeitig aber bröckeliger geworden.*

Weitere Momente der Verunsicherung kamen hinzu: Ein Vergleich von *Laien und Experten* hinsichtlich ihrer therapeutischen Wirksamkeit erbrachte Argumente für die *Bedeutung unspezifischer Therapiefaktoren*. Auch wenn es die Experten schmerzt, liegt hier vielleicht ein Schlüssel für die Rückbesinnung auf Kräfte der Selbsthilfe, der „Laienhilfe“ sowie der sozialen Unterstützung durch Freunde, Verwandte und Familienmitglieder.

Auch wenn Therapiekonzepte und -strategien von Therapeuten den Erfolg einer Therapie ohne Zweifel mitbedingen, sind sie offenbar nur *eine notwendige, nicht aber hinreichende* Bedingung für den Therapieerfolg. Vor allem allerdings so genannte YAVIS-R-Persönlichkeiten, also KlientInnen, die jung (young), attraktiv, verbalisierungsfähig, intelligent, erfolgreich (successfull) und reich sind, profitieren von einer Therapie. Die Gründe dürften u.a. darin liegen, dass solche KlientInnen ihre TherapeutenInnen ob größerer Ähnlichkeit eher als Modelle annehmen können, sie gleiche Sprachcodes (Mittelschichtsprache) verwenden und sie ähnliche Normen und Wertüberzeugungen haben. Erwartungsgemäß zeigen zusätzlich diejenigen geringe Erfolge, die negative Einstellungen zur Behandlungssituation mitbringen. Wer dagegen bereitwillig über seine Gefühle sprechen mag/und kann sowie den Willen zur Veränderung mitbringt, hat natürlich bessere Erfolgsaussichten als verschlossene, sich der persönlichen Interaktion entziehende Klienten. Therapeuten – so wird vermutet, haben vor allem eine Veränderungen katalysierende Funktion.

#### *Problemfeld 5: Handlungsfehler infolge von Nichtbeachtung der Komplexität, Vernetztheit und Unüberschaubarkeit des psychotherapeutischen Arbeitsfeldes*

Etwas Weiteres kommt hinzu: *Jede* Form psychosozialer Intervention produziert Veränderungen. Manche sind erwünscht, andere dagegen nicht. Interventionen greifen regelmäßig in einen so komplexen Gesamtprozess ein, dass positive wie negative Veränderungen keineswegs zwangsläufig als Folge bzw. Effekt der Interventionen gedeutet werden müssen. Der Soziologe Willke (1988) hat deshalb dafür plädiert, von der prinzipiellen *Unwahrscheinlichkeit erfolgreicher therapeutischer Intervention* auszugehen. Die ein bestimmtes Erleben und Verhalten beim Klienten bedingenden Einzelfaktoren und ihr Zusammenspiel bilden ein so komplexes System „organisierter Komplexität“, dass es eines so gut wie gar *nicht* mehr gibt: *klare Ursache-Wirkungs-Beziehungen*. Therapie ist deshalb zwingend *Handeln unter Risiko*, weil in komplexen Wirkzusammenhängen jedes Handeln mehr unbeabsichtigte als beabsichtigte Wirkungen hat. Was wir als unverständliche Eigendynamik, als Fehlschläge, Misserfolge oder Komplizierungen des psychotherapeutischen Prozesses erleben, hat viel damit zu tun, dass die psychosozialen Profis (zum Glück?) den Operationsmodus und die Eigendynamik z.B. eines Familien- oder Drogenscene-Systems weder vollständig verstehen, geschweige denn beeinflussen *können*. Darin liegt der Grund, warum es sinnvoll, ja sogar notwendig ist, bis zu einem gewissen Grade von der *Unvermeidbarkeit von Fehlern und Fehlschlägen* (vgl. Kleiber/Wehner 1988) auszugehen, identifizierte Fehler und Misserfolge offen zu legen und zu diskutieren, um aus ihnen lernen zu können.

#### *Problemfeld 6: Stress und Burnout in helfenden Berufen*

Im Vergleich zu anderen Formen beruflicher Arbeit hat die psychosoziale/psychotherapeutische Arbeit einige spezifische Merkmale, die zu Quellen spezifischer Belastungsreaktionen werden können, die unter dem Stichwort „Burnout“ als Belastungsreaktionen beschrieben und

untersucht worden sind, die vor allem bei Menschen auftreten können, die "People work" (Arbeit, bei der Mensch-Mensch-Interaktion zentral ist) verrichten.

1. Psychosoziale Handlungsstrategien sind bis heute in deutlich geringerem Maße professionalisiert als z.B. medizinische, juristische oder gar Tätigkeiten im Bereich der industriellen Produktion. Das bedeutet nicht nur eine Einbuße „professioneller Identität“, sondern auch einen Verlust an „Qualitätsstandards“, die als Bezugssystem für die Selbstbewertung berufsbezogenen Handelns dienen können.
2. Typisch für die psychosoziale Arbeit ist (s.o.) dass sie in einem engen *Person/Person-Kontakt* stattfindet und dabei die Qualität der Arbeit wesentlich von der Person des Therapeuten abhängig ist.
3. Aufgrund der schlecht operationalisierbaren Erfolgs-/Misserfolgskriterien psychosozialer Arbeit kommt es zu einem Mangel an Feedback, der die Handlungsoptimierung erschwert.
4. Psychosoziale Arbeit ist in der Regel emotional hoch beanspruchend und ist dies auch, weil sie Arbeit mit und an Beziehungen ist und überdies regelmäßig höchst intime und private Dinge besprochen werden.
5. Psychosoziale Arbeit ist immer eine Arbeit in Widerspruchsfeldern, wo Grenzen z.B. zwischen Hilfe und Kontrolle, Förderung von Selbsthilfe und Empowerment und Vernachlässigung immer wieder neu bestimmt werden müssen. (Deshalb ist psychosoziale Arbeit weniger leicht routinisierbar.) Aufmerksamkeitsentlastende Routinen sind nicht nur schwer auszubilden, sondern würden die Effektivität einer Arbeit, die sich an den Bedingungen des Einzelfalles auszurichten hat, auch begrenzen.

Solche „*allgemeinen*“ Merkmale psychosozialer Arbeit, die als Stressoren wirken können, werden in bestimmten Handlungsfeldern durch zusätzliche *spezifische Stressoren* noch ergänzt. Im Bereich der Drogen- und Suchtarbeit oder in der Arbeit mit chronisch Kranken beispielsweise sind geringe Effizienzraten an der Tagesordnung.

In der sozialwissenschaftlichen Forschung wird seit Mitte der 70er-Jahre ein Belastungssyndrom untersucht, das als Burnout-Syndrom

populär geworden ist. Als Initiator der Burnout-Diskussion gilt der Analytiker Freudenberg (1974), der den Begriff „Burnout“ eingeführt hat, um seine Beobachtung zu beschreiben, demnach häufig besonders aufopferungsvolle, pflichtbewusste und engagierte Mitarbeiter aus *Selbsthilfe-, Kriseninterventions- und Drogeneinrichtungen* gefährdet seien, zunächst körperliche Symptome von Müdigkeit und Erschöpfung auszubilden, bevor sie zu reizbaren, misstrauischen und halsstarrigen Mitarbeitern würden, bei denen negative und sogar zynische Einstellungen zur Arbeit und zu den Klienten vorherrschen, die gepaart mit Anzeichen einer Depression auftreten.

Im Zusammenhang mit Burnout wurden eine Reihe von Befindensbeeinträchtigungen beschrieben, die mit einer Minderung des Wohlbefindens, der sozialen Funktionsfähigkeit und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit einhergehen. Berichtet wurden „ein großer Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen“, „permanente Müdigkeitsgefühle“, ein „verstärkter Gebrauch von Suchtmitteln“, „Rückzug aus berufsbedingten Kontakten“, „wachsender Zynismus“, „psychosomatische Erkrankungen“, „erhöhte Fehlzeiten“, aber auch „Ehe- und Familienprobleme“. Von Burnout betroffene Personen erleben diese Fehlentwicklung in der Regel als eigenes Versagen und kämpfen mit Schuldgefühlen. Die heutzutage wohl wichtigsten Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Burnout-Syndroms basieren auf *stresstheoretischen Überlegungen*. Hier wird Burnout als Belastungsreaktion beschrieben, die durch Stressoren hervorgerufen bzw. durch mangelnde Bewältigungskompetenzen (Coping) begünstigt wird. Andere Perspektiven fußen z.B. auf den Konzepten zur professionellen Selbstwirksamkeit sowie sozialen Vergleichsprozessen.

## Hilfen für die Helfer

Bei vielen Autoren finden sich Vorschläge zur Minderung der Burnoutgefährdung (vgl. Tabelle). Bei den dort benannten Maßnahmenbündeln kann grob zwischen organisations- bzw. personenbezogenen Aktivitäten und übergreifenden Maßnahmen differenziert werden, denen eine indirekte Wirkung der Förderung bzw. des Erhalts der Gesundheit zugesprochen wird.

Tabelle: Burnoutpräventive und -korrektive Maßnahmen

Pines/Aronson/ Kafry 1981	Burisch 1989	Rudow 1994
<i>Organisationsbezogene Maßnahmen:</i>	<i>Organisationsbezogene Maßnahmen:</i>	<i>Organisationsbezogene Maßnahmen:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduktion der Fallzahlen</li> <li>- Zeit zum Ausspannen bei der Arbeit</li> <li>- Begrenzung der Arbeitszeiten für stresshafte Aufgaben</li> <li>- Auswahl der Arbeitsaufgaben durch die Mitarbeiter selbst</li> <li>- Vermittlung von realistischen und ausgewogenen Vorstellungen über die Beziehungen zu Klienten</li> <li>- Sensibilisierung für Gefahrenzeichen des Ausbrennens und Überdruss in der Ausbildung</li> <li>- Angenehme Gestaltung der Arbeitsumgebung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Förderung von Selbsthilfe und Supervision</li> <li>- Organisationsentwicklung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestaltung von Arbeitsaufgaben</li> <li>- Gestaltung der Arbeitszeiten</li> <li>- Vermeidung von Fehlbeanspruchung</li> <li>- Gesundheitszirkel</li> </ul>

- Reduktion bürokratischer Hindernisse
- Formulierung klar umrissener Arbeitsziele
- Rückmeldung an die Mitarbeiter (Gratifikationen)

<i>Personenbezogene Maßnahmen:</i>	<i>Personenbezogene Maßnahmen:</i>	<i>Personenbezogene Maßnahmen:</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fort-/Weiterbildung</li> <li>- Der eigenen Tätigkeit Sinn/Bedeutung verleihen</li> <li>- Erfolgserlebnisse wahrnehmen und herbeiführen</li> <li>- Aufgabenwechsel bei vielfältiger Tätigkeit</li> <li>- Flow-Erlebnisse ermöglichen</li> <li>- Selbstverwirklichung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bescheidenere Zielsetzungen</li> <li>- Erhöhung der Fähigkeit zur psychischen Selbstversorgung</li> <li>- Förderung von Selbstakzeptierung</li> <li>- Förderung der Autonomie</li> </ul> <p><i>Allgem. Maßnahmen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enttabuisierung von Burnout</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stressinokulationstraining</li> <li>- Angstbewältigungstraining</li> <li>- Belastungsmanagement-Training</li> <li>- Verhaltenstrainings</li> <li>- Fort-/Weiterbildung z.B. in personenzentrierter Gesprächsführung</li> </ul>

Bei der Mehrzahl der Maßnahmen handelt es sich bis heute leider um weitgehend ungeprüfte Vorschläge. Von den wenigen bisher evaluierten Burnoutinterventionen zielten nur wenige auf direkte Veränderungen arbeitsorganisatorischer Bedingungen, waren also so genannte Organisationsentwicklungsprojekte, während sich ungleich mehr auf personenbezogene Interventionen wie Burnoutworkshops oder Stressbewältigungstrainings bezogen.

Mit der Entwicklung von Public Health in der Bundesrepublik zeichnet sich diesbezüglich jedoch eine Veränderung ab, durch die der

Blick stärker auf (mangelnde) arbeitsorganisatorische Bedingungen im medizinisch-psychosozialen Bereich gelenkt wird (vgl. im Überblick Schaufeli/Maslach/Marek 1993) und Maßnahmen zur „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung“ eingefordert, entwickelt und evaluiert werden. Mit Bezug auf die Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1981) entstanden Initiativen in Krankenhäusern, Schulen und Betrieben zur Gestaltung von „gesunden“ Arbeitswelten.

Mit Bezugnahme auf neuere Ergebnisse der Burnoutforschung erweist es sich als besonders wichtig und aussichtsreich, nach Möglichkeiten zu suchen, wie *Zeitdruck* – unter dem viele Mitarbeiter leiden – verringert, *tägliche Ärgernisse (daily hassles)* reduziert und wie ein höheres Maß an *Erfolgssicherheit* in der Arbeit erlebt werden können.

Wer unter *Zeitdruck* leidet, wer nicht genügend *Zeit* hat, die Arbeit so zu tun, wie man es erwartet, wer nicht wenigstens zeitweilig wirklich ungestört arbeiten kann und wem es schwer fällt, Erfolgskriterien für die eigene Arbeit zu benennen, hat in der Regel ein erhöhtes Risiko, emotionale Erschöpfung zu entwickeln. Klare Ziele in der Arbeit festzulegen, Teilziele zu bestimmen, die realistischerweise auch erreicht werden können und deren Erreichung auch geprüft werden kann, erhöhen die Chance für Erfolgserlebnisse. *Zeitdruck* kann z.B. durch verbessertes "*Time management*", durch bessere Absprachen bei Dienstplänen und eine realitätsbezogene Arbeits- und Handlungsplanung reduziert werden. Die Identifizierung persönlich bedeutsamer alltäglicher Stressquellen (*daily hassles*) anhand von Belastungstabellen und Belastungstagebüchern kann ein erster Schritt sein, um sich darüber klar zu werden, welche persönlichen Stressquellen, -situationen, -symptome und -reaktionen existieren und wie das persönliche Bewältigungsverhalten verbessert werden kann. Im Grundsatz gilt dabei: Aktive und realitätsverändernde (die Stressquellen beseitigende) Strategien sind wirkungsvoller als vermeidende und passiv-reaktive. Dies gilt allerdings nicht für chronisch auftretende und nicht veränderbare (kontrollierbare) Stressoren. Hier bleiben nur Adaptation an das Unveränderliche oder Flucht.

Eine Längsschnittstudie von Kleiber/Enzmann/Gusy (1993), die das Ziel hatte, Kausalfaktoren für die Burnout-Entwicklung zu ermitteln, ergab, dass auch die Burnout-Dimensionen „*reduziertes*

*Wirksamkeitserleben*“ und auch das Ausmaß der „*Depersonalisierung*“ entscheidend durch das Ausmaß erlebter „*Erfolgsunsicherheit im Beruf*“ beeinflusst wird. Ganz wichtig dürfte es deshalb sein, nach Möglichkeiten zu suchen, wie Erfolge in der Arbeit überhaupt möglich und sichtbar werden. Helfen können hierbei Kolleginnen und Kollegen (vgl. Gusy 1995), aber auch das persönliche *Support-System* (Familie, Angehörige). *Soziale Unterstützung* von Kollegen und Vorgesetzten und deren *Rückmeldung* über Vorgehensweisen, Interventionsstrategien und Arbeitserfolge tragen zur Bildung innerer Standards zur Beurteilung der eigenen Arbeitsleistung bei. So verringert sich durch soziale Unterstützung die „*Erfolgsunsicherheit*“ im Beruf und in Folge auch das Ausmaß an Burnout. Insofern ist vermehrtes „*wechselseitiges positives Feedback*“ über Arbeitsergebnisse ein entscheidend wichtiges Agens im Kampf gegen Burnout. Sofern *Teamsitzungen, Supervision oder Weiterbildungsveranstaltungen* dazu genutzt werden, z.B. in Rollenspielen positive Rückmeldungen und emotionale Unterstützung zu geben, können sie ebenfalls dazu beitragen, Burnout zu reduzieren. Unterstützungsleistungen stellen hohe Ansprüche an die sozialen Kompetenzen der Interaktionspartner. Aktives Zuhören, empathische Anteilnahme und die Entwicklung problemangemessener Lösungsmöglichkeiten sind der Schlüssel für Erfolg versprechende Unterstützungsinteraktionen.

Aus der Tatsache, dass an der Burnout-Genese neben *personalen Faktoren* (z.B. negative Kontrollüberzeugungen, geringer Optimismus etc.) auch *institutionell/organisatorische Faktoren* (z.B. *Zeitdruck*, viele *daily hassles* etc.) sowie *institutionsübergreifende, rechtliche und gesellschaftliche Ursachen* (z. B. gesellschaftliches Ansehen der Helferberufe; Qualität der Struktur des Versorgungsnetzes etc.) mitwirken, ergibt sich vom Grundsatz her die Überlegung, dass Burnout-Risiken besonders effizient und mit größerer Reichweite beeinflusst werden können, wenn alle Ebenen, auf denen sich Ursachen des Burnout ausmachen lassen, beeinflusst werden können. Doch auch wenn unbestritten ist, dass die Reichweite und Effizienz personbezogener Maßnahmen begrenzt sein kann, mag – besonders wenn institutionelle Veränderungen (noch) nicht möglich erscheinen oder als initiale Intervention – eine individuumbezogene Perspektive, die darauf ausgerichtet ist, die individuelle Vulnerabilität für die Ausbildung von Be-

lastungssyndromen zu senken, sinnvoll sein. Je nach tatsächlicher oder wahrgenommener Ursache des Burnout-Geschehens können einzelne Mitarbeiter, ihre Arbeitsplätze, die Organisation oder das soziale bzw. das gesellschaftliche Umfeld zum Gegenstand von Prävention oder Intervention gemacht werden.

### Die Rolle der Supervision

Supervision dient der Reflexion der psychosozialen Arbeitserfahrungen sowie der berufsbezogenen Selbsterfahrung und sollte von jede(r)m therapeutisch arbeitenden Kolleg(e)in in Anspruch genommen werden können. Der Bedarf an Supervision von psychotherapeutisch arbeitenden KollegInnen kann als gut belegt gelten. Sogar für diejenigen MitarbeiterInnen, die keinen direkten Klientenkontakt haben, ließe sich die Notwendigkeit einer (Team-)Supervision begründen, da Kooperations- und Teamprobleme, Hierarchieprobleme, Probleme der interdisziplinären Zusammenarbeit für den gesamten psychosozialen Bereich kennzeichnend sind. Supervision ist ganz sicher keine „Luxusveranstaltung im Sinne einer Verwöhnung psychosozialer Fachkräfte“, sondern ein *effizientes Instrument zur Qualifizierung der psychosozialen Arbeit*. Alle seriösen Aus- und Weiterbildungsanbieter der verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen und des (psycho-)sozialen Bereiches sehen Supervision nicht nur als *unabdingbare Voraussetzung der beruflichen Qualifizierung*, sondern zunehmend auch der *Aufrechterhaltung einer qualifizierten Arbeit* (Konzepte der praxisbegleitenden Supervision auch berufserfahrener KollegenInnen) an. Gleiches gilt für die verschiedensten sozialen Arbeitsbereiche, im Bereich der Institutionenberatung und für die Felder der praktischen Sozialarbeit. In all diesen Arbeitsfeldern ist Supervision zu einem zentralen und wichtigen Bestandteil der Arbeit geworden. Supervision soll dabei eine systematische Reflexion des beruflichen Handelns ermöglichen, den Supervisanden befähigen, persönliche Reaktionsweisen, objektive Erkenntnisse, aktuelle Arbeitssituationen und subjektive Erfahrungen in die Berufsausübung zu integrieren (vgl. Plessen/Kaatz 1985). *Supervision ist zwischenzeitlich zum Standard psychosozialer Ausbildung und Praxis* geworden.

Michael Dressel

## Soziales Marketing im Drogenbereich

### Soziale Dienstleistungen – für wen eigentlich?

#### *Arbeiten wir für unsere KlientInnen?*

In der sozialen, medizinischen und (psycho)therapeutischen Arbeit sind wir gewohnt, unsere Überlegungen und die Ziele unserer Interventionen, Maßnahmen und Programme an unseren Klienten (Patienten) auszurichten. Unsere Leistungen sind „Dienstleistungen“. Und zwar in den meisten Fällen nichtmaterielle Leistungen: Beratung, Behandlung und Betreuung von Suchtkranken.

#### *Geld spielt eine große Rolle*

In den allermeisten Fällen arbeiten wir in Institutionen, in denen kein Gewinn (*Non-profit-Organisation*) erwirtschaftet wird oder jedenfalls die Gewinnabsicht nicht zu den Hauptzielen der Organisation zählt (*Not for profit-Organisation*). Obwohl aber in sozialen Institutionen oft nur ungern von Geld gesprochen wird, spielt in unseren Non-Profit-Unternehmen Geld natürlich eine wesentliche Rolle. Geld und dessen Beschaffung sind unmittelbare Voraussetzungen unserer Arbeit.

#### *Erwartungen von allen Seiten*

Damit wird deutlich: Es gibt neben unseren persönlichen Zielen, unserer Motivation nicht nur die Bedürfnisse unserer Klient/innen sondern mindestens noch eine „dritte Kraft“: die Interessen unserer Geldgeber. Noch ein weiteres wichtiges Faktum wird deutlich. In der Regel sind