

Margret Dörr

„Hier findet das satte Leben statt“ – Berufliche Identität in der Institution einer Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vorbemerkung

Wenn PädagogInnen in psychosozialen Einrichtungen wie jenen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) arbeiten, dann ist die Herausbildung einer beruflichen Identität¹ im besonderen Maße erschwert. Einerseits mangelt es nach wie vor an einer allgemeinen Interpretationsfolie von psychosozialer Praxis, die die Aufsplitterung in die verschiedensten Helferszenen überwinden könnte, andererseits werden PädagogInnen jeweils in spezifische Rollen gedrängt und mit bestimmten Rollenerwartungen konfrontiert, die sie – mehr oder weniger reflektiert – auch erfüllen. Hier soll gezeigt werden, daß die Bildung einer pädagogischen Professionalität nicht nur von einer bewußten Abstimmung zwischen persönlichen Zielen und Werten einerseits und beruflichen Anforderungen und Handlungsmaximen andererseits (vgl. Gildemeister 1983) abhängig ist, sondern auch in einem bestimmten Zusammenspiel zwischen institutionellen Gegebenheiten und unbewußten Abwehrtendenzen gründet.

Dazu greife ich einige Aspekte über den Zusammenhang zwischen Institution und Interaktion auf, um mich sodann der spezifischen Organisationsstruktur einer KJP zuzuwenden. Hier bilden sich besondere Kommunikationsstrukturen zwischen den beteiligten Berufsgruppen heraus, die häufig genug als unerkannte Kollusionen – zur Abwehr von bewußten und unbewußten Konflikten – beeindrucken. Zwei kurze Beispiele möchte ich vorstellen, die eine mögliche Kollusion zeigen, die ich dann anhand des Kleinianischen Begriffs der „Projektiven Identifizierung“ zu erklären versuche.

Aspekte über den Zusammenhang von Institution und Interaktion

Institutionen sind zweckrational ausgerichtete soziale Systeme. Ziel ihrer Organisation und Struktur ist die Regulierung von Arbeitsteilung und damit einhergehend die Sicherung ihrer Leistungsfähigkeit. Systemtheoretisch betrachtet gilt jede Institution als ein Gesamtsystem, in

¹ Regine Gildemeister (1983) nennt die berufliche Identität auch eine „Überlebensleistung der Helfer“.

dem verschiedene Subsysteme dynamisch und hierarchisch integriert sind. Japp (1986) weist darauf hin, daß eine Organisation bzw. Bürokratie die Interaktionsebene nicht determinieren kann, weil es keine verlässlichen Technologien gibt, die die kommunikativen Handlungen steuern könnten (vgl. Luhmann/Schorr 1982). In Organisationen besteht nach Japp lediglich eine „schwache Vernetzung“ von Planungs- und Entscheidungsebenen einerseits und Handlungsbezügen andererseits, so daß auf der Interaktionsebene ein breiter Spielraum für die persönliche Art und Weise der Ausformung der „Rolle“ offenbleibt. Aus diesem Grunde, so folgert er, habe der Einfluß von Organisationsstrukturen auf die Interaktionsebene nicht jene quantitative und qualitative Größe, die gemeinhin unterstellt wird.

Gleichwohl können personenbezogene Dienstleistungsorganisationen nicht auf einen instrumentellen Charakter reduziert werden, sie folgen eben nicht nur einer technologischen Zweck-Mittel-Rationalität, sondern auch einer wertrationalen Konsensorientierung (vgl. Offe 1984). So kann Schüle (1987) zeigen, daß Institutionen nur unter dem Aspekt von Beziehungen sinnvoll zu erfassen sind. Für ihn ist eine Institution eine „fixierte emergente Relation“. Mit „Fixierung“ beschreibt er das Moment der Versteinerung eines Dialogs, der sich festgefahren hat. Demgegenüber zielt er mit dem Begriff „Emergenz“ auf das erstmalige Auftreten neuer Eigenschaften bei gesteigerter Komplexität, auf die reagiert werden muß, um das Verhältnis zwischen Institution und Person neu auszubalancieren. Auf einer neuen Stufe tauchen also neue Dimensionen auf, die aus der Fixierung heraushelfen können.

Ich vertrete hier die Auffassung, daß die Tätigkeiten einer personenbezogenen dienstleistungsorganisierten sozialen Arbeit sehr wohl von den Vorgaben der institutionellen Organisation, ihrer Hierarchie und ihrer instrumentellen Zielsetzung geprägt sind, und unterstelle eine präformierende Wirkung der institutionellen Kontexte auf die Mikrostruktur der Interaktion. Institutionen sind zum einen für das „Überleben und eine differenzierte Fortentwicklung der Menschen unerlässlich“ (Mentzos 1988, 80), zum anderen erfüllen sie aber – neben einer zweck- und wertrationalen Bestimmung – auch infantile und neurotische Wünsche. Institutionsanalytische Untersuchungen widmen sich daher sinnvollerweise dem Sachverhalt, daß Institutionen als soziale Einheiten, zwar von ihren Mitgliedern hervorgebracht und am Leben erhalten werden, oft freilich den Charakter einer überindividuellen Macht annehmen, die bei vielen Menschen zu einer Quelle seelischen Leidens und psychosomatischer Krankheiten werden (vgl. u.a. Leithäuser/Volmerg 1981; Menzies 1974; Mentzos 1988). Ein größerer Spielraum für mögliche Veränderungen auf mikrostruktureller Ebene einer Organisationsstruktur impliziert aber auch den Wegfall von Stützungsfunktion. So sind Neuregelungen für die Betroffenen oft begleitet von dem Erleben von Chaos, was auf intrapsychischer Ebene zu diversen Ängsten führen kann.

Zur Organisationsstruktur einer Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) ist ein zunächst ärztliches Gebiet, doch wenn wir psychische Erkrankung als Zeichen einer Beschädigung menschlicher Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten, als einen „spezifischen Modus von Konfliktverhalten“ (Horn u.a. 1983) verstehen, dann wird plausibel, daß gerade bei Kindern und Jugendlichen eine strikte Trennung zwischen Krankheitsbehandlung und Erziehungsbedürftigkeit nicht sinnvoll sein kann. Die KJP wird zunehmend als eine Fachdisziplin verstanden, die Aspekte der Medizin, Psychologie, Psychoanalyse, Soziologie, Krankenpflege, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Pädagogik und Jugendhilfe integriert. Dies bedeutet für die MitarbeiterInnen in solch einer Institution einen verstärkten Zwang zur Kooperation mit Fachdisziplinen jenseits ihrer eigenen professionellen Identität. Übrigens wird schon in der Aufgabendefinition – Behandlung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher – ein Problem der Disziplin Kooperation sichtbar, beispielsweise an dem impliziten oder expliziten Gebrauch eines medizinischen oder eines sozialwissenschaftlichen Krankheitsbegriffs.²

Zunehmend hat sich eine neue – qualitativ veränderte – Art der Entscheidungsfindung herausgebildet. Proklamiert werden heute vermehrt Teamentscheidung und Teamverantwortung. Häufig ausgeblendet bleibt m.E., daß, juristisch besehen, die ärztliche Leitung weiterhin verantwortlich für das ist, was in der Klinik geschieht. Auch wenn die Leitungsposition hierarchisch definiert bleibt, so bezweifle ich, daß sie im Zuge der aufgabenbedingten Vernetzung der verschiedenen Professionen auf diesem Wege noch funktional ausübbar ist.

Mit dieser Arbeitsstruktur eines multiprofessionellen Teams ist eine Veränderung der Funktion und Arbeitsweise aller Beteiligten verbunden, der nichts Vergleichbares vorausgegangen ist. Berufsbezogenes Wissen wird nun nicht mehr einfach zur Verfügung gestellt, wenn es gebraucht wird, sondern die Spezialistenkenntnisse der einzelnen MitarbeiterInnen werden in den Entscheidungsprozessen einer multiprofessionellen und methodenpluralistischen Organisation immer wieder relativiert. Gerade dieser Sachverhalt kann sowohl für die Leitung als auch für die anderen Berufsgruppen mehr oder weniger offensichtlich zu einem Problem werden.

Die MitarbeiterInnen müssen lernen, ihre berufsbezogenen Qualifikationen und Methoden mit den Augen der anderen zu sehen, sie gegebenenfalls zu verteidigen, allerdings ohne sie absolut zu setzen, eine Aufgabe, die von den MitarbeiterInnen in sich widersprüchliche Verhal-

² U.a. wird die Herausbildung einer sozialpädagogischen Identität auch durch die Auseinandersetzungen darüber erschwert, ob Sozialpädagogik in der Psychiatrie überhaupt eine pädagogische Tätigkeit ist, oder ob sie nicht vielmehr als eine sozial-therapeutische Arbeit zu definieren sei.

tensweisen ihrer eigenen Arbeit gegenüber verlangt, was die Herausbildung einer eigenen beruflichen Identität unzweifelhaft erschwert. Mit einer Verflüssigung von herrschaftsförmigen Abgrenzungsritualen positiv verbunden ist – gerade für die statusmäßig niedrigeren Berufsgruppen – eine deutliche Zunahme von Entfaltungs- und Einflußmöglichkeiten. Gleichwohl bestand der Vorteil in der Spezialisierung und in der klaren Fach- und Sachabgrenzung einzelner Professionen voneinander in einer deutlichen Entlastung für die MitarbeiterInnen, machte dies doch eine ausschließliche Konzentration auf den eigenen Spezialbereich möglich. Dieser Gewinn ist hingegen mit der notwendigen Vernetzung fachfremder wissenschaftlicher Disziplinen weitgehend verlorengegangen.

Mit den – ohne Zweifel – wünschenswerten Veränderungen sind also auch ungewollte Nebeneffekte verbunden. Zum einen muß man einen gewissen Verlust an Handlungssicherheit für die dort Tätigen in Rechnung stellen, zum anderen sind insgesamt die Kommunikationsstrukturen nun wesentlich schwerer aufzuschlüsseln. In einem Arbeitsteam vereinigen sich schließlich gruppenspezifische Phänomene mit den zu diesen quer stehenden Grundsätzen der Organisationsdynamik.

In einer Arbeitsgruppe hat die zu erfüllende Aufgabe erste Priorität. Diese Zielgerichtetheit verlangt eine relative Unabhängigkeit von den einzelnen Personen, den jeweiligen Rollenträgern. Das heißt, die Personen müssen virtuell austauschbar bleiben. Gleichzeitig ist diese Gruppe als Team aber nur arbeitsfähig, wenn die Mitglieder auf der Beziehungsebene tragfähige emotionale Verbindungen in direkter Kommunikation entwickeln. Eine stabile personelle Zusammensetzung ist daher von großer Bedeutung. Es ist eine Stabilität, die auf Flexibilität beruht, eine Stabilität, die das Team nur durch kalkulierten Einschluß von Unsicherheit arbeitsfähig hält (vgl. Buchinger 1991).

Solche institutionellen Strukturen wecken aufgrund ihrer Besonderheiten bei den MitarbeiterInnen Wünsche und Bedürfnisse, die sie gleichzeitig nicht erfüllen können, gegen die daher entsprechende institutionelle Abwehrstrukturen mobilisiert werden müssen. Wird in solchen Institutionen einerseits Selbstbestimmung gefordert, was Autonomie und Entscheidungsfreiräume voraussetzt, dürfen diese letztlich nicht genutzt werden, um die bestehende institutionelle Rahmung nicht zu gefährden.

Diese Überlegungen sollen darauf verweisen, daß in institutionellen Strukturen häufig interaktionelle Spannungen eingelagert sind, die oft vorschnell auf individuelle Kooperationsunfähigkeit oder auf persönliches Unvermögen in der Verantwortungsübernahme bis hin zu Pathologisierungen der Betroffenen zurückgeführt werden. Es ist sinnvoller, die in einem multiprofessionellen Team stattfindenden Kommunikationsstrukturen – vor allem zwischen den verschiedenen Professionen – als unbewußte Kollusionen zwischen den Berufsgruppen zu betrachten, die

eine Ausführung der gemeinsamen Arbeitsaufgabe eventuell behindern. Zum Verständnis von Kollusionen in Institutionen können wir diese mit intrapsychischen Symptombildungen analogisieren. Eine institutionelle Struktur erinnert an das Zusammenspiel einander entgegengesetzter Tendenzen beim intrapsychischen Konflikt, der in einem Symptom seinen kompromißhaften Ausweg sucht. Im Mechanismus der Symptombildung verbindet sich ja der Wunsch mit seiner Abwehr derart, daß der Wunsch sich in seine Abwehr einschleicht und in einer durch die Abwehrebemühung entstellten Form dennoch durchscheint. Das Symptom stellt sowohl eine verzerrte Äußerungsform des Konflikts als auch eine kreative Problemlösung dar.

Das Zusammenarbeiten von Menschen ist ja nur möglich, wenn der Entscheidungs- und Handlungsspielraum des einzelnen den aller anderen nicht ausschließt. Institutionelle Strukturen müssen diesen Grundwiderspruch lösen und tun dies in der Regel mit der Tendenz, ihn nach einer Seite hin aufzulösen, entwickeln daher – in der Sprache der Psychoanalyse – eine pathologische Konfliktabwehr (vgl. Buchinger 1988).

Ich möchte im folgenden eine möglicherweise als Kollusion zu bezeichnende Kommunikationsstruktur zwischen ärztlichen und pädagogischen MitarbeiterInnen in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie darstellen. Die Gespräche fanden in einem Gruppenraum der KJP statt. Organisiert habe ich diese Kontakte als Lehrbeauftragte einer Fachhochschule im Rahmen eines Projektes (über 2 Semester) zum Thema: „Beziehungsarbeit in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie“, welches ich gemeinsam mit einem Hochschullehrer durchführte. Dabei gaben die MitarbeiterInnen der kooperierenden KJP ihre Einwilligung, die Gespräche – zwecks intensiverer Reflexion – aufzunehmen. Das Material, welches nun zur Untersuchung der Institution einer KJP verwendet wird, war also nicht aufgrund einer forschungsstrategischen Überlegung gewonnen, sondern die MitarbeiterInnen waren damals lediglich mit den Ansprüchen der Studentinnen konfrontiert und aufgefordert, ihre Alltagssituationen im Überblick zu schildern³.

Das erste Beispiel ist ein kurzer Ausschnitt aus einem aufgezeichneten Gespräch zwischen fünf pädagogischen MitarbeiterInnen (im Schichtdienst) und der Gruppe von Sozialpädagogik-Studentinnen, das zweite Beispiel entstammt einem Gespräch zwischen vier ärztlichen MitarbeiterInnen und jener Studentinnen-Gruppe, welches drei Wochen später stattfand.

³ Jedoch will ich nicht unterschlagen, daß meine Motivation auch davon getragen war, den Hiatus zwischen theoretischen Modellen hier und Berufsalltag dort zu verdeutlichen. Ich habe diese Divergenzen am eigenen Leib als Zerreißprobe zu spüren bekommen und habe im Rahmen dieser Lehraufträge u.a. versucht, diese disparaten Seiten miteinander zu vermitteln – vielleicht auch, sie aufeinander loszulassen.

1. Beispiel

Die folgenden Aussagen sind dem Ende des Gesprächs zwischen den pädagogischen MitarbeiterInnen einer KJP und der erwähnten Studentinnengruppe entnommen. Die Hauptthemen dieses Gesprächs waren:

- die seit 2 Monaten bestehende Überbelegung der Station, gegen die sich die PädagogInnen nicht zu wehren wußten;
- der Personalmangel auf Seiten der pädagogischen „Schichtdienstler“;
- ihre Auswahlkriterien bei der Einstellung neuer MitarbeiterInnen; sowie
- die erfahrenen Reaktionen von Freunden und Bekannten auf ihre berufliche Tätigkeit.

Insgesamt herrschte der Eindruck einer gedrückten, freudlosen Stimmung des Teams vor. Die Schilderungen waren gekennzeichnet von direkten und indirekten Vorwürfen gegenüber dem ärztlichen Leiter sowie der ärztlichen und therapeutischen Berufsgruppe insgesamt. Die Leidensäußerungen überwogen und offensichtlich konnte zu diesem Zeitpunkt die eigene professionelle Tätigkeit weder positiv besetzt noch klar beschrieben werden. Dieses Fehlen einer libidinösen Besetzung der Arbeit führte dazu, daß die eigentliche Aufgabe – die pädagogische Beziehungsarbeit mit den Jugendlichen – in den Darstellungen in den Hintergrund trat, was auf Seiten der Studierenden den Eindruck von Inkompetenz, Diffusität und Sinnlosigkeit hinterließ.

Frau A.:

„... also, ich würde gerne nochmal was in eigener Sache sagen, ich würde mich unheimlich freuen, wenn von euch welche bei uns die fünf Monate Praktikum machen würden, wir würden uns auch freuen, wenn Leute, die das Praktikum gemacht haben, später ihr Anerkennungs-jahr bei uns machen würden, weil es besteht auch die Möglichkeit, das sag ich jetzt wegen des Fahrweges, auf dem Gelände zu wohnen, jemand, der jetzt vielleicht kein Auto hat oder es mit öffentlichen Verkehrsmitteln nicht schafft. Es besteht auch die Möglichkeit, daß auf der einen Station und auf der anderen Station die Leute in der gleichen Schicht eingesetzt werden, so daß sich Fahrgemeinschaften bilden können. Also, wir würden uns wirklich sehr freuen und em, wie gesagt, es ist in der Psychiatrie sehr interessant, hier findet einfach das satte Leben statt.“

Frau B.:

„Also, der erste Satz, den ich damals gehört habe von meiner Anleiterin: „Hier lernst du fürs Leben.“ Ja, und da hab ich gedacht, mal gucken.“

Frau A.:

„Es ist das satte Leben, du lernst den blanken Wahnsinn kennen!“

Das „satte Leben“ und der „blanke Wahnsinn“. Ist der blanke Wahnsinn das satte Leben? Wie kann man diesen Ausspruch, der ja wie ein Werbeslogan vorgetragen wird, verstehen? Welches Bild der eigenen Tätigkeit wird damit entworfen?

Die bis dahin gegebenen Informationen konnten die Studierenden kaum satt machen, sprich befriedigen. Nun werden in diesem Schlußteil nochmal alle Anstrengungen der Beruhigung und Beschwichtigung unternommen: Ja, wir können euch schon was bieten, wir können euch ernähren, wir sagen euch schon, wo es lang geht, ihr könnt hier einsteigen (Fahrgemeinschaft), ihr kriegt auch was von uns – und zwar etwas nachhaltiges: Ihr lernt fürs Leben!

Das Wort „satt“ hat in unserem Sprachgebrauch verschiedene Konnotationen. Es beinhaltet sowohl Zufriedenheit, Wohlbehagen als auch Überdruß, Überfülle. In diesen Sätzen wird möglicherweise darauf hingewiesen, daß die Arbeit Befriedigung bietet, verbunden mit der Möglichkeit, Zugang zu den eigenen Tiefen zu bekommen, die einem sonst verborgen bleiben. Jedoch bleibt unklar wer eigentlich gesättigt wird, und womit diese Sättigung geschieht! Ist Sattwerden, die Fütterung, nicht auch ein Bild der Familie? Wird hier die pädagogische Tätigkeit in eine Familienszene eingesponnen und die orale Befriedigung eines Säuglings vorgeführt? Nehme ich die Arbeitsaufgabe in den Blick, dann sind es wohl die Jugendlichen, die gepflegt, umsorgt und gefüttert werden. Man kann sich leicht das zufriedene Lächeln eines Säuglings nach dem Stillen vergegenwärtigen.

Allein: Gekoppelt mit dem blanken Wahnsinn erstarrt dieses Lächeln zu einer Grimasse. Mit dem blanken Wahnsinn scheinen Gefühle von Angst, Chaos, Leere, Aggression, Leid und Schmerz auf. Ist das die Nahrung, von der hier verschlüsselt und tendenziell zynisch gesprochen wird? Ist es somit etwas Unverdauliches, ja Verdorbenes, das den Jugendlichen geboten wird, so daß ihnen das Lächeln auf dem Gesicht gefriert?

Aber vielleicht sagt das Zitat, daß sich die pädagogischen MitarbeiterInnen von den Jugendlichen ernähren, an denen ist ja kein Mangel. „Hier ist das satte Leben“, sagt die Pädagogin zu den Studentinnen. Das Satt bezieht sich dann auf die MitarbeiterInnen selbst, und der blanke Wahnsinn bezieht sich auf das, was sie kennenlernen, die Jugendlichen, davon ist in Überfülle vorhanden.

Oder beschreiben die PädagogInnen, daß sie sich von den Jugendlichen aufgefressen fühlen, sie sich in einem ausgesaugten Zustand befinden, ihnen die Kraft und Lebendigkeit genommen wird, was in dem Gespräch als Freudlosigkeit und Anklage imponiert?

Mit diesen Fragen, wer ernährt bzw. gesättigt wird, taucht das Phänomen der Verschmelzung, der unklaren Grenzen auf, ein Problem, welches in der Arbeit mit regressiven Menschen immer virulent ist. Es ist ja bekannt, daß schon die Eigenart der in psychiatrischen Institutionen durchgeführten Aufgaben dieses Berufsfeld als eines auszeichnet, in denen Abgrenzungsprobleme der MitarbeiterInnen dominierend auf Dauer gestellt werden. Der Umgang mit regressiven Jugendlichen wirkt sich offensichtlich auf die pädagogischen MitarbeiterInnen aus.

2. Beispiel

Das nun folgende zweite Beispiel entstammt einem anderen einstündigen Gespräch, in dem die ÄrztInnen ihre Aufgaben und Arbeitsweise den Studentinnen vorstellten. Hier kamen folgende Themen zur Sprache:

- die eigene Berufsmotivation;
- die notwendigen ärztlichen und therapeutischen Weiterbildungen;
- die Supervisionen der Einzel- und Familiengespräche seitens eines Psychoanalytikers; sowie
- die Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen, einschließlich der hierarchischen Institutionsstruktur.

Eine Stationsärztin schildert ihren Tagesablauf und beendet ihren Beitrag mit den Worten:

Stationsärztin:

„... aber das ist auch so eine Sache, eben loslassen zu können, nicht irgendwie alles selber machen zu wollen, also, ich hab am Anfang dazu tendiert, möglichst alles selbst machen zu, mich um jeden Patienten so ausführlich bis ins Kleinste zu kümmern, ... und dabei eben oft in die pädagogische Bereiche reinzurutschen, weil ich eben mich voll um den Patienten kümmern wollte, und da muß man eben wirklich sagen, eh, das ist nicht meine Aufgabe, das ist schwer, also gerade so am Anfang, wenn man so voller Ideale steckt oder so.“

Studentin der FHS:

„Ich glaub, das würde mir irgendwie nicht reichen, also wenn ich dann die medizinische Seite sehe und ich kann aber trotzdem irgendwie nicht den Tag mit den Jugendlichen leben, verleben, das finde ich irgendwie unbefriedigend.“

Oberärztin:

„Ich denke, Sie haben da vollkommen recht, aber dann muß ich meinen Job wechseln, das ist genau so'n Punkt, das ist, ich sag mal, die Wärme der Gruppe und natürlich die Wärme der Kinder nich, das ist ja was Tolles und der Jugendliche ne, aber ich hab nen anderen Beruf erwählt und das heißt, ich muß diese Bedürfnisse, die ich natürlich habe, ne, wo ich dann immer denke, ach ne, man könnte sie herzen und so, ich muß mir diese Abstinenz auferlegen, klar ne, das ist, das muß ich woanders verwirklichen, das geht eben nicht so wie bei den Pädagogen.“

Hier möchte ich den Gesprächsausschnitt beenden. Im letzten zitierten Satz fällt der Begriff der Abstinenz, womit eine professionelle Haltung bezeichnet wird, die hier allein der ärztlichen Tätigkeit zugeordnet wird. Eine Haltung, die Thea Bauriedl umschreibt als „sich nicht verwenden lassen, den anderen nicht verwenden“ (1980, S. 53). Dies für sich genommen kann ja eigentlich nur Zustimmung gewinnen, aber warum muß diese – zumindest theoretisch – selbstverständliche berufliche

Haltung in Abgrenzung zu einer anderen Berufsgruppe – hier der der PädagogInnen – betont werden? Müssen sich denn die Mitglieder dieser Berufsgruppe, wollen sie eine professionelle soziale Arbeit mit den Jugendlichen leisten, nicht ebenfalls abstinente verhalten? Oder beschreibt die Oberärztin hier einen Zustand der PädagogInnen, den sie als kritikwürdig erachtet und von dem sie sich abgrenzen möchte? Hatte sie vorher das multiprofessionelle Arbeiten als eine positive Besonderheit dieser Klinik dargestellt, wird hier ein vehementes Abgrenzungsbestreben erkennbar.

Wird das gruppentypische Spannungsfeld zwischen Verschmelzung und Getrenntheit, Abhängigkeit und Autonomie – zumindest zu diesem Zeitpunkt – derart gelöst, daß die Spannungspole jeweils den zwei hier zur Debatte stehenden Berufsgruppen (pädagogische Schichtdienstler und Ärzte) zugeordnet werden? Die Möglichkeit, das Bedürfnis nach Nähe, Geborgenheit und Wärme auch zu befriedigen, wird – eventuell neidvoll? – den PädagogInnen zugeordnet, für die eigene Berufsgruppe dagegen ein heroischer Verzicht proklamiert. Dabei wird zugleich ein Abgrenzungsbestreben herausgestellt und dies als professionelle Haltung nur für die eigene Berufsgruppe reklamiert. Der Gegenüberstellung der Begriffe „herzen“ und „Abstinenz“, Symbole der leidenschaftlichen Lebendigkeit und der Versagung (Enthaltensamkeit) folgt eine Bemerkung zur berufsspezifischen Tätigkeit. Werden so die Affekte, auf die dieses sinnlich-emotionale Wort „herzen“ hinweist, über eine Rationalisierung aus der möglichen Bandbreite der ärztlichen Handlungen mittels der Verwendung eines kühlen, rationalen Fachterminus abgespalten?

Nun ist ja das Suchen nach einer Balance zwischen Verschmelzung und Trennung, Abhängigkeits- und Autonomiebestrebungen innerhalb eines Teams ein typisches gruppenspezifisches Geschehen, welches hier allerdings besonders drängend wird, gerade weil die Menschen täglich miteinander umgehen und daher in einer sehr engen Beziehung zueinander stehen. Und allein das institutionelle Ziel, eine Kooperation zwischen den Berufsgruppen zu erreichen, geht auf der affektiven Ebene mit dem manifesten Wunsch nach Nähe einher. Dem korrespondiert aber gleichzeitig die institutionelle Erfahrung der Getrenntheit: Die formal hierarchische Struktur – weisungsbefugt sind die Ärzte – bleibt ja bestehen. Und genau diese Funktion verlangt ja eine distanzierte Sichtweise über die Geschehnisse auf der Station. Der Wunsch nach Nähe innerhalb des Gesamtteams – „die Wärme der Gruppe“ – könnte aber auch als Abwehr von Neidimpulsen gelesen werden.

Die Gegenüberstellung von „herzen“ und „Abstinenz“ spielt offensichtlich für die Beziehung zwischen den beiden Berufsgruppen eine fundamentale Rolle. In den Aussagen scheinen jeweils Affekte auf, die auf gegenseitige Neidimpulse hindeuten, auf die ich hier nur kurz verweisen will. „Neid ist das ärgerliche Gefühl, daß eine andere Person etwas Wünschenswertes besitzt und genießt, wobei der neidische Impuls darin besteht, es wegzunehmen oder zu verderben“ (Klein 1972, S. 175). Der

Neidimpuls ist demzufolge mit heftiger destruktiver Regung gekoppelt, mit dem Bestreben, dem Objekt Schaden zuzufügen.

Im interpersonalen Zusammenspiel zwischen ÄrztInnen und PädagogInnen lassen sich die Aussagen vielleicht folgenderweise interpretieren: Auf seiten der PädagogInnen: „Wir *beneiden* euch um die Chance, von den negativen Aspekten der unmittelbaren Beziehungsarbeit verschont zu werden⁴, wir *nehmen* euch die Möglichkeit des emotional befriedigenden Kontaktes zu den Jugendlichen.“

Auf seiten der ÄrztInnen: „Wir sind *neidisch* auf eure rollenspezifischen Möglichkeiten, zu den Kindern und Jugendlichen intensive libidinöse Beziehungen aufzubauen, wir *nehmen* euch die Chance der Abgrenzung, Distanzierung und Kontrolle.“

Auch die Wünsche nach Nähe zu den Jugendlichen – „Die Wärme der Kinder“ – können offensichtlich nicht in die ärztliche Berufsrolle integriert werden, aber sie bleiben projektiv bewahrt. Das pädagogische Personal, ein Teil des Gesamtteams, erhält geradezu die verpflichtende Erlaubnis, diese Bedürfnisse nach Geborgenheit, Wärme und Nähe zu befriedigen, freilich um den Preis der professionellen Entwertung.

Und doch: Irritierend finde ich die einseitige Hervorhebung von lustvollen Affekten. Gerade die Betonung dieser positiven Gefühle maskiert die in der Arbeit mit psychisch schwer gestörten, meist psychotischen Jugendlichen tatsächlich *auch* erfahrbaren intensiven negativen Gefühle: Wut, Haß, Ekel, Leere und Angst sind im Begriff „herzen“ nur versteckt benennbar. Augenscheinlich ist hier der Begriff Abstinenz als eine Art Rüstung benutzt worden, als Schutzschild vor diesen tatsächlich nur schwer erträglichen Affekten. Ist der Spruch: „Ich muß mir diese Abstinenz auferlegen“, als eine getarnte Angstabwehr zu interpretieren, als ein Versuch des Sich-vom-Leib-Haltens dieser intensiven, ängstigen Gefühle, nur gehüllt in „Fachlichkeit“? Die Gegenüberstellung von „herzen“ und „Abstinenz“ sowie „satt“ und „Wahnsinn“ erhält so m.E. eine besondere Brisanz im Zusammenspiel der beiden Berufsgruppen.

Zum Konzept der Projektiven Identifizierung

Das Problem von Verschmelzung und Abgrenzungen, Nähe und Distanz taucht in der Arbeit mit regressiven Menschen im besonderen Maße auf. Verständlich wird dieses Phänomen mit dem Kleinianischen Konzept der Projektiven Identifizierung. Diesen Mechanismus beschreibt Rosenfeld (1990) eindrücklich: Der Psychotiker „projiziert dann Regungen oder Teile seiner selbst in den Analytiker, damit dieser seine Erfahrungen fühlen und verstehen und fähig sein kann, sie in sich zu bewahren, so

⁴ Die faktische Unterschiedlichkeit der Bezahlung und der gravierende institutionell verschiedene Status werden hier nicht eigens erwähnt.

daß sie ihre erschreckende Eigenschaft oder ihre Unerträglichkeit verlieren und einen Sinn erlangen, indem der Analytiker sie durch Deutungen in Worte umzusetzen vermag. Diese Situation scheint für die Entwicklung introjektiver Prozesse und die Entwicklung des Ichs von grundlegender Bedeutung zu sein: sie ermöglicht es dem Patienten zu lernen, seine eigenen Regungen auszuhalten, und die Deutungen des Analytikers machen seine infantilen Reaktionen und Gefühle dem gesunderen Selbst zugänglich, das nun beginnen kann, über die Erfahrungen, die zuvor keinen Sinn hatten und ihn erschreckten, nachzudenken. Der psychotische Patient, der vorrangig zu Kommunikationszwecken projiziert, ist ganz offenkundig empfänglich dafür, daß der Analytiker ihn versteht, deshalb ist es entscheidend, daß dieser Kommunikationstyp erkannt und entsprechend gedeutet wird.“ (Bott Spillius 1990, 153)

Bion hat nun dieses Kleinianische Konzept durch einen interpersonellen Aspekt ergänzt. Mit seiner Ausgangsfrage: „Was ist im Denken des Kindes ein Gefühl?“ (Bion 1992, 163) beschäftigt er sich mit den Differenzierungs- und Entwicklungsprozessen des kindlichen Erlebens und Denkens. Das Wachstum der psychischen Entwicklung des Kindes sieht er in Abhängigkeit von der Fähigkeit der Mutter, sich in das Kind „träumerisch“ hineinzufühlen. Die von dem Kind über den Weg der Projektion mitgeteilten nicht-integrierten und daher unerträglichen Gefühle (Beta-Elemente) muß die Mutter in sich aufnehmen können, eine Aufgabe, die Bion als Containerfunktion bezeichnet. Um eine Reintrojektion des Projizierten und damit die Integration des Ichs zu ermöglichen, muß diese Projektion verarbeitet und in veränderter Form zurückgegeben werden. Wenn die Mutter mit den Gefühlen, die in sie projiziert werden, umgehen kann, kann sie diese als bekömmliche Nahrung dem Kind zurückgeben. Das Kind introjiziert damit ihre Fähigkeit, seine projektive Identifikation als Kommunikation zu begreifen und ihr eine zutreffende Bedeutung zuzuordnen, eine Voraussetzung zur Entwicklung eines psychischen Apparates. Bion hat dieses theoretische Modell in der Arbeit mit psychotischen Patienten entwickelt und entsprechend die Aufgaben und Fähigkeiten der Mutter mit denen des Analytikers analogisiert.

Versuchen wir sein theoretisches Modell auf die psychiatrisch-stationäre Behandlung von psychisch erkrankten Jugendlichen zu übertragen und betrachten wir hier das Arbeitsteam in der Funktion eines Containers, der für die Verarbeitung der vielfältigen, bizarren Projektionen seitens der Jugendlichen verantwortlich ist, diese also aufzunehmen und in sich zu verarbeiten hat, um sie dann über Antworten und Reaktionen den Jugendlichen zurückzugeben.

Nun beschreibt Bion vor allem die pathologischen Formen der projektiven Identifizierung und zieht damit die mögliche Verarbeitungsunfähigkeit des Empfängers in Betracht. Die gewaltige Intensität innerer bizarrer Objekte, derer sich die Patienten über den Kommunikations-

und Abwehrmechanismus der projektiven Identifizierung zu entledigen suchen, bedeutet immer auch einen Angriff auf die „Alpha-Funktion“ – wie er die Verarbeitungsfähigkeit des Empfängers nennt –, und führt möglicherweise zu einer Zerstörung der Container-Funktion. Die aufgenommenen Affekte können dann vom Team nur aufgenommen, nicht aber verdaut werden, ja, werden nicht einmal als von den Patienten produzierte wahrgenommen (vgl. Engel 1992). Die pädagogischen MitarbeiterInnen, die die meiste Zeit mit den Jugendlichen auf der Station verbringen, sind für diese Angriffe auf ihre Verarbeitungsfähigkeit von projektiver Identifizierung im hohen Maße anfällig und erleben diese Affekte möglicherweise in Form eigener Diffusität, Unfähigkeit, Leere, Aggression und Angst. Affekte, die möglicherweise während des Gesprächs als freudlose und depressive Stimmung beeindruckten. Vielleicht kann die Äußerung: „Hier findet das satte Leben statt, ihr lernt den blanken Wahnsinn kennen.“ als Abwehrreaktion, als Symptom begriffen werden, zu verstehen als Störung der Containerfunktion. Damit würde sich das „satt“ auf die Überfülle der unverdaulichen, gleichsam unerträglichen Projektionen der Jugendlichen beziehen, auf die die PädagogInnen mit eigenen Ängsten vor Desintegration antworten. Solange diese aber unverstanden bleiben, kann den Jugendlichen keine Möglichkeit der Reintrojizierung verarbeiteter Affekte und damit eine Integration des Ichs ermöglicht werden. Zum Aushalten und Verstehen dieser Anhäufung von bizarren Phantasien bedürfen die PädagogInnen einer Unterstützung über die Nutzung von Distanzierungs- und Abgrenzungsräumen, in denen über eigene Ängste, Diffusionen, Wut, Ekel, Leere und Zuneigungen gesprochen werden darf, verbunden mit der Chance, eigene Belastungsgrenzen zu setzen, um sich aus diesen projektiven Identifizierungen lösen zu können.

Zum Zeitpunkt der Gespräche scheinen diese Möglichkeiten einseitig auf die ärztliche Seite verlagert zu sein. Diese Aufteilung läßt sich im ersten Gespräch schon ahnen, wurde aber deutlicher im Ausschnitt des zweiten Gesprächs. Gleichwohl dürfen negative Affekte, vor allem Angst, Wut und Aggressionen, auf beiden Seiten nicht thematisiert werden.

Die zwei Äußerungen: „Ich muß mir diese Abstinenz auferlegen, ... das geht eben nicht so wie bei den Pädagogen.“ und „Hier findet das satte Leben statt, ihr lernt den blanken Wahnsinn kennen.“ imponiert als Kollusion zwischen den ärztlichen MitarbeiterInnen und den PädagogInnen. In diesem Arbeitsteam kann die notwendige Balance von Nähe und Distanz offensichtlich nicht gemeinsam gefunden werden, sondern bleibt – institutionell verführt – auf die Berufsgruppen aufgespalten, was die professionelle Erfüllung der gemeinsamen Arbeitsaufgabe, die Verarbeitung der vielfältigen, bizarren Projektionen seitens der Jugendlichen, behindert. Auf die daraus resultierenden Desintegrationsängste seitens der PädagogInnen antworten die ÄrztInnen augenscheinlich mit vehementem Abgrenzungs- und Kontrollzwang.

Im Sinne einer Kollusion lassen sich die Aussagen vielleicht folgender-

maßen lesen: Auf seiten der ÄrztInnen: „Wir müssen so kalt und abstinente sein, weil ihr uns soviel Angst macht“; auf seiten der PädagogInnen: „Wir müssen euch soviel Angst machen, weil ihr so abstinente seid“.

Literatur

- Bauriedl, Th.
1980 Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie, Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1989 3. Auflage
- Bion, W. R.
1962 Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1992
- Buchinger, K.
1988 Über eine Form von Widerstand – Trainingserfahrungen in der öffentlichen Verwaltung. In: *Gruppendynamik*, 18. Jg. Heft 1, 29-45
- Buchinger, K.
1991 Organisationsbewußtsein und innerbetriebliche Selbstreflexion oder: Organisationen müssen radikale strukturelle Veränderungen bewältigen. In: *Gruppendynamik*, 22. Jg. Heft 4, 391-414
- Engel, U.
1992 Schneeweiße Cola in Acapulco. In: *Werkstattberichte Sozialpädagogik am Institut für Kleinkind-, Erwachsenen- und Sozialpädagogik der FU Berlin*, Heft 1, 18-27
- Gaertner, A.
1993 Supervision und Institutionsanalyse. In: Muck, M., Trescher, H.-G. (Hrsg) 1993, 237-258
- Gildemeister, R.
1983 Als Helfer überleben. Beruf und Identität in Sozialarbeit/pädagogik. Neuwied (Luchterhand)
- Horn, K./Beier, Ch./Wolf, M.
1983 Krankheit, Konflikt und soziale Kontrolle. Opladen (Westdeutscher Verlag)
- Japp, K. P.
1986 Wie psychosoziale Dienstleistungen organisiert werden. Frankfurt/M. (Campus)
- Keupp, H.
1988 Riskante Chancen. Das Subjekt zwischen Pseudokultur und Selbstorganisation. Heidelberg (Asanger)
- Klein, M.
1972 Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Hamburg (rororo)
- Leithäuser, Th./Volmerg, B. (Hrsg.)
1981 Entwurf zu einer Empirie des Alltagsbewußtseins. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- Luhmann, N./Schorr, K. E.
1982 Zwischen Technologie und Selbstreferenz. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- Mentzos, S.
1988 Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- Menzies, I.
1974 Die Angstabwehr – Funktion sozialer Systeme – ein Fallbericht. In: *Gruppendynamik*, Heft 2, 1974, 183-216
- Offe, C.
1984 „Arbeitsgesellschaft“: Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven. Frankfurt/M., New York (Campus)

Rosenfeld, H.

1990 Zur Psychopathologie psychotischer Zustände. Die Bedeutung der projektiven Identifizierung für die Ich-Struktur und die Objektbeziehung der psychotischen Patienten. In: Bott Spillius (Hrsg.): Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis, Bd 1. München, Wien, (Verlag Internationale Psychoanalyse), 148-173

Schülein, J. A.

1987 Theorie der Institution. Eine dogmengeschichtliche und konzeptionelle Analyse. Opladen (Westdeutscher Verlag)

