

CaSu – Fachtagung 2010

Vortrag „Bindung und Institution“

Sehr geehrte Damen und Herren,
Guten Tag, liebe Kollegen und Kolleginnen,
als ich vorgestern im Tagungshaus eintraf, bin ich nett begrüßt und empfangen worden. Dafür an dieser Stelle ein Dankeschön. Wenn ich genau bin, war aber schon die Kontaktaufnahme zu mir durch Herrn Bürkle ausgesprochen freundlich und angenehm. Es gab genug Zeit für Fragen zu der Veranstaltung und das freundliche Miteinander blieb bis zuletzt – selbst als ich noch kurz vor der Veranstaltung um Veränderung des Mediumswunsches bat. Jetzt werden Sie sich fragen, warum ich das erwähne. Ich bin jetzt schon mitten im Thema: es geht mir um den ersten Kontakt, den ersten Eindruck. Sie werden - so hoffe ich - den Grund dieses Einstiegs nach Beendigung besser einordnen können, denn der erste Eindruck hat immer Auswirkungen.

Worauf will ich hinaus...

Bindung - Anbindung - die ja geschehen soll, beginnt mit dem ersten Kontakt.

In jeder helfenden Beziehung zeigen sich Elemente von Kontakt und Begegnung, obwohl Kontakt in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken eher ein Ziel des Hilfeprozesses ist als ein voraussetzbarer Faktor in diesem Prozess. Und in jeder helfenden Beziehung spielen äußere Einflüsse eine Rolle - so der soziokulturelle, der sozioökonomische Kontext, so der institutionelle Kontext.

Beziehungen und Bindungen sind immer kontextabhängig - also in welchem Raum, an welchem Ort findet Beziehung statt. Die Patienten erlebten Beziehungen in ihren Familien - mit dessen pathogenen wie salutogenen Faktoren. Sie suchen Hilfe oder Hilfe wird ihnen angeraten oder empfohlen (Hier kurz die Frage: Wann und warum empfiehlt man bspw. eine Beratungsstelle, eine bestimmte Klinik? Welche Faktoren spielen hier eine Rolle? Hier kommt der Aspekt der Wettbewerbsfähigkeit auf, mit dem sich auch soziale Einrichtungen und Verbände beschäftigen sollten). Also Behandlung und Beratung, in denen die Beziehungsfähigkeit der Patienten gefördert oder erst entwickelt werden soll, in denen Beziehungen zu den Therapeuten aufgebaut werden soll, findet in Institutionen statt. Daher macht es natürlich Sinn diese Perspektive auch in dieser Fachtagung zu betrachten.

Wie Sie wissen, ist die „eigentliche“ Arbeit bei einer Vortragstätigkeit die Vorbereitung: Überlegungen stellte ich an: Was sage, worauf beziehe ich mich? Welchen Schwerpunkt soll ich setzen?

Hier galt es für mich, innezuhalten, zu reflektieren, was ich denn selbst für Erfahrungen habe mit Institutionen, mit Systemen.

System Familie, meiner Herkunftsfamilie, Institution Kirche spielte hier eine große Bedeutung in dem kleinen Dorf, in dem ich aufwuchs. Einen Kindergarten habe ich nicht besucht, aber dann natürlich Schule. Nach dem Abitur machte ich ein soziales Jahr im Kindergarten - scheinbar wollte ein Teil in mir doch noch Erfahrungen mit der Institution „Kindergarten“ machen - das viel mir aber erst bei der Vorbereitung ein. Es folgte das Sozialarbeitsstudium in Osnabrück an der Kath. Fachhochschule.

Herr Bürkle sprach von einem Praxiskurzvortrag - also begann ich meine Berufspraxis zu betrachten und mich zu fragen, aus welcher Perspektive ich hier berichten will und welche Brille ich aufsetzen will. Und vor allem nur kurz. In der Auseinandersetzung mit dem mir gestellten Thema zogen die sehr verschiedenen persönlichen Berufserfahrungen - insbesondere die, die ich als Suchttherapeutin in Suchtinstitutionen machte - an meinem inneren Auge vorüber.

Entschieden habe ich mich, hier auf zwei meiner (bisherigen) Praxisfelder einzugehen. Als erstes auf die Tätigkeit als Lehrtherapeutin am Fritz-Perls-Institut. Ich bin dort Trainerin in der Suchtausbildung - unter anderem leite ich dort das Seminar „Die therapeutische Beziehung“ und gewinne so viele Einblicke in verschiedene Suchteinrichtungen bundesweit. An dieser Stelle wird auch mein therapeutischer Ansatz oder die Perspektive deutlich, die ich vertrete - nämlich die des „Integrativen Ansatzes“.

Beginnen möchte ich einer kleinen Visualisierungsübung zum Thema „Ich als Therapeutin in meiner Einrichtung“, die ich gerne nutze im Rahmen der Ausbildung zum Suchttherapeuten/in (Hier ein „Danke“ an Wolfgang Scheiblich (!), durch den ich im Rahmen meiner Suchttherapieausbildung diese Übung selber kennen lernte). Bei dieser Übung wird der Fokus auf den Erstkontakt gelegt, denn vor jeder Bindung, vor jeder Beziehung steht der Kontakt. Oder noch genauer: zuerst ist der Kontakt, dann gibt es Begegnungen, es folgen Beziehungen, aus denen eine Bindung entstehen kann.

Visualisierungsübung:

Nehmen wir mal an, ich würde Sie persönlich in Ihrer Einrichtung besuchen wollen? Gehen Sie in Gedanken einmal den Weg zu Ihrer Einrichtung. Wie ist dieser? Wenn ich dann die Eingangstür betrete, was sehe ich? Finde ich Sie sofort? Würden Sie mich abholen? Begrüßen? Würde ich warten müssen - wenn ja, wo? Wie ist der erste Eindruck? Einladend? Wie ist die Atmosphäre in Ihrem Haus? Und jetzt anders: Stellen Sie sich vor, Sie würden selbst Ihre Einrichtung besuchen - in der Rolle als Patient/in. Wie würden Sie „aufgenommen“? Bekommen Sie Lust zu bleiben oder ist der Impuls eher „ich will weg“?

Versuchen Sie bitte, sich das gedanklich vorzustellen, ja vielleicht kommen auch Bilder auf vor Ihrem inneren Auge. Nehmen wir mal an, Sie müssten „dieses innere Bild“ jetzt beschreiben, ja, malen – wie würde es aussehen?

In der Suchtausbildung bitte ich die Anwesenden Ihre Resonanz zu malen. Malen – als kreatives Medium im Integrativen Ansatz.

Übrings ist mir bewusst, dass alleine schon das Wort Malen eine Abwehrreaktion auslösen kann, jedoch lohnt es sich dieses einmal auszuprobieren. Ich habe in der Patientenarbeit schon sehr gute Erfahrungen gemacht - auch mit den „Widerspenstigsten“.

Hier sehen Sie ein gemaltes Bild.

In dem Bild dieser Ausbildungskandidatin wird deutlich wie die Gestaltung der therapeutischen Beziehung mit den Räumlichkeiten, den Arbeits-Bedingungen der Einrichtung zu tun hat.

Sie stellte fest, dass sie kein wirklich einladendes Bürozimmer hatte, das es mehr an ein Dienstzimmer erinnert – ein großer Schreibtisch, der auch auf dem Amt zu finden ist.

Und sie stellt dar, dass Berichte zu viel Zeit einnehmen, und sie dadurch zu wenig Zeit für den Beziehungsaufbau hat.

Zum anderen berichtete sie vom Alltag, der bestimmt ist von Hetze, wenig Zeit, viel Dokumentation, Statistik, QM.

Sie hat wenig, manchmal keine Zeit für die Anliegen der Patienten, weil Berichte „weg“ müssen. Und sie stellt sich auch die Frage, ob die wirklich jemand liest?

Sie beschrieb, dass es Energie, Kraft kostet, sich abzugrenzen, Patienten wegzuschicken bzw. auf einen anderen Tag mit hoffentlich mehr Zeit zu „vertrösten“; sie sprach vom „inneren Druck“ - denn eigentlich findet sie es wichtig, Zeit zu haben und es gehört zu ihrem inneren Anspruch, Konzept, sich Zeit zu nehmen, um Annäherungsprozesse oder anders ausgedrückt: Affiliationsprozesse zu initiieren.

Drei Begriffe möchte ich kurz an dieser Stelle erläutern, die unmittelbar mit dem Thema der Bindung zu tun haben - nämlich:
die „Affiliation und Reaktanz und die Konvivalität“.

Affiliation

meint das menschliche Bedürfnis nach „Zugesellung“, nach der Tendenz „die Gesellschaft Anderer zu suchen“. Es meint das Herstellen von Nähe und dem Wunsch, sich zugehörig zu fühlen. Es geht um gefühlsorientierte Beziehungen nicht nur zu Einzelpersonen - wie bspw. zu einem Helfer, zum Therapeuten/in, sondern auch zu Netzwerken, zu Institutionen - sich also einer Einrichtung und auch zu einem Verbund zugehörig zu fühlen - wenn auch nur für einen kurzen Lebensabschnitt.

All das geschieht durch das Erleben von positiver Beziehungsgestaltung für die Zeit in der Einrichtung - ja manchmal darüber hinaus. Deutlich wird so etwas bei Jahrestreffen, wo ehemalige Patienten den Ort „in dem sie heilende Erfahrungen machten“ - wo so etwas „wie ein Zuhause“ entsteht. So hat es einmal ein Patient von mir gesagt - für eine gewisse Zeit (als Ergänzung von mir).

Häufig wird hier von Übertragungsphänomenen auf die Einrichtung gesprochen. Gemeint sind hier eher positive Affiliationen.

Menschen schließen sich anderen Menschen und auch Institutionen an, die hilfreich sind/waren, die „gut tun“.

Gelungende Affiliation sind dort möglich, wo das Klima ein Einladendes ist - Prof. Petzold spricht von der Konvivalität.

Konvivalität

meint die Schaffung eines gastfreundlichen, wohltuendem Klimas, welches Annäherung ermöglicht. Das erscheint einigen von Ihnen vielleicht zu harmonisch, zu schön, zu unrealistisch. Gemeint ist damit nicht, dass es nicht zu Grenzsetzungen

kommt - dass es in der Einrichtung keine Regeln gelten, dass der Patient als Gast alles machen kann, was er will - das meint es nicht.

Zum Ausdruck bringen, will ich, dass ein Klima in der Institution nötig ist, wo man Zeit hat, anzukommen und sich einzulassen - vielleicht schütteln Sie mit dem Wissen der Vorgaben von den Rentenversicherungsträgern den Kopf, denn insbesondere soll und muss es ab dem ersten Tag „richtig losgehen“ - ja, da bin ich ganz dieser Meinung!!

Hier stellt sich für mich aber die Frage des „Wie´s“??

Was heißt „loslegen“ und in welcher Art?

Mein Eindruck ist - durch die Erfahrungen in der Ausbildung, durch Supervision, durch eigenes Tätigsein in Suchtsystemen mit dem Erleben von Strukturveränderungen, Gesundheitsreformen, Behandlungszeitverkürzungen und -optimierungen - , dass gerade durch ein vorschnelles, rigides und wenig einladendes Klima zu Beginn, beim Erstkontakt Blockaden entstehen, die dann im Laufe der Zeit erst abschmelzen - manchmal mühsam, zeitraubend.

Der erste Eindruck ist prägend - so heißt es doch. Und das gilt auch für eine Einrichtung. Ich bin davon überzeugt, dass wenn wir zu Beginn achtsam, wertschätzend, einladend sind, sich dieses positiv auswirkt. Konkret heißt das: sich Zeit nehmen, Dinge zu erklären, Transparenz zu schaffen, Vorbehalte und mögliche Ängste anzusprechen. Insgesamt gesehen, gewinnen wir Zeit und verbringen / vergeuden nicht wertvolle Zeit mit Machtkämpfen - mit reaktantem Verhalten.

Reaktanz -

verstanden als komplexe Abwehrreaktion, die als Reaktion auf äußere und innere Einschränkungen aufgefasst werden kann, ausgelöst z.B. durch Druck (z.B. Nötigung, Drohungen) oder die Einschränkung von Freiheiten, Spielräumen (z.B. Verbote, Zensur (un)geschriebene Regeln).

Hier zeigt sich das Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben, die auch in Therapien bzw. in den Einrichtungen ihre Bedeutung haben, denn neben dem Moment der Bindung muss auch das Moment des persönlichen Freiraums berücksichtigt werden, damit nicht reaktantes Überschiessen erfolgt. Häufig höre ich (hier in der Rolle als Supervisorin) dass ein Patient im Widerstand ist und nicht will

(- nicht das Thema meines Vortrags, aber es lohnt sich, sich intensiv mit dem „Willen und Wollen“ insbesondere in der Suchtarbeit zu beschäftigen).

Einmal abgesehen davon, dass ein Widerstand bei Veränderungsprozessen völlig normal und auch protektiv, also schützend ist (Schutz vor Traumatisches, „schrecklich-nicht-Integriertes“) kann es auch Reaktanz sein - also eine „normale“ Reaktion aufgrund einer menschlichen Freiheitsbeschränkung, denn wir alle bäumen uns auf, wenn uns etwas „gegen den Strich“ geht, wenn wir eingeschränkt werden. Ja, ggf. kann es sogar ein sehr gesundes Zeichen sein, wenn und das (!) sich ein Patient „wehrt“.

Für alle in Einrichtungen Tätige ist es bedeutsam, sich mit dem Reaktanzbegriff zu beschäftigen und zu reflektieren, dass es ein Zeichen von Gesundheit sein kann, wenn sich ein Patient gegen eine Regel des Hauses „wehrt“ - manchmal sogar auch lautstark.

Behandlungsziel ist es, die Patienten im Rahmen einer therapeutischen Beziehung zu eigenständiger und selbstverantwortlicher Lebensgestaltung zu verhelfen.

Oft genug habe ich das Gefühl, das wir sehr genaue Vorstellungen davon haben, wie diese Eigenständigkeit und Selbstverantwortung durch die Patient/in gelebt werden soll. So kommunizieren wir double-binds: „Verhalte Dich selbstständig, aber bitte so, wie ich/wir es für richtig halte(n)!“.

Dieses Muster kennen die Patienten häufig aus ihren Herkunftsfamilien. Nicht selten wird auf diese Weise die familiäre Abhängigkeit durch die Abhängigkeit vom Suchthilfesystem ersetzt.

Es geht also um das Wahrnehmen und das Akzeptieren von unterschiedlichen, ja auch persönlich berechtigten Interessen, die dann im Kontakt und in der Beziehung gemeinsam verhandelt werden müssen. Natürlich muss eine Institution Regeln und Bedingungen festlegen (wie auch eben eine Familie), aber Bedingungen und Grenzen sollten auch im Dialog besprochen und ggf. ausgehandelt werden können - Therapie ist Handeln um Grenzen.

Wenn ich in den Seminaren die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung und der damit verbundenen Zeitressource hervorhebe – insbesondere weil „Heilung durch Begegnung und Beziehung“ möglich ist, im Sinne von Martin Buber das „Ich am Du“ wird, dann werde ich auch kritisch angefragt, bzw. gefragt, was sie mit einer Theorie und mit Konzepten sollen, wenn sie schwer umsetzbar sind; diese zwar überzeugend klingen, aber nicht zeitgemäß sind.

Mit zeitgemäß meinen sie, dass diese in den beruflichen Alltag eines Suchttherapeuten/tin in seiner/ihrer Institution nicht passt.

Natürlich müssen Berichte geschrieben werden. Ich kann mich selbst erinnern, dass ich häufig unter dem Berichtsdrucks keine Zeit für die wirkliche Kontaktaufnahme hatte und ich auch schon zu Beginn aufgrund von Vorgaben, am ersten Tag bei einem eh schon verunsicherten Patienten durch Fragen eher Instabilität als Stabilität und Sicherheit erzeugte. Ja, muss ein Patient wirklich schon am ersten oder zweiten Behandlungstag nach Belastungen in seinem Leben, ja Traumata, zu seiner Kindheit befragt werden?

Wie raus aus dem Dilemma....werden Sie mich fragen...

Vielleicht ist es erst einmal so, das wahr zu nehmen, und sich als Institution zu fragen, wie es möglich wird, trotz bestimmter Vorgaben, ein einladendes zur Anbindung motivierendes Klima herzustellen.

Hier spielt die persönliche Haltung des Therapeuten eine große Rolle.

Sicher stelle ich Fragen anders, wenn ich mir vornehme, wirklichen Kontakt herzustellen - was auch heißt innere Resonanzen bei mir als Therapeutin zu zulassen und wirken lassen, anstatt sofort zu analysieren, zu diagnostizieren.

Zeit für das Herstellen von Kontakt und so auch „ganzheitlichere Begegnungen“ führen eher dazu, dass sich das Gegenüber auf die Institution mit dessen Regeln, Vorgaben und Grenzen in einer erst einmal positiven Grundstimmung einlassen kann - und sich langfristig wohlfühlen kann.

Wohlfühlen - vielleicht wird der ein oder andere jetzt sagen, dass es nicht um Wellness geht.

Nein, Therapie ist keine Wellness, aber Therapie hat mit Verhaltensänderung zu tun, hat mit Lernen zu tun, hat mit sich zeigen, sich anvertrauen und mit Anbindung zu tun, das alles geht nur, wenn der Patient und die Patientin,
- aber auch ich als Mitarbeiter/in mich wohl fühle -
d.h. es geht um die Schaffung einer angenehmen Atmosphäre und einer positiven Grundstimmung gegenüber der Einrichtung. Und hier spielt die Philosophie, die Kultur der Einrichtung eine Rolle.

Was trägt also die Institution dazu bei, dass sich Patienten in der Einrichtung wohl fühlen, dass sich positive Affiliationsprozesse ermöglichen und eine An-Bindung erfolgt.

Darüber hinaus und da passt jetzt der Übergang zu dem zweiten Praxisfeld von mir - zu meinen Praxiserfahrungen in der Rolle der Supervisorin:

Was trägt die Institution dazu bei, dass es im Team ein gutes Klima gibt?
Und: was trage ich als einzelner Mitarbeiter/in dazu bei, dass ich mich in meiner Institution wohl, an-ge-bunden fühle?

Ich nehme jetzt die Perspektive der Supervisorin ein, die in Ihr Team kommt und Ihnen folgende Fragen stellt:

Wie sind die Beziehungen zu ihren Kollegen/innen, gibt es Bindungen - wie ist der kollegiale Austausch, die Zusammenarbeit?
Ist sie von Konvivialität geprägt?
Wie gehen Sie miteinander um?
Was glauben Sie nimmt ein Supervisor/in atmosphärisch wahr?
Wie würden die Patienten das Klima im Team beschreiben?
Welche Leitbilder gibt es? Werden die gelebt?
Wird das nach außen vertretene Konzept nach innen gelebt?
Hat man Lust in Ihrem Team zu arbeiten?
Wie ist die Motivation?
Wie ist die Beziehungskultur unter den Mitarbeiterinnen in der therapeutischen Einrichtung?

Ich stelle diese Fragen, weil ich davon überzeugt bin, dass sich Atmosphären übertragen. Patienten nehmen Stimmungen wahr - positive wie negative.

Patienten nehmen unterschwellige Konflikte, nehmen Druck, Konkurrenz, Belastungen wahr - all zu häufig kennt der Patient auch solche Stimmungen aus dem System Familie.

Ich stelle diese Fragen, um die Vorbildfunktion zu verdeutlichen. Wir wirken!
Die Institution wirkt immens durch das Vorleben.

An dieser Stelle gebe ich einen kleinen Gedanken-Input zum Thema „Beziehungskultur“ im Team (hier an Anknüpfung an Ursula Kuperys)

Unter den Stichworten Mitverantwortung, Transparenz, Respekt für die „Andersheit des Anderen“ und Konfliktfähigkeit erläutere ich bedeutsame Grundhaltungen eines therapeutischen Arbeitsteams, die immer wieder neu reflektiert werden müssen.

Mitverantwortung –

gemeint ist das Erlernen von Engagement und Verantwortung-tragen.

Jede/r Mitarbeiter/in sollte diese Haltung gegenüber seinen Klienten haben, aber auch gegenüber den Anliegen und Erfordernisse der Institution - also das Gesamte im Blick haben. Hier sind natürlich entsprechende Leitungsstrukturen notwendig. Zu dieser so verstandenen Mitverantwortung gehört für mich auch die Bereitschaft und Fähigkeit, dass wir als Helfer/innen offen zu unseren Möglichkeiten und besonderen Begabungen, aber auch zu unseren Grenzen stehen können. Gibt es also ein Klima in meiner Einrichtung, wo ich als Mitarbeiter/in offen sagen kann, dass ich mit dem Klient X nicht arbeiten kann, Schwierigkeiten habe? Eigenübertragungen mich hindern? Genderaspekte zum Tragen kommen (Wie ist der Umgang mit den Themenfeldern „Erotik und Sexualität“ in der therapeutischen Arbeit? Sind es Tabuthemen? Oder gibt es andere Themen, über die man auf keinen Fall sprechen sollte?).

Zur Mitverantwortung heißt es auch, dass wir im Team nicht wegschauen und schweigen, wenn wir gravierende Mängel in der Arbeit bei Kollegen/innen wahrnehmen.

Transparenz -

meint, dass ich als Mitarbeiter/in meine persönlichen Einstellungen (Werte und Normen, Menschenbild, Weltanschauung etc.) mitteilen kann und darf. Ich „mich“ und das, was mich insbesondere in der beruflichen Rolle ausmacht, zeigen darf. Die Transparenz ist eine Voraussetzung, daß wir uns im Team als Menschen „begegnen“ und nicht als „Macher/innen“ nebeneinander funktionieren. Gibt es also Raum der Institution für einen kollegialen Austausch: Wie geht es mir im Moment mit mir selbst, mit den Kollegen, mit den Klienten und der Institution? (oder ist das nur Thema in der Supervision?). Hier spielt eine gute Kommunikationskultur im Team eine hohe Rolle.

Sobald aber Transparenz gelebt wird, geht es auch um die Haltung von Toleranz und Respekt für das „Anderssein des Anderen“. Sobald ein Team Offenheit und Nähe untereinander lebt, braucht es hohes Maß an gegenseitiger Akzeptanz der vorhandenen Verschiedenartigkeit des Anderen gegenüber.

Manchmal führen sicher auch enge starre Strukturen in Institutionen dazu, dass kreatives Potential nicht gelebt werden kann oder darf.

Ebenfalls wirken Werte-Kollusionen ungünstig, also wenn bspw. die vorgegebenen (Leit-)Werte der Institution innen nicht gelebt, eingehalten werden oder die persönlichen Werte nicht mit den Werten der Institution zusammenpassen. Häufig „wirkt“ dieses unterschwellig und wird zumeist auch unterschwellig ausgetragen.

In diesem Zusammenhang ist auch eine gut entwickelte Konfliktfähigkeit notwendig: d.h. es sollte eine Bereitschaft geben, Konflikte konstruktiv auszutragen (was wir von unseren Patienten „verlangen“ bzw. zumeist ein Ziel in der Therapieziel ist).

Vorab: es gibt keine Teams ohne Konflikte. Die Frage ist nur, wie Teams mit Konflikte umgehen. Werden Konflikte „unter den Teppich gekehrt“? Wird Kritik wertschätzend übermittelt oder ist der kollegiale Umgang verletzend, so dass man lieber nichts sagt, um sich zu schützen?

Die Gefahr, dass sich das auf die Arbeit mit den Klienten auswirkt, ist gegeben.

Ebenfalls die „Gefahr“, sich das Anerkennende bei oder nur noch bei den Klienten zu holen?

Peter Osten hat gestern in seinem sehr schönen Vortrag auf die Achtsamkeit hingewiesen. Es ging um die Haltung, die ich dem Anderen gegenüber einnehme, aber auch mir selbst gegenüber. Ist es eine Haltung, die eher in Richtung des „Sich öffnens“ oder die des „Sich verschließens“ geht?

Wie sehen Sie sich und auch Ihr Team im Hinblick auf:
die Sympathie, das Interesse, das Engagement untereinander?
Ist es ein Team oder ist es doch eher eine Gruppe von Einzelgängern mit einer gleichen Arbeitsaufgabe?
Wie ist der Respekt vor der Andersheit des Anderen?
Oder gibt es Gleichgültigkeit und Unverständnis dem Anderen gegenüber?
Gibt es Reaktanz, die sich im Team als Abwehr und Ablehnung zeigt?
Und: Wie ist der Umgang mit Konkurrenz?

Eine gute Arbeitsbeziehung ist sicher eine, in der Achtsamkeit für „sich und den Anderen“, aber auch für das Gesamte, für die Belange der Einrichtung vorhanden ist. So kann Engagement, Verantwortung und Respekt gelebt werden und so entstehen wohlthuende und heilsame Begegnungen und Beziehungen in der Institution.

Um ein Team als tragenden und heilsamen Boden für unsere Arbeit wirksam werden zu lassen, braucht es eine regelmäßige Aufmerksamkeit und Pflege, nicht nur in der Supervision alle sechs Wochen. Für mich gehört zu dieser Pflege u. a. die regelmäßige Reflexion der eigenen Haltungen dazu.
Das stetige Bemühen um eine gute Teamkultur und ein konstruktives Miteinander bleibt keinem Team erspart! Und In Bezug auf die eigene Arbeitszufriedenheit ist die Qualität der Teamkultur immens wichtig.

Erlauben Sie mir noch einen kleinen „Ausflug“ zu einem dritten Praxisfeld: Als (Gesundheits-)Coach mit dem Schwerpunkt „Gesundheit am Arbeitsplatz“ beschäftige ich mich den Faktoren, was sich gesund und was sich krank auf die Arbeit in einem Unternehmen, einer Institution auswirkt. Es geht u. a. um die Themenfelder: Stress, Umgang mit Belastungen, innere Kündigung - diese stehen im Zusammenhang mit der sogenannten „Emotionalen Bindung“ an das Unternehmen. Untersuchungen zeigten, dass die Motivation zu kündigen, nicht eine bessere Bezahlung ist, sondern eine geringe emotionale Bindung an das Unternehmen ist. Ebenfalls zeigen Untersuchungen, dass die emotionale Anbindung an die Arbeitsstelle ein wichtiger Faktor für die Arbeitszufriedenheit, das Engagement und der Motivation ist.

Seit Jahren wird vom Gallup-Institut eine Studie über das Engagement deutscher Arbeitnehmer im Beruf veröffentlicht.

Das Engagement am Arbeitsplatz in Deutschland ist auf einem eher niedrigen Niveau. Die aktuellste Gallup-Studie sagt aus, dass 85 % der Mitarbeiter keine echte Verpflichtung der Arbeit gegenüber verspüren!

Definition der Studie:

Engagierte (15%) - loyal, produktiv, empfinden ihre Arbeit als befriedigend.

Unengagierte (69 %) - machen "Dienst nach Vorschrift" und fühlen sich ihrem Unternehmen gegenüber nicht wirklich verpflichtet.

Aktiv unengagierte (16 %) - sind verstimmt und zeigen ihre negative Einstellung zu ihrer Arbeit und Arbeitgeber oftmals deutlich. Sie haben innerlich gekündigt.

Das sind keine Zahlen, die sich direkt auf den Suchtbereich beziehen lassen. Es wurden Menschen aus verschiedenen Berufsgruppen befragt. Und doch lohnt sich die Frage:

Wie ist die emotionale Bindung der Mitarbeiter/innen an die Einrichtung? Wie hoch/niedrig sind die Zahlen? Wie würde das Befragungsergebnis in Ihrer Einrichtung aussehen?

Und: Wie beschreiben Sie selbst Ihre emotionale An-Bindung an Ihre Institution. Arbeiten Sie gerne in Ihrer Einrichtung? Identifizieren Sie sich mit Ihrer Arbeit, Ihrer Einrichtung?

Wenn nicht, woran liegt es? Und was könnten Sie selbst aktiv dagegen tun? Und auch wenn Sie nichts an den Strukturen verändern können (denn das ist als Einzelperson nicht nur anstrengend sondern auch illusionär zu glauben), so sollten Sie sich fragen, was Sie für sich tun könnten, damit Sie wieder mehr Freude und Lust auf Ihre Arbeit bekommen.

Und die Frage geht weiter: Kann sich ein Patient/in anbinden, wenn ich mich als Mitarbeiter/in nicht an meine Einrichtung angebunden fühle?

Und wenn das so ist, wie kann ich trotzdem als professioneller Helfer/in ein Klima der Gastfreundlichkeit, der Konvivalität erzeugen?

Ich möchte noch mal zusammenfassen:

Die Einrichtung soll für die Lebenssituation des Patienten ein Ort der Ruhe, des Schutzes, der Förderung und Begleitung sein. Es soll positive Instanzen bereit halten, die für die Entwicklung des Patienten hilfreich sind.

Es soll ein Ort sein, wo Schutz, Ruhe für sich und für die Auseinandersetzung gefunden wird. Dafür ist eine Atmosphäre notwendig, die durch Achtung, Respekt und Wertschätzung geprägt ist.

Menschliche Werte sollen erfahrbar werden. Daher ist von den Mitarbeitern eine entsprechende, freundliche, annehmende, gleichzeitig auch begrenzende und strukturierende Haltung gefordert. Klare Regeln geben einen festen Rahmen vor und auch ist es sinnvoll, diese Regeln konsequent durchzusetzen. Dabei spielt immer die Beziehungsqualität eine Rolle.

Einsicht, Veränderung und Lernen in Therapie und im weiteren eine gute An-Bindung entsteht dann, wenn es eine gute „Philosophie“ gibt, die sowohl das Miteinander als auch das therapeutische Konzept beinhaltet, die von allen getragen und gelebt wird/ ist.

Arbeit muss von Konsens, Kohärenz und Kontinuität geprägt sein, so dass nicht maligne Prozesse in Einrichtung wiederholt werden bspw. auch nicht durch Verstrickungen in „Eigenübertragung“.

Wo Menschen in Beziehungen zueinander treten, kommt es zu Übertragungen. Eine Institution ist insofern besonders „übertragungsfreundlich“, als sie zahlreiche Situationen schafft, in den Mitarbeiter und Klienten Rollen innehaben, die normalerweise in familiären Kontext angesiedelt sind.

Misslungene emotionale Erfahrungen und Beziehungen verlangen nach neuen, heilsamen Erfahrungen. Es ist widersinnig Beziehungsprobleme in einem Kontext verändern bzw. Beziehungsfähigkeit entwickeln und fördern zu wollen, in denen ebenfalls „kranke“ Beziehungsmuster bestehen oder in denen ganzheitliche, tiefe Kontakt-, Begegnungs- und Beziehungserfahrungen verhindert werden – aufgrund fehlender Zeit, aufgrund von Fluktationen und Fehlen von Mitarbeiter/innen, aufgrund von ungunstigen Atmosphären innerhalb der Mitarbeiterschaft, aufgrund von starren Strukturen innerhalb der Institution. Dies kann letztlich bedeuten, dass sich eine suchtbegünstigende Konstellation in der Therapie wiederholt. Jedoch von der Möglichkeit, Beziehungs- und Bindungsfähigkeit entwickeln zu können, hängt jede soziale Reintegration ab.

In diesem Vortrag habe ich verschiedene Perspektiven aufgezeigt und eine Menge Fragen gestellt. Fragen, die zum Teil offen bleiben und noch unbeantwortet sind. Es war auch nicht mein Ziel, Ihnen allgemeingültige Antworten zu geben. Dafür ist das Thema zu komplex, dafür sind Institutionen trotz Ähnlichkeit doch auch immer wieder unterschiedlich.

Meine Intention war die, Sie als Zuhörer und ZuhörerIn für das Thema „Ich als Mitarbeiter/in in meiner Institution“ zu sensibilisieren und darüber hinaus Reflexionsprozesse bei sich, Ihrem Team und bei Leitungsträgern anzuregen.

Vielleicht achten Sie in der nächsten Woche einmal bewusster darauf, wie es Ihnen auf den Weg in und zu Ihrer Einrichtung geht, ob Sie sich dort wohl fühlen - ja und was Sie selbst aktiv verändern können, um sich wohlfühlen. Ich wünsche Ihnen viele hilfreiche Erkenntnisse, die sich positiv auswirken.

Ich wünsche Ihnen viele gelingende Kontakte, konstruktive Begegnungen und tragfähige Beziehungen zu Ihren Patienten/innen und zu Ihren Kollegen/innen, so dass es zu hilfreichen und heilsamen An - Bindungen kommt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Doris Ostermann, Dipl. Sozialarbeiterin, MSc.

Supervisorin (DGSv), Sozialtherapeutin (Sucht)
Lehrtherapeutin am Fritz-Perls-Institut

Quelle zur Gallup-Studie:

Gallup GmbH Deutschland, Berliner Straße 62, 14467 Potsdam.

Für weitere Informationen: Herr Gerald Wood und Herr Marco Nink, Tel. 0331 - 201 53 50

Literatur:

Kuypers, U. (1995). Die Hilfe beginnt im Team! In: Erbach, F. (Hrsg.). Sucht: Beziehungen und Abhängigkeit. Lambertus-Verlag: Freiburg.

Ostermann, D. (2010): Gesundheitscoaching. Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

Petzold, H., Schay, P., Ebert, W. (Hrsg.) (2004): Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

Petzold, H., Schay, P., Wolfgang, W. (Hrsg.).(2006): Integrative Suchtarbeit. Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden.

Scheiblich, W., Petzold, H. (2006): Probleme und Erfolge stationärer Behandlung drogenabhängiger Menschen im Verbundsystem - Förderung der „Regulationskompetenz“ und „Resilienz“ durch „komplexes Lernen“. In: Petzold, Schay, Scheiblich (2006) 477-532.

Studie über das Engagement deutscher Arbeitnehmer im Beruf

- 15 %** der Arbeitnehmer sind voll engagiert bei der Arbeit und zufrieden mit ihrem Beruf
- 69 %** machen Dienst nach Vorschrift und fühlen sich Ihrem Unternehmen gegenüber nicht wirklich verpflichtet
- 16 %** sind verstimmt und zeigen ihre negative Einstellung zu ihrer Arbeit und Arbeitgeber deutlich. Sie haben innerlich gekündigt.

Quelle: Gallup-Studie 2009

Affiliation

Konvivalität

Reaktanz

Teamqualitäten:

Mitverantwortung

Transparenz

**Respekt vor der
„Andersheit des Anderen“**

Konfliktfähigkeit