



»Ich bin halt so ein Arbeitsleistungsmensch«

Subjektive Krankheitstheorien und
Therapieerwartungen nach beruflichen Krisen



INTERDISZIPLINÄRE BERATUNGSFORSCHUNG

Herausgegeben von
Stefan Busse, Rolf Haubl, Heidi Möller,
Christiane Schiersmann

Band 16: Nora Alsdorf
»Ich bin halt so ein
Arbeitsleistungsmensch«

Nora Alsdorf

»Ich bin halt so ein Arbeitsleistungsmensch«

Subjektive Krankheitstheorien und
Therapieerwartungen
nach beruflichen Krisen

Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl

Mit 4 Abbildungen und 5 Tabellen

Vandenhoeck & Ruprecht

Gefördert durch die Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching e.V. (DGSv) und die Hans-Böckler-Stiftung.

Bei diesem Text handelt es sich um eine Dissertation im Fachbereich Gesellschaftswissenschaften an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität zu Frankfurt am Main, 2018 (D.30).

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.de> abrufbar.

© 2019, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,
Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen
Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Svitlana Medvedieva/[shutterstock.com](https://www.shutterstock.com)

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen
EPUB-Produktion: Lumina Datamatics, Griesheim

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISSN 2198-3038
ISBN 978-3-647-99934-0

Inhalt

Geleitwort

Einleitung: Was geschieht, wenn Erwerbstätige psychisch erkranken?

I Theoretische Einführung

1 Die Arbeitswelt im Spiegel der soziologischen Forschung

- 1.1 Das Individuum in der postmodernen Arbeitswelt
- 1.2 Psychische Leiden im Diskurs der Soziologie
- 1.3 Exkurs über berufliche Krisen und Scheitern
- 1.4 Soziologische Gesundheitsforschung im Wandel

2 Krankheit und Gesundheitspolitik im Wandel

- 2.1 Definitionsansätze
- 2.2 Ambivalenzen der Prävention

3 Psychische Erkrankungen

- 3.1 Kausalzusammenhänge
- 3.2 Krankheit und die Krankenrolle
- 3.3 Krankheits- und Krisenbewältigung

4 Subjektive Krankheitstheorien

- 4.1 Eine Annäherung

- 4.2 Kausalattribution: Somatische und psychische Zuschreibungen
- 4.3 Sichtbarkeit und neue Medien
- 4.4 Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung
- 4.5 Zwischenfazit

5 Stand der Forschung

- 5.1 Zwischenfazit
- 5.2 Untersuchungsvorhaben und Forschungsfragen

II Empirische Untersuchung

1 Forschungsfeld und Vorgehen

- 1.1 Methode und Forschungsdesign
- 1.2 Inklusionskriterien
- 1.3 Forschungsablauf und Forschungsdesign
- 1.4 Das biographisch-narrative Interview
- 1.5 Interdisziplinäre Interpretationsgruppe
- 1.6 Inhaltsanalyse als Grundlage zur Typenbildung
- 1.7 Erhobene Datentypen
- 1.8 Patientenübersicht

2 Interviewphase I - Vor der Aufnahme in der Klinik

Typ 1: »Erholung«

Fallvignette: Frau Cludius

Typ 2: »Reparatur«

Fallvignette: Frau Arnold

Typ 3: »Selbstfindung«

Fallvignette: Herr Urban

Typ 4: »Krankheitseinsicht«

Fallvignette: Frau Feid

Fazit Interviewphase I

Die Typologisierung in der Übersicht

Deutungstypen und Erwartung an die Klinik

3 Interviewphase II - Ende des Klinikaufenthaltes

Typ 1: »Erholung«

Fallvignette: Frau Cludius

Typ 2: »Reparatur«

Fallvignette: Frau Arnold

Typ 3: »Selbstfindung«

Fallvignette: Herr Urban

Typ 4: »Krankheitseinsicht«

Fallvignette: Frau Feid

Fazit Interviewphase II

Aufenthalt in der Klinik und Zukunftspläne

Vorsätze für die Zukunft

4 Interviewphase III - Das Leben nach der Klinik

Typ 2: »Reparatur«

Fallvignette: Frau Arnold

Typ 3: »Selbstfindung«

Fallvignette: Herr Urban

Typ 4: »Krankheitseinsicht«

Fallvignette: Frau Feid

Fazit Interviewphase III

Verlauf und Wiederaufnahme der Arbeit

Verlauf nach der Klinik

III Ergebnisdiskussion, Methodenreflexion und Folgeuntersuchungen

1 Merkmalsverteilung in der Typologie

2 Subjektive Krankheitstheorien im Spiegel arbeitsweltlicher Umbrüche

2.1 Individualisierung der Krankenrolle

2.2 Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis

2.3 Schnittstellenproblematik und Nachsorge

3 Reflexion der Methodik

4 Anschlussforschungen

Resümee

Literatur

Geleitwort

In den letzten Jahren ist allenthalben zu hören und zu lesen, dass psychische Erkrankungen in Deutschland und sozioökonomisch vergleichbaren Nationen zunehmen und dass diese Zunahme eine Folge des neoliberalen Umbaus moderner Gesellschaften ist, die ihren Mitgliedern einen erschöpfenden Einsatz ihrer biopsychosozialen Ressourcen abverlangt. Erschreckend viele von ihnen sind überfordert und erkranken. Als eine der Ursachen werden Arbeitsbedingungen diskutiert, die zu einer Selbstausbeutung verführen: Arbeitnehmer sind nicht nur Opfer dieser Entwicklung, sondern immer auch Mitspieler, die sich anpassen, um gesellschaftlich anerkannt zu werden.

Nora Alsdorf legt mit ihrer Dissertation eine anspruchsvolle empirische Untersuchung vor, die sich in diesem Diskurs positioniert. Sie fragt, wer die Patienten sind, die sich überfordern, und wie diese mit welchem Erfolg von einer stationären therapeutischen Behandlung in einer psychosomatischen Klinik profitieren. Sie stellt diese Fragen in einer interdisziplinären Forschungsperspektive, die die psychosomatischen Erkrankungen der Patienten nicht auf deren individuelle lebensgeschichtliche Schicksale reduziert. Vielmehr thematisiert sie die gesundheitlichen Zumutungen einer Leistungsgesellschaft, die sich so mancher Patient erst zu spät eingesteht.

Als Leitkonzept ihrer Untersuchung wählt Alsdorf das Konzept der subjektiven Krankheits- und Behandlungstheorien. Diesem Konzept schreibt sie eine beachtliche salutogene Relevanz zu. Sie stellt heraus, dass vermutlich nur solche Behandlungen erfolgreich sein werden, die nicht im Widerspruch zu den subjektiven Theorien der Patienten stehen bzw. die geeignet sind, deren subjektive Theorien zu bestätigen.

Methodisch entscheidet sich Alsdorf für ein typologisches Vorgehen. Als ein Ergebnis gelingt es ihr, vier hinreichend trennscharfe subjektive Theorien zu identifizieren: So findet sie Patienten, die sich in der Klinik »erholen« wollen; andere wollen »repariert« werden, wieder andere »sich selbst finden«, und es gibt welche, die suchen nach »Einsicht in die Dynamik ihrer Erkrankung«.

Die vier Typen sind in der Untersuchung ungleich verteilt. Am häufigsten kommt der Typus der »Selbstfindung« vor: Die betreffenden Patienten nehmen an, dass sie krank geworden sind, weil sie über längere Zeit gezwungen waren, ein entfremdetes bzw. entfremdendes Arbeitsleben zu leben. Nunmehr nehmen sie sich vor, authentischer zu sein.

Psychotherapeutisch betrachtet, ermöglicht es die Typologie, Patienten bedarfsspezifisch anzusprechen, was freilich voraussetzt, individualisierte – verbale und non-verbale – Behandlungsangebote im Repertoire zu haben, die Erfolg versprechend zusammengeführt werden müssen.

Interessant und weiter zu verfolgen ist die Beobachtung, dass Patienten mit einer hohen Compliance nicht zuletzt daran zu erkennen sind, dass sie im Laufe der Zeit die Sprache ihrer Therapeuten übernehmen, um zu verstehen, was sie erleben. Ein gutes Beispiel dafür ist der popularisierte Begriff der »Achtsamkeit«, mit dem etliche der befragten Patienten ihre therapeutischen Ziele und deren Erfüllung beschreiben. Mit diesem Befund legt Alsdorf nahe, dass Psychotherapie (schulenübergreifend) als ein Verfahren wirksam wird, dass Patienten lehrt, in Kategorien

über sich nachzudenken, die ein proaktives Selbstbild entwerfen.

Vor der Klinik, in der Klinik und nach der Klinik: Den Untersuchungsbefunden folgend, sind es die Übergänge in den »Krankheitskarrieren« der Patienten, die eine besondere Gestaltung benötigen. In die Klinik zu gehen, eröffnet einen Raum für Reflexionen, die aufgrund des Handlungsdrucks im Alltag ausbleiben; die Klinik wieder zu verlassen, führt in diesen Alltag zurück, in dem sich nunmehr erweisen muss, ob der Klinikaufenthalt neue Handlungsoptionen gebracht hat, die sich lebenspraktisch bewähren.

Müssen Patienten – was nicht selten vorkommt – lange auf eine ambulante Anschlusstherapie warten, besteht die Gefahr, dass sie einen Rückfall in ihren gesundheitlich riskanten Lebensstil vor dem Klinikaufenthalt erleiden. Oder sie lassen sich erst gar nicht auf das Therapieangebot der Klinik ein, da sie befürchten, lediglich »antherapiert« zu werden, weil keine ambulanten Hilfen in Aussicht stehen. Ohne Nachhaltigkeit sind kostspielige Drehtüreffekte aber kaum zu vermeiden.

Eine erfolgreiche Therapie verbessert die Lebensführung der Patienten. Die detailgenaue Analyse der Arbeitsbedingungen ist dabei keine Nebensache. Im Gegenteil: Alsdorf kann an den Fällen ihres Samples auf eindrucksvolle Weise zeigen, wie tief die konkreten Arbeitstätigkeiten in den psychischen Haushalt der Patienten eingreifen: Bietet sie ihnen auf der einen Seite eine Möglichkeit, Selbstwirksamkeit und Selbstwert zu gewinnen, so geht sie auf der anderen Seite das Risiko »ungesunder« Leistungserwartungen ein: Erwartungen anderer, aber auch Erwartungen an sich selbst.

Alsdorf plädiert überzeugend dafür, die (unbewusste) Psychodynamik der Erwerbsarbeit zu fokussieren, so wie sie in Diagnostik und Therapie der Patienten erscheint. Gleiches gilt für die Erwerbsarbeit, die ihre Therapeuten leisten. Über die Klinik als Arbeitsplatz ist allerdings bislang

vergleichsweise wenig bekannt. Alsdorf liefert Hinweise, genug, um das Thema für weitere Untersuchungen auf die Agenda zu setzen.

Prof. Dr. Dr. Rolf Haubl

Einleitung: Was geschieht, wenn Erwerbstätige psychisch erkranken?

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit psychischen Erkrankungen unter Erwerbstätigen. Sie knüpft an mehrjährige Forschungstätigkeiten zum arbeitsweltlichen Wandel und dessen psychosozialen Folgekosten an. Bedeutende Befunde zum Ausmaß andauernder psychischer Überlastung konnten hierbei im Rahmen zweier aufeinander aufbauender Forschungsprojekte generiert werden, die es sich zum Ziel gesetzt hatten, die Situation der Beschäftigten in deutschen Organisationen in der hochauflösenden Perspektive der Supervision beispielhaft zu rekonstruieren (Haubl/Voß 2011 und Haubl et al. 2013). Gesundheitsgefährdende Potentiale durch Erwerbsarbeit wurden in der Vergangenheit bereits auf vielen Ebenen identifiziert und die entsprechenden Überforderungsphänomene sind zu Knotenpunkten gesellschaftlicher Diskurse geworden: Unter Schlagworten wie *Burnout* (Burisch 2014), *Präsentismus* (Kocyba/Voswinkel 2007, Schmidt/Schröder 2010) oder *erschöpftes Selbst* (Ehrenberg 2004) werden gesamtgesellschaftlich drängende Fragestellungen diskutiert, etwa nach neuen Krankheitsformen im Zuge neoliberaler Arbeitsanforderungen, nach Ausmaß und Verhältnis von arbeitgeberischer Fürsorge und individueller

Selbstfürsorge oder nach dem Umgang mit den ansteigenden, psychopathologisch induzierten Frühverrentungen. Im Folgenden soll dieser Diskurs um eine nicht minder wichtige Perspektive erweitert werden, die bislang in der soziologisch-sozialpsychologischen Forschung wenig Beachtung fand. Diese Perspektive zielt ab auf die Frage, *was mit den Betroffenen, die unter belastenden Arbeitsanforderungen psychisch erkrankt sind, im weiteren Verlauf - während und nach der therapeutischen Behandlung - geschieht.* Wie verläuft ein solcher Behandlungsprozess und welche Theorien und Vorstellungen die Erkrankung betreffend kommen hierbei seitens der Patienten zum Tragen?

Der Anstieg psychischer Erkrankungen am Gesamtkrankenstand stellt einen zentralen Befund im Forschungsfeld dar. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind psychische Erkrankungen zu einem ernstzunehmenden gesellschaftlichen Problem herangewachsen. Sie treten immer häufiger auf, sind langwierig und kostenintensiv und wirken sich nicht zuletzt stark auf die Lebensqualität und die Zukunftsperspektive der Betroffenen aus. Theoretische Annäherungen an das Phänomen des Anstiegs rekurrieren zumeist auf die im ökonomischen Sektor virulenten Flexibilisierungs- und Subjektivierungsprozesse, aber auch auf die mit der gesellschaftlichen Beschleunigung verbundenen Anforderungen an das Subjekt (Kratzer/ Sauer 2005). Die Ursachen für Belastungserscheinungen sind individuell zwar verschieden und oftmals mit den jeweiligen Biographien und Vulnerabilitäten der Betroffenen verknüpft, der beachtliche Anstieg psychischer Erkrankungen in Deutschland in den letzten Jahren weist jedoch über die individualpsychologische Relevanzebene hinaus und zeigt, dass das Phänomen als soziologisch-gesellschaftspolitischer Gegenstand zu werten ist.

Wie Überlastungen in Erscheinung treten, variiert interindividuell. Bei einigen Betroffenen äußern sie sich in

Form von Erschöpfungserscheinungen wie Kraftlosigkeit, Antriebslosigkeit oder Stimmungsschwankungen. Andere verspüren innere Unruhe, die sich zu ausgeprägten Panikattacken ausweiten kann. Als Nebensymptome können unter anderem Schlafstörungen, ein vermindertes Selbstwertgefühl und übergreifende Hoffnungslosigkeit (bis hin zu Suizidgedanken) auftreten (nach ICD-10). Zuweilen äußern sich Symptome auch primär somatisch, etwa in Form immer wiederkehrender Infekte, Kopf- oder Magenschmerzen. In den meisten Fällen treten solcherlei Beschwerden sporadisch bis gelegentlich auf. Entsteht bei den Betroffenen jedoch der Eindruck, dass Symptome nicht mehr verschwinden, werden sie selbst zu einer zusätzlichen Belastung. Zur Inanspruchnahme externer Hilfsmaßnahmen führen jedoch häufig erst die konkreten Folgeerscheinungen dieser Beschwerden. Von großer Bedeutung in diesem Zusammenhang ist, dass sich psychische Erkrankungen maßgeblich von physischen unterscheiden, da sie nur bedingt messbar und oft nicht einmal von außen sichtbar sind. Die Betroffenen werden dadurch mit der Situation konfrontiert, ihr Leid »objektiv« nachweisen zu müssen, bevor sie Hilfe erwarten können. Vor allen Dingen in beruflichen Kontexten kann die Einschränkung der Leistungsfähigkeit dabei zu Stigmatisierung führen. Doch nicht nur im beruflichen Kontext sind psychische Erkrankungen auch und gerade eine soziale Herausforderung: psychische Krisen berühren immer auch das soziale Umfeld der Betroffenen und können in ihrer Folge Familien und Partnerschaften schwer belasten.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Prozesse der individuellen Auseinandersetzung und Verarbeitung von (psychischer) Belastung und Krankheit, die als solche weniger gut beforscht sind als die soeben skizzierten Begleitumstände, von hoher Bedeutsamkeit für das Verständnis der Betroffenen und ihrer Lage sind (etwaige Versorgungsprobleme - oder als solche wahrgenommene -

werden durch die subjektiven Theorien der Betroffenen in einem solchen Ansatz miteingefasst). Deshalb möchte ich in der vorliegenden Arbeit diskutieren, was mit Menschen, die sich aufgrund psychischer Belastungen in ein Hilfesystem (in diesem Fall: Psychosomatische Akutklinik) begeben, auf der Ebene von Deutungen und Annahmen geschieht: Wie definieren die Betroffenen die Ursache für ihr Leiden? Welche individuellen Hoffnungen werden mit einer Behandlung verbunden? Wie wirken sich diese auf den Behandlungsverlauf aus? Als Träger dieses Informationsgehaltes werden die subjektiven Krankheitstheorien 23 betroffener Patienten untersucht.

Die vorliegende Arbeit ist in drei Teile gegliedert. Im theoretischen **Teil (I)** werden grundlegende Annahmen über den Zusammenhang von gesellschaftlichen Entwicklungen und psychischen Erkrankungen diskutiert. Hierbei wird vertiefend auf die Bedeutung individueller Leistungsanforderungen in der modernen Arbeitswelt – mitsamt ihrem Potential zu Scheitern – eingegangen. In diesem Zusammenhang werde ich zur aktuellen Debatte im Forschungsfeld psychischer Krankheit und Gesundheit überleiten. Im Anschluss daran werde ich einen Überblick zu subjektiven Krankheitstheorien liefern und deren Bedeutung für die Erforschung psychischer Leiden herausarbeiten. Als Abschluss der theoretischen Einbettung werde ich den aktuellen Stand der Forschung vorstellen und mein Vorhaben von früheren Untersuchungen abgrenzen. Das Ziel des theoretischen Teils besteht darin, einen Rahmen zu schaffen, innerhalb dessen die empirischen Befunde angemessen verortet werden können.

Im methodischen **Teil (II)** werde ich den Untersuchungsansatz erläutern sowie Aufbau und Ablauf der Empirie darlegen. Das Forschungsdesign umfasst drei Interviewphasen und bedient sich multimethodischer Ansätze in Erhebung, Auswertung und Dokumentation. Nach der Darstellung der Erhebung und ihren Besonderheiten

leite ich zur Auswertung der empirischen Daten über, die als MaxQDA-basierte qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2008) realisiert wurde.

Im dritten **Teil (III)** werden die Auswertungsergebnisse dargestellt. Das Sample ist im Rahmen der Auswertung in Bezug auf inhaltlich zentrale Dimensionen typologisiert worden. Jeweils ein Fall wurde zur Veranschaulichung der Typen ausgewählt. Die Darstellung erfolgt dreigeteilt: für jeden Erhebungszeitpunkt werden die Typen jeweils einer Gesamtschau unterzogen und zusätzlich durch die Fallvignetten illustriert. Abschließend werden die Ergebnisse zusammenfassend diskutiert, kritisch reflektiert und auf den Forschungsstand rückbezogen.¹

Vorarbeiten und Kontext der Arbeit

Diese Dissertation ist im Rahmen des Forschungsprojektes »Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt« entstanden (Alsdorf et al. 2017). Die daran beteiligten Wissenschaftler verfügen über eine langjährige Expertise in verschiedenen Bereichen arbeitssoziologischer, sozialpsychologischer und psychodynamischer Fragestellungen, die dem Forschungsprojekt einen interdisziplinären, multiperspektivischen Zugang ermöglicht haben. Dies war für die Beforschung der Thematik besonders wertvoll, da diesbezügliche Diskurse in die Diskussion und Interpretation der Untersuchung einbezogen werden konnten. Es sind theoretische und empirische Untersuchungen, die sich mit den psychosozialen Herausforderungen und Belastungen unter den Bedingungen entgrenzter und subjektiver Arbeit befassen. Themenschwerpunkte der Projektmitarbeiter waren hierbei: die Entgrenzung von Arbeit und Anerkennungspolitiken in Organisationen (Haubl et al. 2013, Hürtgen/Voswinkel 2012, Alsdorf/Fuchs 2011, Alsdorf 2013), zentrale Rahmenbedingungen psychischer

Belastungen und ihrer Bekämpfung sowie das Phänomen der »Krankheitsverleugnung« (Voswinkel 2001, Kocyba/Voswinkel 2007, Voswinkel 2009) und die Forschung zu dem Arbeitsfeld »Leistungsgesellschaft und psychische Gesundheit/Krankheit« (Haubl/Voß 2011, Haubl et al. 2013). Darüber hinaus geht es um die sozial- und arbeitswissenschaftlichen Determinanten von psychischen Krankheiten, insbesondere Depression und chronische Erschöpfung (Haubl 2005, Haubl 2007, Haubl 2013).

1 Anlässlich der besseren Lesbarkeit wird bei allgemeinen Aussagen, die sowohl männliche als auch weibliche Personen betreffen, die männliche Form verwendet.

I Theoretische Einführung

1 Die Arbeitswelt im Spiegel der soziologischen Forschung

Im theoretischen Kapitel wird eine selektive Auswahl der aktuellen Diskurse vorgestellt, die für die bearbeitete Fragestellung in relevantem Zusammenhang stehen. Hierzu gehören Veränderungen in der Arbeitswelt mit ihrem psychosozialen Belastungspotential, Entwicklungen im Bereich Gesundheit und Krankheit, ebenso Hintergrund und Bedeutung laientheoretischer Konzepte im Zusammenhang mit Behandlungen und der Arzt-Patienten-Beziehung sowie der Krankenrolle.

1.1 Das Individuum in der postmodernen Arbeitswelt

»Menschliche Arbeit hat nicht nur einen Ertrag, sie hat einen Sinn. Für die Mehrzahl der Bürger ist sie Gewähr eines gelingenden Lebensprozesses: Sie ermöglicht soziale Identität, Kontakte zu anderen Menschen über den Kreis der Familie hinaus und zwingt zu einem strukturierten Tagesablauf« (Brandt 1983: 9, zit. nach Jahoda 1995: 9)².

Wie im einleitenden Zitat dargestellt, besitzt Erwerbsarbeit für Menschen in (post-) modernen Gesellschaften zentralen

biographischen Stellenwert. An ihr bemisst sich zu einem großen Teil, welche soziale Rolle wir übernehmen, als wen wir uns definieren und was wir leisten; und nicht selten, ob wir uns als biographisch erfolgreich oder gescheitert erleben. Damit bildet sie eine Hauptquelle der wirtschaftlichen und sozialen Stellung eines Menschen (Siegrist 2011). Was im Einzelnen als beruflicher Erfolg angerechnet wird und welche Anforderungen in diesem Kontext an das Individuum gestellt werden, ist im Zuge des gesellschaftlichen Wandels Veränderungen unterworfen. Dementsprechend wandeln sich auch (Erwartungs-)Haltungen gegenüber der Erwerbsarbeit: so unergiebig fordristische Paradigmen in Bezug auf die Kriterien der Sinnstiftung und der Selbstverwirklichung erschienen, so sehr kamen sie in ihrer Antizipierbarkeit Bedürfnissen nach Handlungs- und Orientierungssicherheit entgegen (Lettke et al. 1999: 12). Der normativen Forderung, ein Raum für soziale Integration, Sinnstiftung und Anerkennung zu sein, kam Erwerbsarbeit immer schon nur graduell nach. So scheint ihre integrativ-ordnende Funktion gegenwärtig wieder schwächer zu werden: Berufliche Identitäten werden unklar und es haben sich normative Diskurse etabliert, die einen omnipräsenten Appell nach ständiger Erreichbarkeit, hoher Flexibilität und vollem Engagement transportieren. Die Verbreitung des Neoliberalismus in Europa seit den 1990er-Jahren – gekennzeichnet durch wirtschaftspolitische Maßnahmen der Deregulierung, Privatisierung und Flexibilisierung – bestimmt nicht nur den wirtschaftlichen Wettbewerb, sondern in zunehmendem Maße auch die Sozialordnung mit ihren übergeordneten Normen, Institutionen und Regeln als Ganzes (Neckel 2014: 123, Kury 2013). Demnach wird das unternehmerische Prinzip des Wettbewerbs auch für Individuen handlungsleitend. Gesundheitlich problematisch wird dies dann, wenn Einzelne, getrieben durch den Ehrgeiz, auf der Seite der Erfolgreichen zu stehen, dauerhaft über

ihre Belastungsgrenzen hinausgehen. Aus einer anderen, vornehmlich von Ökonomen vertretenen Perspektive, birgt der aktuelle Wandel dagegen primär Chancen. Demnach habe die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes dazu beigetragen, die Langzeitarbeitslosigkeit in Westeuropa zu verringern, und Sorge dafür, dass Erwerbstätige ihr Berufs- und Familienleben besser miteinander vereinbaren könnten (Nollert/Pelizzari 2008). Dem bleibt hinzuzufügen, dass diese Autonomiegewinne in Anbetracht immer komplexer werdender moderner Gesellschaften ein hohes Maß an Selbstorganisation und Abgrenzung, sprich: voraussetzungsreiche Selbstfürsorge-Kompetenzen erfordern. Es existiert somit ein Spannungsverhältnis zwischen einem bedeutend erweiterten Raum an Möglichkeiten einerseits und einem gestiegenen Maß an Kontingenz³ andererseits (Lettke et al. 1999: 12). Denn, wenn Strukturen und Rahmungen aufgelöst werden und Hierarchien verflachen, dann verschwimmen Orientierung stiftende Grenzen: zwischen Führung und Eigenverantwortung, zwischen Beruf und Privatleben, zwischen Freiraum und Entgrenzung. Die Situation des Einzelnen ist in der Folge durch ein bedeutendes Maß an Unsicherheiten gekennzeichnet. Insbesondere postfordistische Organisationsformen von Arbeit, die es dem Arbeitnehmer überlassen, Zielvereinbarungen zu realisieren, setzen nicht selten eine gewisse Offenheit gegenüber solchen Entgrenzungen voraus. Solange sich erhöhte Anstrengungen noch (subjektiv) auszahlen, steht dem Belastungspotential neoliberaler Arbeitswelten ein gewisses Korrektiv entgegen. Jedoch erscheint dieses Austauschverhältnis zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber in der Gegenwart immer öfter gestört. Unter der Überschrift »Gratifikationskrise« konstatiert Siegrist (1996), dass Engagement und Leistung immer seltener durch

entsprechende Anerkennungsleistungen (wie finanzielle Entlohnung oder Arbeitsplatzsicherheit) honoriert werden.

Eine weitere Tendenz des arbeitsweltlichen Wandels der vergangenen Dekaden ist die Ausbreitung atypischer Beschäftigungsformen, die mit diskontinuierlichen Erwerbsbiographien einhergehen und zunehmend an die Stelle des Normalarbeitsverhältnisses (Neuberger 1997) treten, das sich in der Nachkriegszeit etabliert hatte und hohe Planungssicherheit bot.

Schließlich sind ausgedünnte Personaldecken und zunehmende Arbeitsverdichtung als Symptome eines prekären Wandels in Organisationen zu nennen. Hieraus resultieren niedrige Handlungsspielräume bei zugleich hohen Anforderungen, eine Kombination, die im Zweifel zusätzlich zum Gefühl von Belastung und Überforderung beiträgt. In diesem Fall entsteht ein dauerhafter Druck, der nicht selten zu feindseligem Verhalten gegenüber Kollegen führt – bis hin zum Mobbing –, aber auch psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen als Folgeerscheinungen von Stress bedingt (Haubl/Voß 2009, Alsdorf et al. 2017). Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen ist Erwerbsarbeit als bedeutsamer Faktor in Erkrankungs- und Gesundungsprozessen von Individuen anzusehen. Nicht zuletzt, weil zu den ohnehin vorhandenen, krankheitsbedingten Belastungen oft auch noch die Angst um den Arbeitsplatz hinzukommt.

Entstehen Krankheiten in einem gesundheitsschädigenden Arbeitsumfeld, entziehen sie sich zu einem großen Anteil der individuellen Kontrolle und müssen daher als ein Phänomen gesellschaftlicher Entwicklungen interpretiert werden (Richter/Hurrelmann 2016: 14). Unser kulturelles System bietet für einige unserer sozialen Rollen und daraus resultierenden Ereignissen – vom ersten Abschluss über die Ehe bis hin zu Geburt und Tod – ritualisierte Verhaltensanweisungen an (Hochschild 2006). Für berufliche Krisen oder gar Scheitern und die damit

verbundenen Belastungen fehlen jedoch Rituale, die einen Umgang mit der Situation und deren Bewältigung erleichtern oder zumindest zugänglich machen (Filipp/Aymanns 2010: 124). Gleichzeitig verschwinden in flexibilisierten (Arbeits-)Umwelten⁴ zunehmend die verbliebenen (strukturellen) Orientierungshilfen für solche, die Bewältigungsprobleme haben. Die autonome Bewältigung berufsbiographischer Krisen verlangt ein hohes Maß an individuellen und innerpsychischen Kompetenzen sowie sozialen und psychischen Ressourcen. Wo sie nicht vorhanden sind, ist die psychische Gesundheit gefährdet.

1.2 Psychische Leiden im Diskurs der Soziologie

Betrachtet man die Gesellschaft und ihre Entwicklung, so ist die Genese psychischer Leiden - begriffen als stets auch sozial (mit-)bedingte Leiden - mitinbegriffen. Psychische Leiden gehören zur soziologischen Disziplin und haben in dieser eine lange Tradition. Diese erstreckt sich von Durkheims Studien über den »Selbstmord« (1897), in denen steigende Suizidraten vor dem Hintergrund der Modernisierung gedeutet wurden, über Bourdieus Studie über das »Elend der Welt« (1997), welche die Folgen neoliberaler Transformationsprozesse skizzierte, bis hin zu Ehrenbergs »Erschöpftem Selbst« (2004). Ebenfalls in diese Reihe und von gleichbleibender Aktualität gehört die Beschreibung des Burnout-Syndroms als Manifestation eines primär sozialen Leidens, dessen Ursprung Freudenberger und Richelson (1980) in einer mit hohem Altruismus und intrinsischer Motivation in Verbindung stehenden Überlastung sah. Während Freudenberger dieses Phänomen noch für Sozialarbeiter beschrieb, avanciert Burnout im Laufe der Jahre zur »Krankheit der Leistungsträger«. Dem

gängigen Bild zufolge wird das Ausbrennen zwar aufgrund externer Leistungsansprüche befördert, jedoch vom Individuum selbst praktiziert: Die individuelle Motivation – das »Brennen für die Sache« – wird als entscheidender Faktor für die Überschreitung von Leistungsgrenzen bis hin zur absoluten Verausgabung gedeutet. Die daraufhin folgende Krise ist für den Betroffenen besonders schwer zu ertragen, da das Engagement in einer hoch identifizierten Weise erfolgte. Dementsprechend kann der Misserfolg auch kaum auf einer rein beruflichen Ebene verhandelt werden, sondern stellt weite Anteile des individuellen Selbstbildes infrage. Dazu gehört auch, dass Betroffene die Verantwortung für belastende Arbeitsvollzüge eher bei sich selbst suchen als bei den Unternehmen, bei denen sie angestellt sind oder waren, und den darin herrschenden Bedingungen (Menz et al. 2011).

Generell können diese Bedingungen direkt und indirekt Einfluss auf das Belastungserleben nehmen. Im ersten Fall handelt es sich um das direkte Belastungspotential durch überfordernde Arbeitsbedingungen, wie sie im Zuge neoliberaler Überforderungsphänomene vielfach diskutiert werden. Hier ist Arbeit als (Mit-)Verursacher einer Erkrankung zu interpretieren, was etwa dann der Fall ist, wenn mit der Arbeit ein drohender oder realer Verlust der Handlungskontrolle erfahren wird (Siegrist 2011: 292). Im zweiten Fall ist der Zusammenhang kein kausaler, sondern dadurch gegeben, dass die Arbeit Praktiken der individuellen Selbstfürsorge – und somit gesundheitserhaltendes Verhalten – nicht in einem ausreichenden Maß zulässt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Zunahme und Intensität psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren in den Fokus soziologischer und psychologischer (Gesundheits-)Forschung gerückt ist. Zum populären Repräsentanten psychischer Erkrankungen ist in diesem Zuge das Burnout-Phänomen avanciert, das seither

in einer Vielzahl von Studien und Artikeln diskutiert wurde. Auf die ausdrücklich soziologische Dimension der Debatte verweist in diesem Zusammenhang Neckel (2014: 119), indem er Burnout als eine Form des sozialen Leidens, des Leidens an der Wettbewerbsgesellschaft charakterisiert: hervorgerufen durch die permanente Sorge um die eigene Leistungsfähigkeit, d. h. die eigene Konkurrenzfähigkeit im Wachstumskapitalismus der Gegenwart. Die Wirkung des Burnout-Diskurses⁵ ist dabei zwiespältig einzuschätzen. Zwar hat die virulente Thematik des Scheiterns durch den Diskurs eine gewisse gesellschaftspolitische Relevanz erlangt, wodurch Hemmschwellen bei der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen herabgesetzt wurden. Jedoch hat dies bislang nicht zu einer nennenswerten Ausweitung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit individuellen beruflichen Misserfolgen und den Konsequenzen, die diese für Einzelne haben, geführt. Forschungsansätzen, die in diese Richtung fokussieren, geht es dabei weniger um die Frage, ob das Phänomen Burnout als alarmierendes Resultat postmoderner Arbeitsbedingungen oder als bloße Modeerscheinung zu verstehen ist. Für sie stehen vielmehr der subjektive Leidensdruck, die individuelle Interpretation desselben sowie seine etwaige Bewältigung hinter dem Burnout als zeitdiagnostischem Marker. Folgerichtig stehen die soeben genannten Topoi im Vordergrund des hier vorgestellten Forschungsvorhabens.

1.3 Exkurs über berufliche Krisen und Scheitern

»Aber wenn man glaubt, daß die ganze Lebensgeschichte nur aus einer willkürlichen Sammlung von Fragmenten besteht, läßt das wenig Möglichkeiten, das plötzliche Scheitern einer Karriere zu verstehen. Und es bleibt kein

Spielraum dafür, die Schwere und den Schmerz des Scheiterns zu ermessen, wenn Scheitern nur ein weiterer Zufall ist« (Sennett 1998: 182).

Karriereverläufe und berufliche Krisen – bis hin zum Scheitern – liegen in der heutigen Arbeitswelt oft nahe beieinander. Richard Sennett weist in diesem Zusammenhang auf eine sozialpsychologische Implikation hin, die besonders für Beschäftigte in einer globalisierten Arbeitswelt von Bedeutung ist: Der individualisierte Mensch befindet sich in einem Geflecht von für ihn unüberschaubaren Interdependenzen, wodurch die eigene biographische Gestaltungsmacht eingeschränkt bzw. durch Willkür und Zufall infrage gestellt scheint. Gleichzeitig steigen Leistungs- und Optimierungsanforderungen in der Arbeitswelt (King et al. 2014), wodurch Arbeitnehmer einem erhöhten Druck ausgesetzt sind, diesen – sowohl intrinsisch als auch extrinsisch – gerecht zu werden. Die spätestens seit den 1990er-Jahren in den Fokus soziologischer Aufmerksamkeit gerückten Phänomene arbeitsweltlicher Flexibilisierung (u. a. Beck 1986, Kratzer 2003, Pongratz/Voß 2003, Siegrist 2011) sind hierbei zentral, denn in Zeiten struktureller Diskontinuitäten werden auch Karrieren verletzlicher und vor allem unbeständiger. Lineare Berufsbiographien werden seltener und an ihre Stelle treten Befristungen und Neuorientierungen, die verunsichern, kränken und zu einer psychischen Belastung werden können (Wiendieck 2003). Wenn sich berufliches Gelingen oder Scheitern zunehmend dem eigenen Einflussraum entzieht, steigt die Wahrscheinlichkeit, im Laufe der Berufsbiographie Rückschläge, Kränkungen und Krisen zu erfahren.

Definitiv werden Ausmaß und die Schwere dessen, was als Krise zu bezeichnen ist, unterschiedlich weit gefasst. Grundlegend bezeichnen Krisen Wendepunkte und sind Marker für den Moment, ab dem eine Situation sich in eine für den Betroffenen kritische Richtung entwickelt. In dem

Sinne, in dem sie als Wendepunkte verstanden werden, lassen sich Krisen auch als Höhepunkt einer Entscheidungs- oder sogar Ausnahmesituation konzeptualisieren, was sowohl individuell als auch gesellschaftlich gilt (Schnell/Wetzel 1999). Konstruktiv gewendet, werden mit Krisen zugleich Veränderungspotentiale verbunden, die wiederum Entwicklungsmöglichkeiten im Fall einer gelungenen Bewältigung bergen. Berger und Riecher-Rössler (2004) fassen in ihrer Definition die übergreifenden Merkmale einer Krise folgendermaßen zusammen: Krisen sind in der Regel zeitlich begrenzt, werden als potentiell überfordernd wahrgenommen und treten bei emotional bedeutsamen Ereignissen oder gravierenden Veränderungen der Lebensumstände auf. Mit dieser Definition wird die Dauer als relevantes Merkmal eingeführt, dass die Krise vom »Normalzustand« abgrenzt. Demgegenüber unterscheidet Sonneck (2000) zwischen grundsätzlich lebensverändernden Krisen einerseits und traumatisch-situativen Krisen mit vorübergehendem Charakter andererseits. Dauer und Schwere bilden an dieser Stelle die Differenzierungskriterien des Konzepts. James und Gilland (2012) unterscheiden, ähnlich Schnell und Wetzel, zwischen individuellen, bspw. den eigenen Lebensentwurf betreffenden, und überindividuellen Krisen, wie sie etwa infolge von politischen Konfliktsituationen oder Naturkatastrophen entstehen. Schließlich können Krisen dahingehend voneinander abgegrenzt werden, ob sie als Resultat akut aufgetretener Überlastung – etwa einem kritischen Lebensereignis (Filipp/Aymanns 2010) – oder aber als kumulativ angestaute Belastung eintreten (Hiller/Goebel 1992).

Unabhängig von der Art der Krise folgt auf die weniger erfolgreiche Bewältigung dieser häufig das subjektive Gefühl, gescheitert zu sein. Bereits die Thematisierung erwerbsbiographischer Rückschläge, die als persönliches Versagen gedeutet werden, fällt schwer und so werden auch

Krisen als individuelles Scheitern erlebt; für Sennett ist Scheitern denn auch »*das große moderne Tabu*« (1998: 159). Krisen, die in der Arbeitswelt auftreten, haben eine große psychosoziale Tragweite: Sie können nicht nur Schamgefühle aufgrund (vermeintlichen) Versagens befördern, sondern bedrohen – gerade im Fall intrinsischer Arbeitsmotivation – Selbstbilder und ganze Identitäten. Dabei fällt Einzelnen, wenn die Tätigkeit in einer intrinsischen, d. h. identifizierten Weise ausgeübt wurde, insbesondere die Differenzierung zwischen überfordernden externen Bedingungen und überhöhten subjektiven Leistungsansprüchen schwer. Zudem tritt, wenn die Arbeit Quelle der Anerkennung und identitätsstiftend ist, zur Angst vor existentiellen Notlagen oder dem Verlust sozialer Anerkennung der Zweifel über das eigene Können und Sein hinzu. Diese Faktoren können zum Verharren in schädigenden Arbeitskontexten beitragen und dadurch den Weg in die Krise beschleunigen. Phänomene wie die »Interessierte Selbstgefährdung« verdeutlichen dabei einen Belastungsmodus, in dem eine Überlastung zwar realisiert, eine Schonung hingegen aufgeschoben wird – so lange, bis der Grad der Belastung dies nicht mehr zulässt (Peters 2011).

Kann die Krise nicht mehr abgewendet oder abgewehrt werden, folgt die mehr oder weniger bewusste Auseinandersetzung mit dem Scheitern. Nach Junge (2009) gehört Scheitern *graduell* zunächst zu den alltäglichen menschlichen Erfahrungen. Auch Neckel (2015) folgt dieser Deutungsweise, die Scheitern als Teil eines Entwicklungsprozesses betrachtet und es dadurch entkatastrophisiert. In diesem Sinne ist das Scheitern – ähnlich der Krise – nicht als misslungenes Resultat eines abgeschlossenen Prozesses zu verstehen, sondern als eine Phase, die einen Übergang markiert. Nichtsdestotrotz wird die hieraus resultierende Lage als unangenehm empfunden und evoziert den Wunsch, diese möglichst schnell zu