

Frau Endress:

Hintergrundinformation

Die Interviewpartnerin (Frau Endress) arbeitet als Sozialarbeiterin in einer Psychiatrischen Klinik. Wie lange ist nicht bekannt. Eine ausführliche Kurzcharakteristik konnte nicht erstellt werden, da die Interviewpartnerin den Fragebogen - trotz mehrfacher Nachfrage der Interviewerin - nicht ausgefüllt hat. Bei den Matrices ist nur Anlage 3a (Helferin/Kontrolleurin) teilweise ausgefüllt, da die Fragestellungen in der Form für das Arbeitsfeld als nicht zutreffend angesehen wurden.

Interpretation

Frau Endress erlebt ihre Arbeit in der Psychiatrischen Klinik als geistig sehr anregend, als Chance "*mitzudenken*" und viel über psychoanalytische Verfahren zu lernen. Auch als Sozialarbeiterin ist sie durch die Teilnahme an den regelmäßigen Kleinteamsitzungen, den Oberarztvorberechungen und der Visite immer "*in diesen ganzen Prozeß miteinbezogen*„ (16-17), kann einen "*ganzheitlichen*" Blick entwickeln (16) und empfindet ihre Tätigkeit als "*sinnerfüllt*" (16):

"Also ich erleb's für mich im Grund sehr gewinnbringend, so fest ins Team eingebunden zu sein und am Prozeß des Patienten beteiligt zu sein, als wie wenn ich das isolierter, alleine halt gesagt bekomme: 'Der hat kein Geld'. Oder: 'Da stimmt das und das nicht, kümmern Sie sich darum'. Das würde mich weitaus weniger dann wirklich interessieren" (12-15).

Frau Endress berichtet, dass sie auch in alle Diskussionen über Behandlungsalternativen mit einbezogen wird und nicht nur mitdenken, sondern auch mitreden darf. Entsprechend schildert sie zu Beginn des Interviews als kennzeichnende Situation für ihre Tätigkeit die interdisziplinären Teamsitzungen etwa dreimal so lang wie die Arbeit mit den KlientInnen. Erst auf Nachfrage erläutert sie diese überhaupt. Auch dabei betont sie dann vor allem die Notwendigkeit, die PatientInnen zu verstehen, über sie nachzudenken und ihre "Dynamik" zu begreifen, bevor sie etwas für sie organisiert oder regelt:

"Aber bevor wir ins Handeln gehen mit jemand, da lassen wir uns, wenn es geht, relativ viel Zeit. Also bevor es um was Berufliches geht, oder bevor es um Trennung geht, und man dann mit dem Klient aktiv wird, da ist in der Regel viel Therapiezeit, wo man versucht zu verstehen, was dahinter steht. Und nicht gleich Handeln, ja" (39-43).

Mit dem "wir" reiht sich Frau Endress nochmals bewusst in das Team ein. Nicht ihre spezifischen Tätigkeiten als Sozialarbeiterin machen die Arbeit für sie lohnend und reizvoll, sondern diese Einbindung in das interdisziplinäre Team aus Ärzten, Psychologen und anderen Berufen. Es ist die Möglichkeit, das therapeutische Denken mit diesen KollegInnen zusammen nachzuvollziehen:

"Ja, das liegt nicht so sehr in der Sozialarbeit, was die Arbeit für mich lohnend und reizvoll macht. Das liegt eigentlich im Gesamt-, im Gesamtkonzept, dass es sehr reizvoll ist. Reizvoll ist es vor allem in diesem analytischen Prozess mitzudenken, mitzulernen und mit eingebunden zu sein. Und dass es sich auch so ergibt im Laufe der Zeit, dass ich ganz verschiedene analytische Denkweisen und Konzepte da mitgekriegt habe, dass es mal eine Ära der Jungianer gab (...), dass man jetzt, ja, Kleinianer da haben (...), das ist schon ganz schön spannend, wenn auch meine Arbeit schon immer abgegrenzt im Grunde die Sozialarbeit bleibt" (53-64).

Die sozialarbeiterischen Tätigkeiten werden auch nicht eigenständig konzipiert, geplant und begründet, sondern ganz durch die Therapieentscheidungen des Teams bestimmt, da Frau Endress auch die Bewältigung der äußeren Lebensumstände immer ganz in Abhängigkeit vom "*innerseelischen Prozess*" des Patienten sieht. Auch eine Aufgabe wie die Schuldenregulierung stellt sich in diesem Zusammenhang:

„Wenn ich jetzt mit jemand Schuldenberatung mach', dann geb' ich das ja ins Team ein, an welcher Stelle der ist; und man versucht zu verstehen, warum der jetzt da blockiert, was das mit seinem Prozess zu tun hat, ob man das gerade mal ihm selber überlassen muss oder ob man ihn da mehr kontrollieren muss. Das wird eigentlich ganz stark mit seinem innerseelischen Prozess verbunden, das ist keine abgekoppelte Maßnahme, (...). Die wird erstens mal rückgemeldet im Kleinteam, in der Oberarztvorbesprechung und die fließt wieder in die Therapie auch ein, also das ist nichts Separates in dem Sinn, ja? Und es wird auch jeweils versucht zu verstehen, was jetzt innerseelisch bei dem Patienten abläuft, ablaufen könnte, warum er jetzt blockiert, warum er jetzt sich wehrt, warum er boykottiert. Und es kann sein, dass dann manchmal ein Stück Therapie erfolgt, bevor er wieder dann weitermacht. Wie er jetzt auch mich erlebt dabei, wie er die Therapeutin dabei erlebt, wie verfolgend, all diese Dinge werden in die Therapie wieder mit einbezogen (...) Ob zum Beispiel jemand zum Arbeitsversuch geht, ist das Gleiche" (96-108).

Frau Endress schildert hier nicht, wie sie ihre eigenen, ganz konkreten Erfahrungen und Beobachtungen während der Schuldenberatung oder beim Arbeitsversuch einbringt oder, was ihr Beitrag zum Verständnis des innerseelischen Prozesses ist. Die Zuliefererfunktion der Sozialen Arbeit erscheint nicht als Teil einer weitgehend gleichberechtigten Kooperation, in der alle Berufsgruppen ihren Teil zum Gelingen des therapeutischen Prozesses beitragen und der Arzt als Primus inter pares und letztverantwortlicher Entscheider agiert. Auf der Grundlage des gesamten

Interviewverlaufes ist anzunehmen, dass die Sozialarbeiterin ihr Verhalten (z.B. mehr oder weniger auf eine Beteiligung am Arbeitsversuch drängen oder mehr oder weniger Kontrolle bei der Regulierung der Schulden ausüben) nach der ärztlichen Gesamteinschätzung des seelischen Entwicklungsprozesses ausrichtet und nicht nach ihrer pädagogischen Beurteilung der Kompetenzen oder der Motivation der KlientInnen speziell in diesem Bereich außerhalb der Therapie. Sozialpädagogische oder sozialarbeiterische Aktivitäten erscheinen ebenso wie lebenspraktische und soziale Kompetenzen der KlientInnen angesichts dieser fast ganz auf "*innerseelische Prozesse*" ausgerichteten Betrachtungsweise von geringer Bedeutung. Dabei hängt z.B. die Schuldenregulierung nur begrenzt von der psychischen Verfassung des Patienten ab. Zwar ist die Sozialarbeiterin auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen, der z.B. die notwendigen Papiere und Unterlagen bereitstellen muss. Aber auch eine partielle Regulierung, die stellvertretend durch die Sozialarbeiterin und ohne direkte Mitwirkung der KlientIn erledigt werden kann (z.B. in Form von ersten Gesprächen mit den Gläubigern in der Absicht, das Anwachsen entsprechender Zinsen aufzuhalten), ist denkbar. Der therapeutisch-klinischen Sichtweise entsprechend wird auch das soziale Umfeld der KlientInnen nicht thematisiert oder gar mit einbezogen. Hausbesuche werden ausschließlich vom Pflegepersonal erledigt, und von Frau Endress ohne Bedauern als seltene Aktivitäten dargestellt (47-51). Eine Orientierung an der Lebenswelt der KlientInnen, die sie nicht nur nach der Entlassung sondern auch schon in während des Klinikaufenthaltes (z. B. bei Wochenendheimfahrten) ein Rolle spielt, ist nicht gegeben.

Es fehlt insgesamt an Beschreibungen von Tätigkeiten oder Interaktionsprozessen, in denen eine spezifisch sozialpädagogische Kompetenz deutlich wird. Auf die Frage, was für ein Mensch man sein muss, um diese Arbeit zu mögen, antwortet Frau Endress wie eine Therapeutin und verwendet hier, wie im ganzen Interview, ein vorwiegend therapeutisches Vokabular, um ihre besonderen menschlichen Fähigkeiten zu charakterisieren.

"(5 Sek.) Also ich find' das schwierig. (7 Sek.) Ja, möglichst viel Eigenes bewusst zu haben, also möglichst eine eigene Therapie zu haben, eine eigene Anamnese; eigene Dinge bewußt zu haben, vielmehr, ja. Auf der anderen Seite eine gewisse Stabilität selbst zu haben, aber auch nicht zu stabil, dann ist man nicht mehr sensibel. Ja, schon eine gewisse Stabilität zu haben und mit eigenen Schatten und unbewussten Dingen im Kontakt zu sein (...). Damit einem erstens die eigenen dunklen Seiten bekannt sind, dass man nicht so in der Gefahr ist, das Eigene auf den Patienten zu projizieren und eigene Dinge beim Patienten bearbeiten will, die

eigentlich bei sich selber wichtig wären zu wissen und bearbeitet gehören. Ja, und dass man auch Bescheid weiß, wie sich was anfühlt." (Pause, das Band wird auf Wunsch der Interviewpartnerin abgestellt) (79-87).

Die weitgehende Identifikation mit dem Berufsbild der Therapeuten führt bei Frau Endress zunächst dazu, von sich zu fordern, was sie weder besitzt noch benötigt, um als Sozialarbeiterin tätig zu sein: eine eigene Analyse. Sie reduziert diese Anforderung dann auf das Wissen um eigene "*dunkle Schatten*", um unbewusste Prozesse und bleibt auch damit ganz im therapeutischen Kompetenzprofil. Die Bitte, das Band abzustellen, deutet auf Verwirrung oder Unzufriedenheit mit der eigenen Antwort oder/und auf das Bedürfnis, ohne Band unkontrollierter sprechen zu können. An mehreren Stellen nach dieser Passage sind im Interview angesichts der konkreten Nachfragen der Interviewerin Irritationen zu erkennen. Dabei werden Fragen von der Interviewpartnerin als teils zu spezifisch (117), teils viel zu global (140) oder als nicht zutreffend bezeichnet oder mit der einschränkenden Bewertung beantwortet, "*wenn man das schon so fragt*" (131).

Frau Endress betont durchgängig jene Aspekte ihrer Arbeit, die eine Nähe zur Therapie aufweisen. Inwiefern sie persönlich dabei hilfreich sein kann, macht sie ausschließlich von der Verfassung ihrer PatientInnen abhängig, ohne ihren Anteil am Entstehen der Motivation zu erwähnen:

„Ich kann da so global nur dazu sagen, wenn einem Patient das möglich ist, selber mitzuarbeiten und selber, dass er selber Möglichkeiten in sich entwickelt, ja, dass er was will, dann ist mein Helfen auch hilfreich. Und wenn er das nicht kann, wenn er so krank ist, dass er das nicht kann, dann bin ich hilfloser Helfer. Und das ist so global für alles, ob das zur Erhaltung von einem Arbeitsplatz oder ob das eine Rehaeinrichtung, also (...),“ (117-122).

Frau Endress kann den Erfolg ihrer Arbeit nicht an äußeren Entwicklungen festmachen oder irgendwelche anderen Beschreibungen liefern. Es ist etwas "*ganz diffiziles Inneres in der Beziehung*" (148), das entscheidend ist - offenbar zu diffizil, um beschrieben zu werden. In ihren Ausführungen zum Thema "Erfolg", und zwar ihren Erfolg als Sozialarbeiterin (140-156), beziehen sich rund zwölf von sechzehn Zeilen auf Beziehungsaspekte, zwei Zeilen auf die Vermittlung in eine Rehaeinrichtung (eine ihrer zentralen Aufgaben) und zwei Zeilen auf die notwendige analytisch-diagnostische Kompetenz ("*... wenn ich den innerseelischen Prozess einfach noch einmal formulieren konnte und klarlegen konnte*"; 146-147). Und letztlich, so wird wieder betont, liegt es am Klienten selbst, an seiner Fähigkeit mitzuarbeiten, ob sich ein Erfolg einstellen wird oder nicht, ohne gleichzeitig den

Beitrag der Fachkraft zu dieser Entwicklung darzustellen (113-119). Ihr Anteil an einem positiven Therapieverlauf wird auch hier sehr allgemein und in Anlehnung an das therapeutische Vorgehen beschrieben.

Wenn Frau Endress mehrfach davon redet, dass sie in den *"ganzen Prozess"* *"einbezogen"* bzw. am *"therapeutischen Prozess"* beteiligt sei, so klingt dies nach einer sehr aktiven Rolle im Therapiegeschehen (13-19, 54-64, 112-115, 154, 167). Die Wir-Formulierungen und der häufige Bezug auf das gemeinsame interdisziplinäre Team erhöhen noch den Eindruck, als wäre sie direkt an der therapeutischen Arbeit beteiligt. Tatsächlich aber belegen ihre Aussagen nur, dass sie an den Gesprächen der Therapeuten teilnehmen darf, nicht dass sie mitdiskutiert und zur Meinungsbildung beiträgt. Insofern bleibt sie ZuhörerIn, BeobachterIn, Zaungast. Diese Zaungastrolle, die es ihr erlaubt, *"in diesem analytischen Prozess mitzudenken, mitzulernen und mit eingebunden zu sein,"* (54-55), gibt ihr das Gefühl, nicht nur als Zulieferin praktischer Lösungen außen vor zu stehen. Zugleich aber bleibt diese Beobachterrolle eine passive Rolle, aus der heraus sie nur nachvollziehen kann, was die Therapeuten tun, ohne eigenständige Vorschläge oder Einschätzungen einzubringen. Sie erwähnt mehrfach die *"analytische Denkweise,"* und das *"analytische Arbeiten,"* (32-36, 54-64, 72) und betont in diesem Zusammenhang stets die nötige Rücksichtnahme auf die Psychodynamik der PatientInnen, ohne auch nur einmal zu erläutern, wie dieser Ansatz in ihrer Einrichtung konkret umgesetzt wird. Dies lässt vermuten, dass sie an den therapeutischen Sitzungen mit den KlientInnen (z.B. an der Gruppentherapie) nicht einmal als Zaungast teilnimmt, nur davon hört. Frau Endress berichtet über den Einfluss verschiedener Schulen auf die Ausrichtung der TherapeutInnen, nennt Namen wie Jung und Klein, aber immer ohne zu erläutern, welches Vorgehen oder welches Grundprinzip sich wie in der Arbeit niederschlägt oder sie mit diesen Namen verbindet (56-60). Auch über therapeutische Fortbildungen von Frau Endress erfahren wir nichts. So fehlen ihr vermutlich auch die psychopathologischen Grundkenntnisse, um aus pädagogischer Perspektive kommunikationsfähig zu sein und auf der Grundlage expliziter Kenntnisse über typische Krankheitsbilder und – verläufe die Einschätzungen und Tätigkeiten ihrer therapeutischen und medizinischen KollegInnen produktiv für eigene Ideen nutzen zu können oder auch zu hinterfragen. Die folgende Passage unterstützt die Vermutung, dass ihr derartige Grundkenntnisse fehlen:

„Also da gibt es viel, was belastet und bedrückt, also diese schwerstkranken Patienten, zum Teil, wenn Jugendliche oder auch, haja einfach so chronisch schizophren erkrankt sind, wo so eine Hoffnungslosigkeit kommt, so 'ne Schwere, wo keine Veränderung zu fantasieren ist und zwar nicht, weil man außen nicht genug tun kann, sondern weil das innerpsychisch nicht zu erreichen ist mit denen, weil die einfach so krank sind,, (66-70).

Diese Situation wäre für Frau Endress wahrscheinlich nicht bloß durch Belastung und Bedrückung gekennzeichnet, wenn sie wüsste, dass Schizophrenie je nach Form fortschreitend oder in Schüben auftritt, also nicht notwendig "chronische" sein muss. Nach Symptomatik und Verlauf werden dabei traditionell vier Formen unterschieden (Hebephrenie, Katatonie, Paraphrenie und Schizophrenia simplex). Solche oder ähnliche Kenntnisse lässt Frau Endress an keiner Stelle erkennen, berichtet auch nicht von Versuchen, die Zaungastrolle zu überwinden. Sie glaubt jedoch, eine dem Therapeuten vergleichbare Sensibilität und eine dementsprechend geschulte, auf Erfahrung beruhende und in Fortbildung reflektierte Empathie zu besitzen und daher zu wissen, *„wie sich was anfühlt,,*. Was sie so sicher macht, auch ohne therapeutische Aus- und Fortbildung der Gefahr zu entgehen, *"das Eigene auf den Patienten zu projizieren,,* (84-87), bleibt ihr Geheimnis.

Die Schwierigkeiten ihrer Rolle in der Klinik werden erst gegen Ende des Interviews, nicht zuletzt durch die Frage nach ihren konkreten Entscheidungsspielräumen deutlich. Zunächst lobt Frau Endress nochmals die Rahmenbedingungen, da ihr durch die Einbindung in das Team eine extensive Reflexion der eigenen Arbeit möglich sei. Man könnte annehmen, dass Meinungsverschiedenheiten offen ausgetragen werden. Dann wird jedoch eingeräumt, dass die Meinungsbildung im Team angesichts unterschiedlicher Positionen *"mühsam"* ist (175-176). Und schließlich geht Frau Endress zunächst noch zögernd (*"ich weiß jetzt nicht, ob ich das dann als Behinderung aufzählen soll"*; 178), dann aber sehr ausführlich auf das Problem der Hierarchie in der Klinik ein:

"Also da könnte ich nicht sagen, dass die Rahmenbedingungen meinen Erfolg verhindern, dann spalten sich Meinungen im Team, in Verbindung mit dem Patienten oder der Patientin, aber da verhindert nicht jemand (...) Ich will jetzt auch nicht sagen, dass wir die idealen Rahmenbedingungen haben, das klingt dann auch blöd und vielleicht zu idealistisch ... Es ist oft mühsam, diese Arbeit im Team, ja? (Kassettenwechsel). Mühsam, soviel Stellungen im Team zusammenzufassen. Und natürlich gibt's auch hierarchische Gegebenheiten, dass die Auffassung von 'nem Oberarzt mehr zählt als die von 'nem Sozialarbeiter. Und, ich weiß jetzt nicht, ob ich das dann als Behinderung aufzählen soll. Also es ist schon erschwerend, wie man sich da manchmal auseinandersetzen muss und wie vielleicht auch der Oberarzt von einem anderen Gesichtspunkt ausgeht wie ich. Und dann müssen wir, müssen wir

sehen, wie man sich da zusammenrauft. (...) Es hängt schon manchmal von der eigenen Zivilcourage ab, ob man in einem Team, wenn das Team 'ne andere Meinung hat und man selbst im Grund 'was anderes denkt, ob man's dann noch sagt oder nicht, ja? Und das ist schon wichtig, dass man dann den Mut hat, so viel Selbstbewusstsein zu haben, seine andere Meinung oder seinen anderen, ja seine anderen Gesichtspunkte dann zu nennen. Und sich zu wagen, die zu nennen. Und dann vielleicht noch mal in eine neue Auseinandersetzungsphase einzutreten. Und damit steht und fällt schon zum Teil auch der Standpunkt der Sozialarbeit, ja? Dabei, und in der Regel ist man als nur ein Vertreter dieser, dieses Berufsinten-, in der Berufsgruppe. Also muss man sich getrauen den Mund aufzumachen, wenn man 'was Anderes will und wenn man 'was anderes denkt. Aber an dem, an dem Rahmen kann man dabei nichts ändern. Man kann nur sich vornehmen, selbstbewusster zu sein oder kämpferischer, oder ja, offensiver seine Meinung zu vertreten (...) Ja. Also es ist wichtig, dass, dass ein Sozialarbeiter oder genauso in einem anderen Beruf, das ist genauso beim Gestaltungstherapeut oder beim Musiktherapeut, der sitzt ja auch als Einziger im Team, dass er seine Arbeit darstellt oder seine Gedanken und seine, sein Verständnis zu dem Patienten darstellt und sich damit eingibt. Das ist schon wichtig. Wenn er das nicht tut, geht er noch mehr unter (...)" (171-196).

Nicht die Strukturen sind nach dieser Darstellung das Problem, sondern das Verhalten der Vertreter einzelner Berufsgruppen, die nicht genügend "*Mut*", "*Selbstbewusstsein*" oder "*Zivilcourage*" haben. Die Betonung des Mutes, dessen es bedarf, um eine abweichende Meinung zu vertreten, zeigt aber, wie wenig gleichberechtigt die verschiedenen Berufsgruppen im Meinungsbildungsprozess des Teams und der Arbeitsgruppen in diesem Team sind. Abweichende Meinungen zu äußern, scheint nicht besonders gefördert zu werden und auch nicht sonderlich erwünscht zu sein - zumindest nicht von allen Berufsgruppen. Man muss es "*wagen*", auf die sozialarbeiterischen Gesichtspunkte hinzuweisen, und muss dabei "*kämpferisch*" auftreten. Wenn man es nicht tut, läuft man Gefahr, dass man mit seinem moderat vorgetragenen anderen Verständnis kaum berücksichtigt wird, oder sogar "*untergeht*" - und zwar "*noch mehr*" untergeht als üblich und bei früheren Anlässen bereits erlebt. Die nachrangige Stellung der Sozialarbeit, die im ganzen Interview zugunsten des Lobes vermeintlich großer Beteiligung und Einbindung nicht thematisiert wurde, wird in dieser Schlusspassage abrupt und überraschend deutlich.

Kennzeichnend für dieses Interview ist die Aufrechterhaltung einer Illusion: der Illusion von einer guten und gleichberechtigten multiprofessionellen Kooperation (Erstes Zentralphänomen). Für Frau Endress bildet die Duldung durch die Psychiater, durch die sie zum Zaungast des therapeutischen Prozesses wird, die Grundlage ihrer beruflichen Zufriedenheit und die Basis ihres beruflichen Selbstverständnisses. Diese Anpassung an das therapeutische Milieu gelingt ihr

durch Aufgabe der eigenen beruflichen Identität als Sozialpädagogin. Kennzeichnend ist auch die Abwesenheit der Klientel in der Darstellung von Frau Endress. Berichtet wird über das Kollegium, die Institution die therapeutischen Zielvorstellungen der Ärzte und nicht darüber, welche Ziele die Fachkraft der Sozialen Arbeit verfolgt (Zweites Zentralphänomen). Entsprechend ist die Fallkonstellation auch dadurch gekennzeichnet, dass es an ganzheitlichen, mehrperspektivischen Deutungsmustern und an Berichten über die Beziehung zur Klientel fehlt, sodaß keine entwicklungsoffenen Problemlösungsansätze aus eigener, fachlicher Sicht formuliert werden.