

# Vom Schein zum Sein – Rückblick auf eine Teamsupervision

## **Abstract:**

Anhand des Modells der existenzanalytischen Teamsupervision von Lilo Tutsch wurde eine Ersts supervision auf einer psychiatrischen Station durchgeführt. Rückblickend wird geschildert, welche Phänomene sich zeigten, und wie sie sich im weiteren Verlauf der supervisorischen Tätigkeit entfaltet und entwickelt haben.

**Schlüsselwörter:** Phänomenologie - Supervision – Felder

## **1. Einleitung**

Im Verlauf einer Supervision geht es mir oft ähnlich wie bei der Kindererziehung: die aktuelle Situation fordert mich so sehr, dass ich mich nur mit bewusstem Bemühen – und anhand Photos oder Aufzeichnungen – an frühere Phasen erinnern kann.

Mein spontanes Anliegen, Phänomene, die in der Ersts supervision bereits spürbar waren, zu beschreiben und ihre weitere Entwicklung darzustellen, erwies sich aus der Perspektive des Rückblicks als schwierig. Die Erinnerung an die erste Begegnung stand zwar immer noch lebhaft vor meinem inneren Auge; sie war aber vom späteren Erleben und erweiterten Informationen überlagert - aus der phänomenologischen Schau war eine integrierte Erfahrung geworden. Mit dem Wissen um diese Einfärbung im Hintergrund möchte ich dennoch versuchen, den Weg mit einem Team nach einer längeren und differenzierten Entfaltung der Anliegen und der Dynamik zurückzuverfolgen, bis hin zu den Spuren des Beginns.

In den ersten Begegnungen wird ein Team oft besonders gut sichtbar und spürbar – einerseits weil der Blick des Betrachters noch offen und freier von Kategorisierungen ist, andererseits weil die Auseinandersetzung mit dem Neuen die Tiefenperson besonders aktiviert. Daher möchte ich den Erstkontakt und die erste Supervision auf einer Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie an einem österreichischen Krankenhaus ausführlicher schildern, und die Entfaltung der Themen im späteren Verlauf im Überblick darstellen. Begriffe in Kursivdruck sollen den Bezug zu später bearbeiteten, weiter unten beschriebenen Problemfeldern erleichtern.

## **2. Beschreibung des Erstkontakts und der Ersts supervision**

### **2.1 Anfrage und Kennenlernen**

Die Anfrage erfolgt telefonisch durch Dr. B., wir vereinbaren den Erstkontakts. Dr. B. klingt entgegenkommend, kompetent, ruhig, souverän.

Die Klinik liegt in einem Park mit gepflegten Grünflächen, auch die Station wirkt ansprechend. Die Räumlichkeiten sind sauber, hell und heimelig, mit warmen Farben, Pflanzen und gemütlichen, im Raum verteilten Möbeln ausgestattet. Die Anordnung der Möbel vermittelt eine gewisse *Leichtigkeit, fast Unverbindlichkeit*; die Station erinnert eher an ein gut geführtes Tagesheim als an eine psychiatrische Klinik. Beim Ankommen auf der

Station finde ich das Personal aktiv in den Umgang mit den Kindern und Jugendlichen involviert. Nachdem ich mich vorgestellt und eine Weile gewartet habe, ein wenig *verunsichert* – habe ich mich im Termin geirrt? - werde ich in den Besprechungsraum gebeten.

Zum Erstgespräch finden sich Dr. B., eine Psychologin, zwei Sozialpädagoginnen, eine Ergo- und eine Physiotherapeutin ein. Sie begegnen mir mit verhaltenem Interesse, freundlich, aber abwartend. Dr. B. wirkt distanzierter als am Telefon, ist aber an einer Zusammenarbeit sehr interessiert; er *erläutert sehr ausführlich* den Aufbau der Station und ihre Einbettung ins Krankenhaus sowie die Schwerpunkte der Tätigkeit der einzelnen Professionen. Die Station besteht seit fünf Jahren; seit drei Jahren gibt es auf der Station Supervision. Dabei seien die Organisationsstrukturen im Vordergrund gewesen, nun möchte das Team mehr Fall- und Teamsupervision; *konkrete Vorstellungen seien damit nicht verbunden*. Die vielfältigen Informationen erleichtern mir den Einstieg, unscharf bleibt trotz Nachfrage das Bild vom Team und vom Anliegen an die Supervision.

Zur Teilnahme eingeladen sind neben den Anwesenden die Psychologin, die Sozialarbeiterinnen sowie die Stationsschwester und das zahlenmäßig am stärksten vertretene Pflegepersonal. Der Zeitpunkt der Supervision wird verhandelt, die *Abstimmung* innerhalb des Teams, insbesondere zwischen *Oberarzt und Psychologin ist schwierig*, schließlich einigt man sich auf den vom Oberarzt vorgeschlagenen Termin. Die Anwesenden können die Zeit als Dienstzeit verbuchen.

Die Fragen des Settings und des Honorars müssen noch mit der Krankenhausleitung geklärt werden. Nach zwei Wochen soll eine Zu- bzw. Absage erfolgen. Sie erfolgt allerdings erst nach vier Wochen, der ursprünglich vereinbarte Termin wird verschoben. Für die erste Supervision werden, die bisherigen Gepflogenheiten weiterführend, vier Einheiten zu 50 Minuten vereinbart.

## **2.2 Ablauf der Supervision**

Die Supervision beginnt mit großer *Verspätung*; Dr. B ist noch mit einem Jugendlichen in einer akuten Krise beschäftigt, das Team muss zum Teil erst verständigt werden. Gemeinsam begeben wir uns, eine Gruppe von acht Personen, in den Raum, wo die Supervision stattfinden soll. Der Arbeitsraum, ein ausgebauter Dachboden, ist sehr weitläufig, sodass sich die Gruppe fast ein wenig darin verliert. Er ist mit den modernsten Medien ausgestattet.

Nach der offiziellen Begrüßung und Vorstellung meiner Person folgt eine kurze Erläuterung meiner Auffassung von Supervision sowie des Ablaufs des heutigen Treffens. Die Teilnehmer sind jetzt sehr *verhalten*, als hätten sie sich aus starker Bewegung direkt in eine Ruheposition begeben; dieser relativ abrupte Wechsel zeichnet sich im Team später häufiger ab. Auf mich wirkt die plötzliche Zurückhaltung irritierend, ich merke einen Verlust an Vitalität und Kreativität und es taucht – wie sich später zeigt in Resonanz mit der Gruppe – in mir die *Angst* auf, ich könnte etwas falsch machen.

Um mich und die Gruppe wieder freizuspielen und um den Dialog anzuregen schlage ich einen Einstieg mit einem Ball vor. Das Team geht gut mit, lacht, kommuniziert, findet verschiedene Möglichkeiten der Ballübergabe. Das Team stimmt sich schnell und gut aufeinander ab, es entsteht ein gemeinsamer Rhythmus mit kreativen Variationen. Jetzt, wo alle gleichzeitig beteiligt sind, zeigt sich ein hohes Maß an Sensibilität für die KollegInnen

und eine *natürliche Gabe zum Improvisieren*, wobei sich die Teilnehmer aber auffallend bedeckt halten.

Im nächsten Schritt werden die Teilnehmer eingeladen, Hoffnungen und Ängste zum Thema Supervision, sowie die Erwartungen und subjektive Bedeutung auf Kärtchen zu notieren. Die sehr strukturierte Vorgangsweise wirkt angstreduzierend, weil die Teilnehmer ihre Kärtchen kommentieren können, aber nicht müssen, gleichzeitig stärkt sie das Gewicht und die *Verbindlichkeit der Aussagen*. Anhand der an Flipcharts gehefteten Kärtchen werden später die Rahmenbedingungen, die für die weitere Zusammenarbeit nötig sind, erarbeitet.

Als Befürchtungen werden (zusammenfassend) genannt:

- *Abwertung*, Bloßstellen, destruktive Kritik
- zuviel Vorgaben vom Supervisor; *Zwang*; *Enge*; Supervision als Pflichtübung
- Supervision ist *schwammig*, Probleme gewälzt aber ungelöst
- Keine Zeit für mein Anliegen, *werde übergangen*, Gruppendruck
- *Ungelöste Konflikte*, keine Konsensfindung

Erwartungen sind:

- Erweiterung der Perspektiven; Austausch zwischen den Personen/ Berufsgruppen; *Verständnis für andere*, einander besser wahrnehmen
- Arbeit an *gemeinsamen Zielen*; Zusammenarbeit verbessern; an einem Strang ziehen
- Rückhalt bei Problemen; Unterstützung durch das Team; emotionale Entlastung; Förderung eines guten Klimas im Team
- *Umgang mit Aggression*, *Setzen von Grenzen*; Abstimmung des Vorgehens bei Grenzüberschreitungen
- Kompetenzen erweitern, Ressourcen fördern, Beleben der Arbeitsmotivation

Diskutiert werden folgende Themen:

- Soll Information weitergegeben werden; wenn ja, dann an wen und wie? Dahinter steht die Sorge, durch verfälschte Weitergabe von Aussagen „*Tratsch*“ zu fördern. Die Teilnehmer einigen sich auf das mündliche Übermitteln von Sachinhalten an Supervisionsteilnehmer, die nicht anwesend waren. Außenstehenden wird Information nur nach Absprache von festgesetzten Personen weitergegeben. Es soll, abgesehen von der Erstsupervision, keine Protokollführung (innerhalb des Teams) geben. Dem Team ist deutlich ein *Schutzraum* wichtig.
- Darf man über jemanden reden, der nicht anwesend ist? Im Zuge der Diskussion werden die auf den Kärtchen vermerkten Erwartungen und Befürchtungen aufgegriffen. Die Frage, *ob und wie Kontroversen und Konflikte wertschätzend angesprochen und ausgetragen werden können* – auch ohne Beisein eines Beteiligten – beschäftigt die Gruppe sehr. Bisherige Erfahrungen haben die Problematik sowohl eines „Redeverbots“ als auch einer „Kaffeeklatschrunde“ spürbar werden lassen. Die Teilnehmer nehmen die Anregung, als Schutz und Erinnerungshilfe einen leeren Stuhl symbolisch für die abwesende Person in den Kreis zu stellen, auf. Die Methode des Darstellens und Visualisieren kommt dem Bedürfnis des Teams nach „greifbarer Realität“ entgegen und entwickelt sich schließlich zu einer besonderen Ressource.
- Bringt Supervision etwas, wenn immer andere Personen teilnehmen? Bei Pflegepersonal ist aufgrund der Dienstenteilung ohnehin nur eine sehr *unregelmäßige Teilnahme* möglich; auch die Motivation des Pflegerpersonals zur Teilnahme an der Supervision hat sich als niedrig erwiesen. Es wird die Hoffnung formuliert: „Wenn die

Supervision gut ist, werden viele gern kommen.“ Das Team einigt sich auf keine verpflichtende, aber möglichst verbindliche Teilnahme. Es gibt offenbar eine Tendenz in der Teamkultur, für ungeklärte Fragen und Konflikte eine *oberflächliche Lösung* oder Möglichkeit der Harmonisierung zu finden. Ich spreche an, dass die Frage ungelöst ist, belasse es aber für den Moment dabei.

Eine Vertiefung des Themas „Wie wollen wir miteinander umgehen – in der Supervision, und auch im Stationsalltag“ wäre jetzt möglich oder sogar „dran“; ich habe jedoch den Eindruck, dass die Konflikte, die möglicherweise auftauchen, noch nicht gut getragen werden können. Rückblickend lässt sich schwer sagen, ob die Sorge berechtigt war, oder ob die oben erwähnte Dynamik des Teams mich bereits erfasst hatte. Jedenfalls entscheide ich mich für die langsamere Gangart und öffne die Runde nach einer kurzen Pause noch einmal mit der Frage „Auf dem Weg zur Arbeit heute – was hat mich bewegt“.

Die Stimmung wird ruhig, gelöst. Dr. B. und die Sozialpädagoginnen beschreiben ihre Zufriedenheit, schwelgen beinahe in ihrem Stolz über das in den letzten Jahren erreichte, das gute Klima im Team und dessen hohe Flexibilität. Man hat gemeinsam an einem Strang gezogen, die Station als *Pionierprojekt des Hauses*, zum Teil gegen manchen Widerstand, auf die Beine gestellt. Im kommenden Jahr soll ein weiterer Ausbauschritt erfolgen.

Die Therapeuten und das Pflegepersonal berichten allerdings von viel *Bewegung und Unruhe* auf der Station, die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Tagesstruktur sei eine ständige Herausforderung. Es gäbe häufig auch handgreifliche Konflikte zwischen den Patient untereinander oder zwischen Patienten und dem Team. „Wie kann ich mich besser abgrenzen, um nicht ausgelaugt, gelähmt, wütend zu werden? Wie können wir die Ordnung auf der Station erhalten und den einzelnen Patienten dennoch gerecht werden“, fragen sich einige Teammitglieder. Es wird nicht nur innerpsychisch, sondern auch im Faktischen manchmal eng. Das Team musste von Anfang an um ausreichende Räumlichkeiten „kämpfen“, die *Raumnot* ist immer noch sehr groß, Therapien können zum Teil nicht oder nicht zufriedenstellend durchgeführt werden. Die Klientinnen würden sich oft beengt fühlen und seien tatsächlich sehr eingeschränkt in ihrem Bewegungsdrang. Spürbar wird aber auch eine innere Enge, in welche die Teilnehmer, besonders Vertreter des Pflegepersonals, bei den Themen „Aggression“ und „Abgrenzung“ geraten.

Das Team reflektiert nun die gemeinsame Entwicklung der letzten Jahre. Es ist sehr schnell gewachsen und hat sich in der Zusammensetzung stark verändert: wurde es zu Beginn, wie auf den meisten anderen Stationen, vorwiegend von Arzt und Pflegepersonal geprägt, so hat sich nun durch den Zuwachs an Therapeutinnen, Psychologin und Pädagoginnen die Art und Weise der Zusammenarbeit gewandelt. Die auf anderen Stationen sehr klare hierarchische Struktur ist in dem *multiprofessionellen Team* komplexer aufgrund *uneindeutiger* formeller und informeller *Entscheidungsprozesse*. Auf Station K gibt es einen stationsführenden Oberarzt, einen Turnusarzt, eine Psychologin, zwei Sozialpädagoginnen, zwei Sozialarbeiterinnen, eine Ergotherapeutin, eine Musiktherapeutin, eine Physiotherapeutin und 14 Pflegepersonen, zu denen eine Stationschwester sowie diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und PflegehelferInnen gehören. Das *Pflegepersonal fühlt sich in den Hintergrund gedrängt*, die Aufgabenbereiche verschwimmen, die Ansprechpersonen sind nicht eindeutig.

Die Station ist jung, wie auch ihre Klientel und das Team selbst. Die Pflegeplanung für psychiatrische PatientInnen ist zu erarbeiten, die Abstimmung der Berufsgruppen aufeinander zu koordinieren; die Nachbetreuung muss organisiert und ausgebaut werden. Der Graben, der

sich zwischen Pflegepersonal und anderen Berufsgruppen gebildet hat, ist, wie sich später zeigt, tiefer als es hier erscheint, weil die anwesenden Repräsentanten als Berufsgruppe schon eine Minderheit darstellen.

Station K gerät auch in *Widerspruch zur Struktur des Krankenhauses*. Auf anderen Stationen sind viele Berufsgruppen nur stundenweise vertreten, Leitung und Supervision dieser Berufsgruppen befinden sich, das gilt auch für Station K, außerhalb der Station. Manche Teilnehmer klagen, dass die Zusammengehörigkeit dadurch erschwert wird, es sei z.B. nicht klar, ob die Teilnahme der Pädagogen an der Supervision der Station eigentlich zulässig ist, weil sie von der ärztlichen Direktion bezahlt wird. Außerdem kommen Ansprüche und Weisungen von den diversen Leitungsstellen, die mit den Erfordernissen auf der Station kollidieren. Dazu kommt, dass die Station besonders gut ausgestattet ist. Aus den Andeutungen mancher Teilnehmer geht hervor, dass auf Leitung und Team ein *hoher Anspruch* lastet, manch andere Station blickt aus der Sicht der Teilnehmer skeptisch oder auch mit Neid auf die „*Vorzeigestation*“.

Die sachlichen Inhalte werden sehr detailliert und kompetent dargestellt, es wird deutlich, dass das Team in diesem Bereich schon viel geklärt, besprochen, erarbeitet hat. Bei der Formulierung ihrer persönlichen Bedürfnisse und ihrer Einstellung zu den Gegebenheiten sind die Teammitglieder höflich, vorsichtig, sie wenden sich vorwiegend an mich. Die Tendenz, sich *durch Erklärungen zu positionieren oder zu verteidigen*, ist hoch; es gibt hin und wieder Unterbrechungen, die jedoch nicht verletzend wirken oder empfunden werden, stattdessen wird der Fluss des Gesprächs fast selbstverständlich umgeleitet und weitergeführt. Die Themen tauchen auf, polarisieren manchmal kurz und verschwinden dann wieder. Wenn Pausen entstehen, werden sie schnell durch Erklärungen seitens der Ärzte, Psychologen und Therapeuten oder witzige Bemerkungen seitens des Pflegepersonals gefüllt. Ich spüre die Wendigkeit, die Lebendigkeit, das Engagement des Teams, bekomme aber den *Kern der Anliegen schwer zu fassen*. Manche Aussagen bleiben vage, abstrakt, zum Teil unverständlich, weil der Zusammenhang unklar bleibt, aber niemand fragt nach, und auch ich zögere, es zu tun. Als Reaktion darauf kommt es zu Wiederholungskreisen, Aussagen werden nach einer Weile noch einmal mit anderen Worten wiederholt. Es entsteht bei mir der Eindruck: „das ist diffus, zu flüchtig, es braucht noch etwas“, gleichzeitig aber auch „das Team braucht viel Ruhe, Raum, Zeit, und die Erlaubnis, so sein zu dürfen, wie es ist“.

Das Thema „*Raum haben – Raum geben*“ beginnt sich als zentrales Anliegen abzuzeichnen. Um dem Diskussionsstil der Gruppe eine Alternative gegenüberzustellen, schlage ich eine Übung vor. Die Teilnehmer sollen mit Hilfe eines Sessels ihren Raum begrenzen, einmal sehr eng, einmal in großem Abstand, einmal so, dass es angenehm ist. Die Positionen sind jetzt sehr deutlich akzentuiert – wieder ist in der Darstellung das Team mutiger als im verbalen Ausdruck. Im anschließenden Gespräch erarbeitet das Team eine gewisse Akzeptanz unterschiedlicher Bedürfnisse. Übereinstimmend wird das Anliegen geäußert, in der nächsten Zeit gemeinsam auf das Einhalten, Abstimmen und Wahren des persönlichen Raums im Team zu achten.

In einem letzten Schritt werden Wege zur Umsetzung für das Gestalten des persönlichen Raums im Stationsalltag, sowohl auf der physischen als auch auf der psychischen Ebene besprochen. Dabei werden kleine Schritte, die jeder persönlich setzen kann, wie etwa das Einbauen von Minipausen, und Möglichkeiten der gegenseitigen Unterstützung, etwa die Bitte um Fortführung des Gedankens, wenn jemand unterbrochen wurde, fokussiert. Die Teilnehmer sind einfallreich und scharfsichtig in ihren Vorschlägen; *schwer fällt es ihnen oft, den Wunsch nach rascher Umsetzung größerer Projekte vorerst hintanzustellen*.

In der Abschlussrunde wird vor allem der Raum für Begegnung und die Klärung als positiver Eindruck rückgemeldet. Um ein kontinuierliches prozessorientiertes Arbeiten zu erleichtern wird die Frequenz der Supervision auf monatliche Abstände zu erhöht und die Dauer auf drei Einheiten verkürzt.

Nach Beendigung der Supervision sucht *Dr. B. das Gespräch mit mir*, um mir unter anderem einige Hinweise zur Geschichte des Krankenhauses zu geben. Auch in der Folge erlebe ich es manchmal als schwierig, mich seinem Gesprächswunsch zu entziehen. Dr. B. ist während der Supervisionen sehr kollegial („ganz bewusst“, wie er später erklärt), sein Führungsanspruch zeigt sich in erster Linie in sehr ausführlichen Erläuterungen. Die persönliche Unterweisung der Supervisorin betrachtet er daher als Teil seines Aufgabengebietes, wobei auch die Herstellung und Aufrechterhaltung einer Vertrauensbasis aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur aus meiner Sicht eine Rolle spielt.

### **3. Beschreibung der Phänomene und Themen unter dem Blickwinkel der „Felder der Teamsupervision“**

Die in der Supervision auftauchenden Themen lassen sich in vier große Bereiche zusammenfassen (Tutsch 2001, 41, vgl. auch Brandau, 137f):

- Wir und die anderen: die Institution, Schnittstellen, übergeordnete Hierarchie
- Wir: Teambildung, Arbeitsklima, Zusammenarbeit
- Ich: Selbsterfahrung zu beruflichen Themenbereichen (etwa: Umgang mit Aggression)
- Etwas: Aufgaben, Ziele, Klientel

Die vier Aspekte überschneiden sich natürlich, bilden aber eine gute Möglichkeit, für sich und das Team den Ort des aktuellen Geschehens festzumachen. Sie sind eine hilfreiche Struktur für die vertiefte Betrachtung der Teambegleitung und sind auch im Auge zu behalten hinsichtlich Teamentwicklung und Teamabwehr.

#### **3.1 „Wir und die anderen“**

##### **Die Institution - Öffentliches Krankenhaus; Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

- Die „Vorzeigestation“

Die Station wurde vor fünf Jahren eröffnet. Sie ist ein *Pionierprojekt* des Hauses, unterscheidet sich von anderen Stationen durch ihre Räumlichkeiten, ihre Teamzusammensetzung und die Art der Führung; sie ist auch die einzige Station, auf der es schon seit drei Jahren Teamsupervision gibt.

Das Team hat eine anstrengende Pionier- und Differenzierungsphase (vgl. Schreyögg 1992; Wimmer 1993) hinter sich. Die innovativen Bewegungen und der damit verbundene Sonderstatus der Station hatten Auswirkungen nach innen und außen. Andere Stationen fühlen sich zurückgestellt und reagierten mit Skepsis oder sogar Feindseligkeit, die Leitung des Hauses erwartete von Station K aufgrund der hohen Ressourcen besondere Leistungen. Die in der Erstsupervision erkennbaren hohen Ansprüche, die Tendenz, Schwachpunkte zu überdecken (siehe auch Umgang mit Grenzen, Abschnitt 3.2, und auch die damit verbundene

Ambivalenz gegenüber der Supervision (Verschiebungen, verspäteter Beginn etc.) stehen damit in Zusammenhang.

- Voran, voran

In der Erstsupervision (und auch später) wurde eine Fülle von Themen erwähnt und meist auch gleich mit Engagement bearbeitet; es gab schnelle Ergebnisse, die aber oft nicht dem Stationsalltag standhielten – etwa die Frage der hohen Fluktuation in der Supervision.

Zum Zeitpunkt der Erstsupervision stand das Team bereits wieder vor einer neuen Pionierphase; *die Station sollte im nächsten Jahr erheblich ausgebaut werden*, Pläne dafür wurden bereits überlegt. Damit zeichnete sich die Gefahr ab, dass die Energie der Teilnehmer von den neuen Aufgaben wieder sehr gebunden sein würde. Das könnte zur Folge haben, dass das Erleben von Enge, zuwenig Raum (und, wie sich später auch zeigte, auch Halt und Schutz) durch äußere Maßnahmen eher überdeckt als gelöst würden. Der häufige Wechsel von hoher Aktivität in plötzliche Passivität konnte einerseits auf die stille *Erschöpfung*, andererseits auf die durch schnelle Entwicklung entstandene *Sprunghaftigkeit* in der Teamkultur zurückgeführt werden.

Während der ersten drei Jahre wurde das Team von einem Supervisor (einem ehemaligen General) begleitet, wobei die Arbeit an Strukturen und strategischem Vorgehen im Vordergrund stand. Die Differenzierungsphase ging aufgrund des großen Erwartungsdrucks der Krankenhausleitung, der *Dringlichkeit der anstehenden Aufgaben*, der Kompetenz und nicht zuletzt der Psychodynamik der Teammitglieder sehr rasch in eine Integrationsphase über, die eine hohe Effizienz garantierte, manche Konflikte jedoch als Altlasten mitschleppte.

### 3.2 „Wir“ und „Ich“

#### Das Team und die einzelnen Mitglieder des Teams

- Gespaltenes Team

Die sonst im Haus übliche Zusammensetzung bestehend aus zwei bis drei Ärzten, einer Psychologin, einer Sozialarbeiterin und dem Pflegepersonal als große Mehrheit veränderte sich immer mehr durch einen raschen Zuwachs des Therapeutenteams. Im Laufe der Differenzierungsphase fühlte sich das *Pflegepersonal an den Rand gedrängt*. Die in der Erstsupervision ungelöste Frage, wie das Pflegepersonal für die Supervision zu motivieren sei, wurde immer wieder andiskutiert, und es gab mehr oder weniger erfolgreiche, jedenfalls unbeständige Lösungsversuche. Erst nach etwa einem Jahr wurde die mit der Stationsentwicklung verbundene Kränkung deutlicher artikuliert.

Die unter 3.1 beschriebenen Veränderungen der Teamzusammensetzung brachten auch eine Verschiebung der zentralen Themen mit sich. Während auf anderen Stationen die Sorge um die basalen, körperlichen Bedürfnisse mehr im Vordergrund stand, lagen die *Kernaufgaben auf Station K in der Behandlung psychischer Störungen*, häufig mit Schwerpunkt in den Bereichen Traumatisierung, Identitätsfindung und Selbstwertproblematik. Das Gewicht lag somit nicht mehr auf der Aufrechterhaltung der Bedingungen für das physische Dasein, Schutz, Struktur, gesunde Umgebung, sondern in der Wahrung und Erweiterung der Entfaltungsmöglichkeiten für die Gesundheit und Reifung der Person.

Da die Verschiebung relativ rasch erfolgt war, standen die zentralen Anliegen oft als Gegensätze einander gegenüber, getragen von der oben erwähnten Polarisierungstendenz der Berufsgruppen. Der *Aufeinanderprall der Kulturen* der mehr haltgebenden, sicherheitsorientierten „bürokratischen Kultur“, die vorwiegend von Pflegepersonal und Sozialarbeiterinnen getragen wird, und der experimentierfreudigen, entwicklungsfördernden „unternehmerischen“ Kultur des Therapeutenteams (Schreyögg 1996, 101) führte immer wieder zu Pattsituationen. Das Team spürte von Anfang an, wie wichtig die Überbrückung dieses Grabens war, ohne sich des Problems wirklich bewusst zu sein. So wurde es schon in der ersten Supervision als besonders wichtig empfunden, die Standpunkte der verschiedenen Berufsgruppen auszutauschen und sich mit dem Blickwinkel der jeweils anderen Gruppen auseinanderzusetzen.

- Hohe Ideale - Stellungnahme und Grenzen

Oft führte aber die scheinbare Unvereinbarkeit der Motive auch zu innerpsychischen Konflikten und einer daraus folgenden Lähmung bei einzelnen Betreuern, die den Eindruck schilderten, was immer sie täten, sie würden eine wichtige Richtlinie, oder einen kostbaren Wert verletzen beziehungsweise verraten. Sichtbar wurde die Unsicherheit in der Stellungnahme durch die bereits erwähnte *Harmonisierungstendenz*, die Neigung zu schnellen Kompromissen, überdeckenden Erklärungen und raschem Themenwechsel.

Damit gekoppelt war oft eine innere und äußere Verurteilung der aus den Ohnmachtsgefühlen erwachsenden Aggression, welche die Verstrickung noch verstärkte. In der Erstsupervision wurde die Hoffnung geäußert, durch „gut gelernte Abgrenzung“ nicht mehr in Wut oder innere Ermüdung zu geraten. Tatsächlich brauchte es wiederholte und vertiefte Betrachtung der zugrundeliegenden Bedürfnisse, Emotionen und Motive, um an Stelle einer Vermeidung und Bekämpfung von aggressiven Impulsen (der Abwehrdynamik der 1. Grundmotivation) oder einer Distanzierung und Rechtfertigung (dem Coping der 3. Grundmotivation; Längle 1998) zu einer guten *inneren Standfestigkeit* angesichts der häufig überbordenden Dynamik der Kinder und Jugendlichen zu gelangen.

- Siehst du mich?

Das Ringen darum, sich und andere wahrzunehmen und selbst wahrgenommen zu werden, welches in der Erstsupervision als Reaktion auf die „Tarnkappenkultur“ bereits spürbar war, tauchte später im Team in mehreren Variationen auf. Der Kommunikationsfluss wurde als zuwenig effizient erlebt, *das Gesagte* „verpuffte“. Schwarze Bretter und andere, auch in der Supervision vorgeschlagene Kommunikationsträger griffen nur kurz. Wie wir später herausarbeiten konnten, lag oft zuwenig Gewicht in einer Aussage oder Information, aus Angst vor Zurückweisung einerseits, und vor Überlastung andererseits. In den weiteren Treffen erwies es sich als wichtig, offen gebliebene Fragen, Einwände und Widersprüche zu benennen und von Zeit zu Zeit wieder aufzugreifen.

- Indirekter Führungsstil

Besonders in der Auseinandersetzung mit der Leitung brauchte es viel Ermutigung auf beiden Seiten, um von der geheimen Überzeugung „*Ich werde ohnehin nicht verstanden*“ wieder in eine Offenheit zu kommen. Der Führungsstil wirkte demokratisch, dennoch wurden bei vielen Entscheidungen, etwa der Auswahl der Supervisorin, das Team wenig einbezogen oder informiert. Während der Supervision und der Teambesprechungen wurde von Oberarzt viel



erklärt, um, wie er sagte, auch neuen Teammitgliedern sein Stationskonzept zu vermitteln (und nach den Supervisionen auch mir); der Austausch im Team kam dadurch aber zu kurz.

Die Fallführenden, Oberarzt, Turnusärztin und Psychologin, waren sehr unregelmäßig anwesend, sowohl auf der Station als auch in der Supervision. Die Psychologin, sehr offen und lebhaft, wünschte sich in der Erstsupervision eine *klarere Rollenzuteilung der Berufsgruppen* und eine Verbesserung der Zusammenarbeit, musste aber nach einer Stunde aufgrund der Unruhe eines Patienten weg. Wie sich später zeigte, waren sowohl Fallführende als auch Stationschwester stark in anderen beruflichen Feldern involviert, sodass die kontinuierliche Präsenz auf der Station eingeschränkt war.

Die *Verzögerungen und Störungen*, Telefonate, vorzeitiges Weggehen von Teilnehmern, nicht angekündigte Raumwechsel wurden im Lauf der späteren Treffen deutlich weniger. Die Arbeit an einer *verstärkten Verbindlichkeit* der Ärzte in der Teilnahme an der Supervision beziehungsweise die Handhabung ihrer Abwesenheit beschäftigte das Team längere Zeit. Den Teilnehmern kamen dabei ihre hohen Kompetenzen im Umgang mit wechselnden Gegebenheiten zugute. Die spielerische Ressource bestätigte sich später auch im Rollenspiel, bei dem das Team mutig den Umgang mit schwierigen Patienten darstellte.

### **3.3 „(Für) Etwas oder jemand“ Die KlientInnen und die Aufgaben der Station**

- Unklarheiten im Auftrag und in den Therapiezielen

Die *Kernaufgaben* des Teams wurden in der Erstsupervision wenig angesprochen. Einerseits war die Station noch sehr mit der Differenzierung der Strukturen und dem Halten der Gemeinschaft beschäftigt, andererseits war *eine Diffusität* spürbar, die vielen psychiatrischen Stationen (insbesondere seit der Psychiatriereform) zu schaffen macht. Das Team war von Beginn an beschäftigt mit der Frage: Was ist unser Auftrag? Sind wir in erster Linie eine Krisenstelle, eventuell auch emotionale Tankstelle, wo die PatientInnen sich stabilisieren können, um gestärkt in ihr Umfeld zurückzukehren? Sind wir eine beratende, erzieherische Institution, wo entlastende Maßnahmen erarbeitet werden sollen, oder eine therapeutische, wo längerfristige Veränderungen initiiert werden können? Die unterschiedlichen Vorstellungen, die das Team selbst, sowie Vorgesetzte, PatientInnen und Angehörige hereinbrachten, führten zu einer grundsätzlichen Verunsicherung in der Tätigkeit, weiters zu Konflikten untereinander und teilweise zu einem Mangel an gegenseitiger Wertschätzung. Wenn ich nicht verstehe, an welchem Strang der Kollege zieht, ärgere ich mich über sein „unvernünftiges Verhalten“. Es kam, wie sich auf Station K unter anderem in der zeitlichen Überschneidung von Therapien manifestierte, zu einem *Tauziehen um den Patienten*, damit verbunden zu Konkurrenz seitens des Teams und agierendem Verhalten seitens der Patienten. Die positive Seite zeigte sich allerdings darin, dass das Team einen gewissen Freiraum hatte und diesen in der Gestaltung ihres Auftrags nützte; dadurch konnte manchen Kinder in der kurzen Zeit sehr sinnvolle Hilfestellung angeboten werden.

Diese Themen wurden in der Erstsupervision nicht alle direkt angesprochen, waren aber spürbar in dem Bedürfnis nach *mehr Teamgeist* und dem Erarbeiten *gemeinsamer Richtlinien*. Der existenzanalytische Zugang erwies sich in der Folge als hilfreich: das Erarbeiten gemeinsamer Werte und Grundhaltungen entspannte innerhalb eines Jahres die gruppenspezifischen Koalitionen soweit, dass die Teilnehmer dort, wo es nötig war,

allmählich auch die direkte Auseinandersetzung wagten. Der gemeinsame Nenner war zwar inhaltlich schwer zu finden, die Ansprüche und Prioritäten blieben recht unterschiedlich. Es gelang dem Team aber zunehmend besser, die Vielseitigkeit der Sichtweisen wahrzunehmen, auszuhalten und auch als Ressource anzuerkennen und damit aus einer verschleierte lähmenden Spannung in einen bejahenden produktiven Umgang miteinander zu kommen.

- Auch hier: Es muss etwas weitergehen

Viele der jungen PatientInnen kommen in entwicklungs- und familiär bzw. sozial bedingten Krisensituationen. Die Kinder oder Jugendlichen sollen „sich nicht die Zukunft verbauen“, das Umfeld – Eltern, Geschwister, Lehrer – brauchten dringend Entlastung, der Handlungsbedarf ist groß. Unter diesem *Erwartungsdruck* ist es schwierig, das individuelle Tempo des Einzelnen zu berücksichtigen, sowohl bei Klienten als auch bei Betreuern. Das Team beklagte, wie schwer die „*Leerläufe*“ bei manchen Patienten auszuhalten seien. Ich selbst bemerkte schon in der Erstsupervision und auch später öfter mein Bemühen, durch verschiedene methodische Zugänge das zentrale Thema zu fokussieren (probieren wir noch etwas ...), anstatt das Auf-der-Stelle-Treten aufzugreifen und anzuschauen. Die Tendenz der Leitung, die Supervision mit der Supervisorin „nachzubesprechen“, vermutlich in dem Gefühl, es sei etwas offen geblieben, weisen in eine ähnliche Richtung.

Die *Gelassenheit zu bewahren, ohne in Aktivismus oder Resignation zu fallen*, fiel mir in den Fallsupervisionen manchmal schwer, nicht nur deshalb, weil die tragischen Schicksale der Kinder und Kids auch mich bewegten. Mein eigener Wunsch, die hohe berufliche und menschliche Qualifikation der Teammitglieder in einem optimalen Wirkungsfeld zu sehen, war der phänomenologischen Haltung nicht zuträglich.

#### **4. Phänomenologische Vertiefung: Worum geht es im Kern?**

Im Lauf der zwei Jahre, in denen ich das Team supervidiert habe, wurden zahlreiche Themen erörtert, von denen ich nur jene, die das Team längerfristig und umfassend beschäftigt haben, herausgegriffen habe. Diese waren jedoch in der Erstsupervision bereits skizziert vorhanden. Die Vertiefung der Themen erfolgte im Lauf der Supervisionstreffen, wo sich die zentralen Fragen und Grundmotive der Teilnehmer und des Teams insgesamt immer mehr abzeichneten. Das spezifische Anliegen und die Herausforderung existenzanalytischer Supervision ist es dabei, ohne die Hilfe von mitgebrachten Konstrukten über das Beziehungsgeschehen in der Gruppe von der Vielfalt der Themen und Sichtweisen zum Wesentlichen, und von der Individualität der Standpunkte zum Gemeinsamen zu kommen (Tutsch, 2001, Ausbildungsskriptum).

Für das Team der Station K, dessen Kernthemen sehr um die dritte Grundmotivation, die Ebene der persönlichen Entfaltung kreisten, war es besonders wichtig, sich mit seinem *Geworden-Sein, seinem Selbstbild – Stärken und Schwächen – seinem eigentlichen Anliegen und seinen Schutzmechanismen auseinanderzusetzen* (vgl. Tutsch 1999). Das Team war vom Aufbereiten des Bodens über die Gestaltung der Beziehungen rasch in die Ausbildung einer Identität und in die Konzentration auf die Aufgabe gekommen. Nun galt es, die in der Schnelligkeit der Entwicklung übergangenen „dürren Felder“ aufzufinden und nachreifen zu lassen.

Je näher die Teilnehmer den tieferen Beweggründen für ihre Arbeitsweise, ihre *Prioritäten* und ihren Interaktionsstil kamen, desto mehr gelang es ihnen, zu einem fruchtbaren Zusammenwirken zu kommen. Im Auge zu behalten war dabei immer die existenzielle Basis:

das Achten auf eine tragende Grundstruktur, das *Konkretisieren von Bedürfnissen und Ängsten* und das Stärken des *Vertrauens in die eigene Kompetenz*, in die *Loyalität der KollegInnen* und nicht zuletzt in die *Lebenstüchtigkeit der PatientInnen*.

„Je persönlicher wir uns verhalten, desto mehr Anteil haben wir an dem, was allen Menschen gemeinsam ist. ...“ (Längle, 1999, 34). Dass die personale Entwicklung nicht auf Kosten der Gemeinschaft gehen muss, sondern diese fördern kann, konnte mit dem Team gut erarbeitet werden. Durch das kontinuierliche Anfragen der persönlichen Betroffenheit und der *Stellungnahme des Einzelnen* und die Hinführung zu den *verbindenden Werten*, die wiederum in der *konkreten Handlung* der Personen mündete, konnte die Angst der Teammitglieder vor Egoismus oder Selbstverlust sich wandeln in ein Schützen-Wollen des Eigenen und des Gemeinsamen. Damit öffnete sich der Blick der Teammitglieder zunehmend in Richtung Aufgabe, und das angestrebte Bemühen um die Besonderheit als Station entwickelte sich zu einem Interesse an der gemeinsamen Vision und dem angemessenen Platz im Gesamtgefüge.

#### Anschrift der Verfasserin:

Mag. Susanne Pointner  
KGV Satzberg Alt 16  
1140 Wien  
Email: susanne.pointner@existenzanalyse.org

### **Literatur**

- Bolen I et al. (1997): Das ÖAGG Modell als Modell der methodenübergreifenden Supervision. In: Luif I (Hrsg): Supervision. Tradition, Ansätze und Perspektiven in Österreich. Wien: Orac
- Brandau H 1995 und Schüers W: Spiel und Übungsbuch zur Supervision. Salzburg: Müller
- Längle A (2000): Die Personale Existenzanalyse (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hrsg): Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien, Tagungsbericht der GLE, 9-38
- Längle A (1998): Psychodynamik – die schützende Kraft der Seele. Verständnis und Therapie aus existenzanalytischer Sicht. In: Längle A (Hrsg): Emotion und Existenz. Wien, Tagungsbericht der GLE, 111-134
- Längle A (1999): Authentisch leben – Menschsein zwischen Sachzwängen und Selbstsein. Existenzanalyse 99, 1, 26-34
- Tutsch L (1999): Alles k(ein) Problem – Praxis, Theorie und Therapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung. In: Längle A (Hrsg.): Hysterie. Wien, Tagungsbericht der GLE, 59-84
- Tutsch L (2001): Existenzanalytische Teamsupervision – ein Konzept. Existenzanalyse 2001, 2+3, 31-44
- Schreyögg (1992): Supervision. Ein integratives Modell. Paderborn.
- Schreyögg A (1996): Organisationskultur und Supervision. In: Pohl H (Hrsg): Supervision in Institutionen. Frankfurt am Main: Fischer.
- Vetter H (1989): Die Phänomenologische Haltung. In: Längle A (Hrsg): Selbstbild und Weltsicht. Wien Tagungsbericht Nr. 1/1989 der GLE, 14 – 22

Wimmer R (1993): Zur Eigendynamik komplexer Organisationen, in Fatzer G. (Hrsg): Organisationsentwicklung für die Zukunft. Köln, 255-308.