

Supervision in einem interdisziplinären Team und ihr Beitrag zum Verhüten von Burnout*

Beschreibung eines Supervisionsprozesses

Ursula Tröscher-Hüfner

Ich möchte im folgenden einige meiner Erfahrungen und Anliegen mitteilen, die ich für einen Veränderungsprozeß in der Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen in Kliniken für sinnvoll und wichtig erachte.

Ich selbst war vor etwa 20 Jahren auch einige Jahre Co-Lehrtherapeutin und hatte damals ziemlich naive Vorstellungen von der Position, die damit gemeint war. Mir war klar, daß ich fachlich einiges zu lernen hatte, z. B. den inhaltlichen Durchlauf eines Curriculums und – therapeutisch – daserspüren von relevanten Themen, und welche Prozesse sie in Gang setzen und wie diese die Dynamik einer Gruppe beeinflussen. Co-Therapie habe ich damals als etwas Gleichrangiges zwischen zwei KollegInnen verstanden, die gemeinsam eine Gruppe leiten. Doch das ist nicht so gewesen, und das Wort Co-Therapie wird – so meine ich – auch heute noch mißverständlich gebraucht und verstanden: Mal ist damit Gleichheit und mal ist damit Unterschiedlichkeit in der therapeutischen Erfahrung und auch vom Ursprungsberuf her gemeint. Co-Therapie kann bedeuten, daß zwei Kollegen, die eine therapeutische Ausbildung haben, zusammenarbeiten, daß sie aber gleichzeitig einen unterschiedlichen Auftrag und unterschiedliche Funktionen vom Beruf her neben der therapeutischen Arbeit haben. Konkret heißt das, daß beide, ein Arzt und eine Krankenschwester z. B. eine therapeutische Ausbildung haben und in dieser Arbeit gleichrangig sind. Daneben hat jeder seine berufsspezifische Funktion. Besonderes Augenmerk ist darauf zu legen, daß Funktion und therapeutische Ebene nicht in ein Machtgerangel geraten, zwischen das dann auch häufig Patienten geraten.

In einer psychosomatischen Klinik oder einer solchen Abteilung in einer Klinik sollten alle Berufsgruppen angeregt werden, im Sinne hoher Effizienz für den Patienten eine therapeutische Zusatzausbildung neben der Ausbildung ihrer Berufsgruppe zu machen. Sie sollten darüber hinaus immer wieder zu weiteren Fortbildungen angeregt werden. So kann im therapeutisch-klinischen Bereich eine übergeordnete fachliche Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen entwickelt werden, die dem Namen Co-Therapie gerecht wird – parallel zur

*) Überarbeitete Fassung des Vortrags: „Supervision von Co-Therapeuten und Pflegekräften und ihre Rolle für die Verhütung von Burnout“ auf dem 2. Co-Therapiekongress Bad Dürkheim 13./14. März 1998.

Hierarchie, die durch Funktionen definiert ist. Es ist auch bekannt, daß eine therapeutische Zusatzausbildung nicht zwangsläufig den Anspruch auf mehr Gehalt beinhaltet. Die Gleichheit beschränkt sich also in meinem Verständnis auf den psychotherapeutischen Bereich. Die Funktionen, die ein Arzt, ein Psychologe, eine Krankenschwester, ein Musiktherapeut, ein Ergotherapeut, ein Erzieher durch ihre Spezialisierung haben, dienen der Förderung und Heilung des Patienten und sind jeweils unverzichtbar.

Was in dieser Art von Zusammenwirken und Arbeiten mir als wichtigstes Ziel erscheint, ist die Veränderung der eigenen Haltung hin zu mehr Wertschätzung und Anerkennung seiner selbst und anderer im beruflichen Kontext.

Im Verlauf meiner weiteren Ausführungen werde ich (Ihnen) zu folgenden Themenbereichen, meine Gedanken mitteilen:

1. Vom Burnout zur Eigenverantwortung, Standpunkte äußern und vertreten lernen
2. Wertschätzung zu äußern *und* anzunehmen in bezug auf KollegInnen und PatientInnen
3. Hierarchie durch Funktion und Beruf
4. Äußern von Kritik
5. Selbstwert-Konkurrenz und ihr Bezug zum eigenen Herkunftssystem und
6. die Teamdynamik, die dadurch auch „gesteuert“ wird
7. Team- und Fallsupervision

Ich möchte (Ihnen) am Beispiel eines Teams auf der psychosomatischen Station einer Kinderklinik den Teamentwicklungsprozeß darstellen, in dem die oben genannten Themen Markierungen von Veränderungen sind. Der Supervisionsprozeß umspannt bisher einen Zeitraum von etwa fünf Jahren. Die Station hat zwölf Betten. Die Leitung hat ein Oberarzt, der diese Station 1981 konzipierte und dann immer weiter entwickelt hat. Er hat für „seine“ psychosomatische Station bei der Verwaltung externe Supervision durchgesetzt. Das war bisher einmalig in der Klinik. Insgesamt arbeiten in der Station etwa 22 Kolleginnen und Kollegen. Folgende Berufsgruppen sind darin vertreten: Der leitende Oberarzt, zwei weitere Ärzte, zwei Psychologen, ein Sozialpädagoge, zehn Krankenschwestern, ein Ergotherapeut, eine Erzieherin. Sie alle bilden insgesamt das Therapeutenteam. Zu dem Psychotherapeutenteam gehören der leitende Oberarzt, zwei Ärzte, zwei Psychologen und ein Sozialpädagoge.

Der leitende Oberarzt hat auf dieser Station systemische Familientherapie etwa ab 1990 eingeführt. Die systemische Sicht kollidiert insbesondere im Kontext einer Klinik auch immer wieder mit der naturwissenschaftlich-medizinischen Sicht von Symptomen. Diese Kollisionen gibt es mit anderen Therapieverfahren, z.B. der Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse, weit weniger, weil diese dem medizinischen Denken verwandt, ja aus diesem entstanden sind. Die Ambivalenz auf dieser Station in meinem Beispiel verstehe ich vor folgendem Hintergrund: Die systemische Sicht auf Symptome versteht diese als Lösung

eines Systems, während die medizinische Sicht ein Symptom als Störung eines Individualsystems definiert. In meinem Beispiel, der psychosomatischen Kinderstation, ist die Verführung sehr groß, immer wieder nur das Symptom zu sehen, weil es sich bei dem betroffenen Kind sehr lebendig darstellt. Es ist nur allzu verständlich, wenn sämtliche MitarbeiterInnen eher auf das Symptom schauen. Dadurch wird aber der Blick für den größeren Zusammenhang, in dem ein Symptom steht, verstellt.

Die Supervision fand nicht vor Ort in der Klinik statt, sondern das Team kam zu mir angereist. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um – herausgenommen aus dem üblichen Kontext – in einer Umgebung von Ruhe, ohne Geschäftigkeit, Piepser, Telefon, zu arbeiten. Meiner Ansicht nach ist es unnötig, die eigene Bedeutung durch solche Attribute während einer Supervision zu betonen. Etwa die Hälfte des Gesamtteams kommt wegen der Dienste in wechselnder Besetzung. Das kann heißen, daß manche Stationsmitglieder ein halbes Jahr nicht in der Supervision waren oder gar ein Jahr. Auch das hat Auswirkungen auf den Teamentwicklungsprozeß.

Während einer langen Phase des Supervisionsprozesses (die Supervision war beides: Fall- und Teamsupervision) stand das Therapeutenteam im Mittelpunkt, die anderen Berufsgruppen eher am Rande. Bei Fallbesprechungen haben die Schwestern ihre Eindrücke und Gedanken mitgeteilt, jedoch sehr schüchtern. Auch sie führten Gespräche mit den Eltern oder einem Elternteil, wenn diese ihre Kinder besuchten oder zu einer bestimmten Handlung in bezug auf ihr Kind angeleitet werden sollten. Aufgabe der Schwestern ist auch, die Kinder pflegerisch und in der Durchführung von pädagogischen Konsequenzen zu betreuen, die das Psychotherapeutenteam angeordnet hat. Zu therapeutischen Gesprächen werden die Schwestern gewöhnlich nicht dazu gebeten. Sie werden auch nicht ermuntert oder gar verpflichtet, sich durch eine Zusatzausbildung therapeutisches Handwerkzeug anzueignen.

Ich habe die systemische Therapie als gemeinsame Sicht und Sprache für die Fallbesprechungen und für die Reflexion über den Teamprozeß eingeführt.

In den ersten Jahren kam das Team etwa zehnmal im Jahr, jeweils vier Zeitstunden. Ich verstehe die ersten zwei Jahre als „Auftauen“ aus erstarrten Haltungen und immer gleichen Interpretationen, den immer gleichen Verhaltensabläufen in der Kommunikation der Kolleginnen und Kollegen untereinander und in bezug auch auf Patienten.

Unzufriedenheit und eine depressiv-aggressive Stimmung kamen oft vom Team im Hinblick auf den Leiter zum Ausdruck. Eine meiner obersten Prämissen in einer Supervision ist die Förderung der Eigenverantwortung jedes Einzelnen für Gefühle, die andere in ihm auslösen, und diese eben auch häufig unangenehmen Gefühle als Herausforderung zur Eigenreflexion annehmen zu lernen. Deshalb war von mir die Vorgabe an das Team in vielen Variationen: Der Leiter muß in seiner Funktion respektiert werden. Entscheidend sind die

eigene Haltung und Einstellung sowie der Mut, Meinungen, Sichtweisen auf der Sachebene zu äußern, gerade, wenn sie sich von der der Leitung unterscheiden. Wichtig ist diese Haltung zu entwickeln gerade wegen der Verantwortung und Fürsorge für die Patienten. Das Verhalten, sich nach außen hin anzupassen und zu nicken, in Gesprächen mit Gleichen aber zu murren und zu maulen, kommt aus den jeweiligen Herkunftssystemen im Umgang mit z. B. Unzufriedenheit. Hier koalierte dann die „Demuthaltung“ der Schwestern und anderer sich als „minder“ fühlenden Berufsgruppen eher mit dem Chef gegen die anderen Therapeuten oder Teile der Therapeuten gegen den Chef. Diese Positionen wechselten auch.

Mit „Demuthaltung“ meine ich, mit Mächtigen zu koalieren, zu paktieren, häufig gegen „Gleiche“. So wird die eigene Identität verraten, in der heimlichen Hoffnung, für diese Anpassung von Mächtigeren gelobt zu werden. Diese kindlichen Sehnsüchte, die auch auf das Berufsleben übertragen werden, bergen den Keim für viele Konflikte. Die devote Haltung kann sich schnell in Aggressivität verkehren, z. B. gegenüber sich selbst, gegenüber den Eltern der Kinder und gegenüber Kollegen und Kolleginnen der eigenen oder anderer Berufsgruppen.

„Demuthaltung“ verstehe ich auch als eine Form von Konkurrenz. Auch wenn sie sanft erscheint, ist sie in ihrer Auswirkung aggressiv und hat als Motor niedrigen Selbstwert, der vor sich selbst nicht eingestanden wird und sich über die Abwertung anderer pseudo-regeneriert. Ein Gefühl, das nicht lange vorhält.

Ein Team ist der ideale und übliche Kontext – insbesondere im psychosozialen Bereich – unfertige, ungelöste Themen immer wieder zu beleben, um in diesen alten, vertrauten Gefühlen uns wieder zuhause zu fühlen. Diese vielfachen Wiederholungen aller Teammitglieder fördern den Burnout. Verwechselt bzw. gar nicht wahrgenommen wird, daß im Unterschied zu Familien in einem Team erwachsene Menschen zusammenarbeiten, mit einem Auftrag, für den sie bezahlt werden, nämlich Menschen zu lehren und ihnen zu helfen, mit ihrem Denken, Fühlen, ihren Seelen und Körpern besser leben zu lernen.

Burnout ist aus meiner Sicht also die Folge von dem ständigen „Verwechseln“ einer kindlichen inneren Beziehungsebene zur Vergangenheit mit der Sachebene im Jetzt, also auch dem Arbeitskontext. Daraus kann folgen, daß wir entweder oft zu lange an einem Arbeitsplatz ausharren und aushalten, weil wir meinen, daß Veränderung anzustreben Ausschluß und Ausgrenzung bedeuten könnten. Eine äußere Veränderung ist also oft noch ängstiger in der Vorstellung als das Arrangieren und Ausharren in und mit dem Gewohnten. Das andere Extrem ist die Neigung, in als unerträglich erlebten Situationen am Arbeitsplatz die Lösung im Weggehen zu sehen und häufig Stellen zu wechseln. Diese Reaktion ist verständlich, ist sie doch erst einmal ein Ventil, um mit dem als „unerträglich“ Erlebten zurechzukommen. Häufig können wir jedoch nicht einfach aus einer Situation

gehen, zumal nicht, wenn unsere materielle Existenz damit verbunden ist. Wir entscheiden uns für „Weitermachen“, und somit für das Verbleiben in einer unerlösten, ungeklärten Situation. Ein Schleier depressiv-aggressiver Gefühle und Verhaltensweisen legt sich über das Teamsystem. Das verstehe ich als Prozeß des Burnout: Der immer gleiche Ablauf von Empörung, Resignation, also aggressiver Depression. Eine Veränderung dieses Burnout-Ablaufs könnte sein: Auf der Sachebene Fragen stellen zu lernen, im Arbeitskontext seine Meinung zu äußern und der Verführung widerstehen zu lernen, auf der Beziehungsebene zu reagieren, sich emotionalisieren zu lassen.

Das „Festhalten“ am Gewohnten bringen wir aus unseren Herkunftssystemen mit. Soweit ich dieses außerordentliche Beharrungsvermögen wider alle Widrigkeiten verstehe, ist der Motor dazu eine große Angst, aus dem System „zu fallen“, ausgestoßen zu werden, die Zugehörigkeit zu verlieren. Und diese Angst wird auf den Arbeitskontext übertragen.

Es läßt sich erahnen, welche Wucht von Gefühlen in einem Team hier aufeinanderprallen können, wenn die mehr oder weniger bewußte Existenzangst, die keine reale Grundlage haben muß, eine Rolle spielt. Doch der Supervisor muß um diese Zusammenhänge wissen, um einem Team Erleichterung verschaffen zu können, um versteckte und manchmal sehr offene Spannungen, die sich immer wiederholen und häufig an bestimmten Personen kristallisieren, abzubauen.

In meinem Beispiel hat sich der Veränderungsprozeß nach einer langen Aufbauphase, im dritten Jahr, wieder deutlich verlangsamt. Es war ein Zustand erreicht, in dem viele im Team bereits einiges von dem Neuen (sozusagen) „eingesehen“ und begriffen hatten, daß jedoch Schritte zur Veränderung nicht vollzogen wurden. Weiterführende Einsichten sind natürlich die Voraussetzung für Veränderung. Jedoch ist Veränderung erst durch die Handlung vollzogen. Vor dieser Schwelle stand nun das Team als Ganzes. Ich war neugierig, wer aus dem Team – einer oder mehrere – erste Schritte tun würde.

Mit Veränderungen in diesem Fall ist z. B. gemeint, Strukturen, die einmal sinnvoll waren, entweder abzuschaffen oder auch in verschiedenen Schritten so zu modifizieren, daß sie der jetzigen Arbeit auf der Station gerecht werden. Dies betraf z. B. das Ritual der morgendlichen Patientenbesprechungen in Anwesenheit aller, die auf der Station waren. Die Runde sollte personell verkleinert werden, um effizienter über Psychotherapieabläufe und ihre weitere Planung beraten zu können.

Da diese Station Teil eines Krankenhauses ist, wurden Rituale und Strukturen, die in anderen Abteilungen sinnvoll sind, auf diese psychosomatische Abteilung übertragen, also ganz vom Medizinischen geprägt. Man kann eine psychosomatische Abteilung auch als eine Nahtstelle sehen, wo Notwendigkeiten medizinischer Versorgung mit Notwendigkeiten von Psychotherapie eine Verbindung eingehen und Reibung entstehen kann um die Vormacht.

Psychosomatische Abteilungen in Kliniken haben sich in den letzten Jahrzehnten ganz allmählich etabliert und Einsicht in ihre Notwendigkeit ist nur sehr langsam gewachsen. Eine Hypothese möchte ich deshalb einfügen: „Psycho“ sehe ich in dem Zusammenhang einer Klinik eher als das weibliche Prinzip, das um Ansehen kämpft, und „Somatik“ repräsentiert eher das männliche Prinzip. „Somatik“ ist das vermeintlich Meßbare, „Psycho“ das Unwägbarere, dem mit dem „Zugriff“ der Naturwissenschaft nicht beizukommen ist. Ein wirksames Nebeneinander zur Förderung der Gesundheit der Patienten auf einer psychosomatischen Station kann wachsen, wenn es zwischen diesen beiden Zugängen zu Symptomen keinen Machtkampf gibt, oder wenn dieser, sofern er auftritt, besprechbar wird und bleibt.

Diese Spannung kann sich schnell in ein Macht- und Ohnmachtsverhalten verkehren. Wenn beispielsweise bei Anorexie wie gebannt auf Gewichtsgrenzen geschaut wird, kann das auch als Hilflosigkeit, Ohnmacht der „Somatik“ gedeutet werden. Die Seele der Patientin folgt ihrer eigenen Dynamik und der ihres Herkunftssystems und entzieht sich häufig der medizinischen Kontrolle. Die Bindung an das Herkunftssystem ist die stärkste und wird, so gesehen, bei einer einseitigen Herangehensweise nicht genügend be- und geachtet. Die anorektische Patientin „argumentiert“ mit ihrem Körper gegen diese Art „Zugriff“ und fordert so heraus, die Psyche (Seele) miteinzubeziehen, sie zu enträtseln. Damit meine ich, das ihr Vertraute mit dem Neuen zu verweben und es nicht zu bekämpfen. In einer psychosomatischen Station oder in einer solchen Klinik muß also immer wieder ein hierarchisches Prinzip in ein partnerschaftliches – ohne Verwischung der Funktionen – verändert werden, wie es das Wort Psychosomatik vorgibt. Überspitzt könnte man sagen: „Psyche“ muß sich als Partnerin von „Somatik“ emanzipieren. Das ist ein dynamischer, emanzipatorischer Prozeß, der zum Wohle der Patienten immer wieder austariert werden muß. Burnout wird unter KollegInnen durch das aktive Ansprechen und Enttabuisieren, z. B. dieser oder solcher Themen gemildert und allmählich überflüssig.

Zurück zu meinem Beispiel. Der Veränderungsschritt des Teams als Ganzes war dann völlig anders als von mir vermutet. Es kam die Mitteilung, daß das Krankenhaus für die Supervision kein Geld mehr zur Verfügung stellt. Ich habe mich gefragt: An welcher Veränderungsschwelle steht das Team? Kommt diese Ablehnung der Verwaltung nicht wie gerufen, damit wichtige Schritte zur Veränderung nicht getan werden müssen? Es ging nun darum, sich als Team so wichtig zu nehmen, auf der Supervision und ihrer Durchführung bestehen zu lernen, ohne sich von einer solchen Intervention (kein Geld mehr da) beirren zu lassen. Die Handlung, die anstand, wurde nun von ganz woanders her aufgenötigt und stand scheinbar in keinem Zusammenhang zum Teamentwicklungsprozeß.

Ich war keineswegs sicher, wie der leitende Arzt und das Team weiter entscheiden würden. Ich schlug vor, die Supervision selbst zu bezahlen und den Betrag auf alle gleichmäßig zu verteilen. Die Therapeuten wollten das nicht, sondern sie wollten mehr für die Berufsgruppen

der Schwestern und Erzieher übernehmen, weil die ja weniger verdienten. Das klingt verlockend, ist jedoch die Etablierung hierarchischen Denkens nun auf der Geldebene und verweist die Schwestern auf ihre „Hausfrauenrolle“, also nach unten. Deshalb war mein Vorschlag, daß alle den gleichen Betrag bezahlen sollten, wenn sie weiter kommen würden. Es sollten auch immer diejenigen zahlen, die nicht kommen, z.B. wegen Nacht- oder Stationsdienst. Das Team entschied sich, weiter zur Supervision zu kommen, fünfmal in dem laufenden Jahr. Ich habe das als wichtigen Schritt zu Selbständigkeit und Eigenverantwortung interpretiert. Eine psychosomatische Abteilung existiert nicht losgelöst vom übrigen Krankenhaus. Ich gehe davon aus, daß die Bezahlung der Supervision durch die Verwaltung im größeren Krankenhaussystem Reaktionen auslöste, die eine ähnliche Dynamik der Polarisierung in Gang setzte, wie in der Abteilung häufig selbst: Somatik gegen Psyche, wie zwei feindliche Geschwister oder ein feindliches Paar. So gesehen war die Entscheidung des Teams, weiter zu kommen, innerhalb des Krankenhauses zusätzlich eine Hervorhebung und Festigung der Bedeutung und des Selbstbewußtseins der Abteilung.

Die dann folgende Zeit der Supervision sehe ich rückblickend eher als „Rückfall“. Ich verstehe ein solches Verhalten nach wichtigen Veränderungen auch als Zeichen der Verpuppung, wie bei einer Raupe: Es ist schon neues Leben da, doch noch nicht reif genug, um ohne die schützende Umhüllung existieren zu können. Eine andere Deutung und ein gängiges Muster ist, sich an dem Erreichten, dem Positiven nicht zu freuen, es nicht genießen zu dürfen, sondern erst einmal „auszuprobieren“, ob das Alte sozusagen noch „taugt“. Ich hatte dann, weil sich so gut wie nichts bewegte, vorgeschlagen, daß das Psychotherapeutenteam und das Schwesternteam jeweils einmal getrennt zur Supervision kommen sollten. Zwischen dem Oberarzt und einer Ärztin gab es einen Dauerkonflikt fast von Beginn der Supervision an: Dieser Konflikt hatte von beiden Seiten eine persönliche Grundlage, die immer wieder die Sachebene „außer Kraft“ setzte. Die Konflikte, die aus Alltäglichkeiten entstanden sind, wurden letztlich durch Funktion und Macht entschieden, jedoch nicht gelöst.

Bei der Supervision mit dem Psychotherapeutenteam ging es um Anerkennung. Und da besonders um die Anerkennung des Teams dem Leiter gegenüber. Das Thema Anerkennung hatte ich eingeführt, denn meine Hypothese war, daß Anerkennung fehlt, wenn Veränderung stagniert. Der Leiter konnte über sich keine anerkennenden Worte zulassen. Er hörte sie als unwahr und gab ihnen die Bedeutung, daß er dadurch auf eine besonders subtile Art runtergemacht werden sollte. Er lehnt diese direkte Anerkennung also rigoros ab. Diese Klarheit des Leiters verweist das therapeutische Team deutlich auf seine Eigenverantwortung für Veränderungen und darauf, endlich damit aufzuhören, auf den Chef zu stieren, als ob er über Wohl und Wehe allein entscheidet (Kindheitsmuster). In dieser Supervision schwang auch Trauer mit, daß das Gute, das man jemand antun will, vom Gegenüber nicht angenommen wird und man, im Gegenteil, von dort eine deutliche Abfuhr erfährt. Um –

was das Team anbelangt – in dem Bild der Raupe zu bleiben: Sie knabbert ihr Kokon durch und wird durch die Verwandlung selbständig.

Dieses Muster erleben wir oft in der Beziehung zu Patienten/Klienten: Wir möchten ihnen Gutes tun und sie lehnen ab. An einer solchen Stelle ist es unsere Aufgabe, immer wieder zu lernen, nicht mit persönlicher Betroffenheit zu reagieren, sondern „unser Gutes“ loszulassen, es dem anderen „überlassen“ und doch im Kontakt zu ihm zu bleiben – ohne Groll oder Besserwisserei. Vor diese Aufgabe werden wir immer wieder gestellt.

Für einen Supervisor ist es wichtig, in einem Team darauf zu achten, daß keiner im Sinne eines Sündenbockes isoliert und ausgegrenzt wird. Dieses Muster war latent immer da und kam zuweilen deutlich zum Vorschein, indem beispielsweise die ärztliche Therapeutin vom Chef zum Sündenbock gemacht wurde oder umgekehrt er sich selbst dazu machte, sobald er für das viele Gute, das er in all den Jahren aufgebaut und entwickelt hatte, anerkannt wurde. Anerkennung nicht anzunehmen enttäuscht das Gegenüber, und die Enttäuschung zeigt sich dann oft in Aggressivität. In diesem Beispiel kann das heißen, daß ohne die „Erlaubnis“ der Leitung nichts verändert werden darf, weil die Angst besteht, daß er sonst unwichtig würde. Gleichzeitig wird durch die Verweigerung Eigenständigkeit und Selbständigkeit ermöglicht. Die emotionale Wucht, wie das Thema Anerkennung in diesem Team abgewehrt wurde, bedeutet auch, daß dieses Mehr der Wucht mit der aktuellen Situation wenig zu tun hat. Dieses „Mehr“ gehört in die Herkunftsgeschichte der jeweiligen Person, doch haben diese Gefühle und die Ablehnung eine große Wirkung in der aktuellen Teamsituation: entweder wieder in depressives Verhalten zu verfallen oder nun endlich einen weiteren Schritt zur Partnerschaft im Arbeitskontext zu tun.

Dann kam das Team der Schwestern zusammen mit ihrer Leitung, der Stationschwester, zur Supervision. Sie war seit Gründung der Abteilung zusammen mit dem Oberarzt dabei. Hier kam nun die „Demutshaltung“ zur Sprache, einerseits im psychotherapeutischen Bereich mehr Verantwortung haben zu wollen, doch gleichzeitig zu hoffen, daß man diese angetragen bekommt. Weil dies bisher kaum geschah, also kein explizites Einbeziehen der Schwestern als Co-TherapeutInnen in eine Therapie, zogen sich die Schwestern auf eine Haltung des Leidens, der Pflichterfüllung, der Korrektheit, der üblichen Hausfrauenrolle zurück.

Mit den Schwestern habe ich dann unter der Überschrift „Aufgaben der Schwestern“ eine Liste zusammengetragen (vgl. Tabelle 1). Das große Blatt mit den Aufgaben der Schwestern nahmen sie mit, mit meiner Empfehlung, es an einem Platz auf der Station zu hängen, wo es allen auffallen mußte. Es war den Schwestern ein bißchen mulmig, wie das bei neuem Verhalten so ist, und sie zweifelten, ob das der richtige Weg sei. Doch insgesamt waren sie davon beflügelt, endlich sich deutlich zeigen zu können. Der Erfolg war prompt: Einiges von dem, was die Aufgaben der Schwestern nicht sind, wurde von ihnen sofort nicht mehr getan.

Tabelle 1:

Aufgaben der Schwestern

sind: +

- Pflege der Kinder
- Beschäftigung und Anleitung der Kinder
- medizinische Versorgung
- Durchführung gezielter psychotherapeutischer Maßnahmen
- Kontakt zu den Eltern
 - a) organisatorisch
 - b) pädagogisch-informativ
- schriftliche Dokumentation von Verhaltensbeobachtungen
- Organisation
- Dienstplan, Kurvenführung
- Sachmittelbestellungen (Apotheke, Wäsche, med. Sachbedarf, Essen etc.)
- Reinigungsarbeiten
- Reparaturen
- Visite täglich
- Fallbesprechung, 2 x wöchentlich
- Stationsbesprechung, 1 x wöchentlich
- Anleitung von Schülerinnen
- Kontakte zu anderen Fachabteilungen
- Aufnahme
- Vorbereitung der Ambulanz
- Post holen und verteilen
- Planung von Neuaufnahmen, 1 x wöchentlich
- Teilnahme an Therapiegesprächen

sind nicht: ø

- Stationszimmer als Telefonzentrale für die anderen Fachbereiche der Station zur Verfügung zu stellen
- Stationszimmer als Aufenthaltsraum für die anderen Fachbereiche der Station zu öffnen
- die Durchführung ambulanter Untersuchungen
- die Weitergaben von psychotherapeutischen Gesprächsterminen an die Eltern
- Kopieren von stationsfremdem Material
- in Pausen für Fachgespräche zur Verfügung stehen
- Einsammeln von leeren Kaffeebechern
- mündlich geäußerte Dienstzeiten entgegennehmen
- immer „ja“ zu sagen
- Dokumentation von medizinischen und ärztlichen Verordnungen

Sie zeigten also deutliche Grenzen. Das Stationszimmer war nämlich so eine Art Marktplatz geworden, und die Reaktion einiger Therapeuten auf die Abgrenzung der Schwestern war denn auch: „Ja, wo soll ich denn reden und wo bekomme ich denn Informationen, und da ist es doch immer so nett.“, usw. Das Selbstbewußtsein der Schwestern als Gruppe nahm

deutlich zu. Ich gab ihnen durch die Jahre auch immer wieder Hinweise auf ihre Herkunftssysteme und bat sie zu reflektieren, wie helfen, dienen, sich zu übergehen, eben gerade auch von Frauen in ihren Herkunftsfamilien erwartet und gelebt wurde. Der hochgehaltene, idealisierte Vater (Chef auf der Station) und die häufig eher als kritisch und schlecht gesehene Beziehung zur Mutter haben im Alltag einer Station deutliche Auswirkungen. Die Fragen, die daraus entstanden, waren z. B.: „Wer aus deinem Herkunftssystem steht hinter dem Chef?“, „Wer steht hinter den Mitschwestern, den TherapeutInnen?“. Solche Fragen sind wichtig, um Übertragungen herauszufinden, ohne sie weiter zu vertiefen. Doch ist ihre Reflexion hilfreich für die Entwicklung von Veränderungsbewußtsein.

Wir verbringen viel Lebenszeit im Arbeitskontext und so sollte – besonders in diesem Arbeitsbereich, der zum Ziel die Heilung von Menschen hat – Anleitung zur Eigenreflexion auch Inhalt der Supervision sein und nicht nur Fallbesprechung, um die Arbeit und das Zusammenleben, besonders in einem psychosomatischen Team, leichter zu machen. Eigenreflexion kann als Beginn von Selbsterfahrung gesehen werden.

Je erwachsener und reifer ein Team ist, d. h. je mehr Sach- und Beziehungsebene innerlich und in Gesprächen gelernt wird zu trennen, desto leichter ist das Arbeiten und um so effizienter für die Patienten. Eine langwierige Entwicklung, die viele Fallen beinhaltet, in denen wir uns leicht verfangen. Der Prozeß des Erwachsenseins und des Reifens ist eben nicht statisch, sondern er muß immer wieder gewollt und fortgesetzt werden.

Nach dieser Untergruppen-Supervision ging die Teilnahme an der Supervision schlagartig nach unten, nur vier Teammitglieder kamen: eine Schwester, zwei Psychologen und ein Sozialpädagoge. Das Muster war wie wieder da: Die Wirkung der Supervision war gut, und das Desinteresse war der Ausgleich, daß die Teamatmosphäre nur ja nicht zu gut wird. Dieses Reaktionsmuster verstehe ich auch als das Austarieren der verändernden und der bewahrenden Kräfte in einem Team, um zusammen bleiben zu können. Auch hier wurden Kindheitsmuster der einzelnen Teammitglieder kollektiv im Team verstärkt und sichtbar.

Ich hatte den Eindruck, daß das weitere Kommen zur Supervision an einem seidenen Faden hing. Die kleine Gruppe, die da war, hatte begriffen, worum es ging: Eben auch, daß ein Team keine Familie ist, sondern Beziehungen unter Gleichen. Schritte des Erwachsenwerdens können nicht von der Erlaubnis der Leitung abhängig gemacht werden, sondern die Einzelnen im Team müssen lernen, Unterschiede, Diskrepanzen und Kritik auszuhalten, auch daß der Leiter mit der erworbenen Selbständigkeit nicht einverstanden sein muß und – das Wichtigste: Sie müssen erfahren, daß jeder trotzdem bleiben kann. Im Unterschied zu den Familiensystemen, aus denen die Patienten kommen. Und weiter, daß diese Selbstbehauptung der Fachlichkeit dient, also zum Wohle der Patienten ist, auch wenn Kollegen dies als persönlichen Angriff sehen wollen. Das gerade ist die Falle für das gesamte Team, wann immer einzelne Teammitglieder mit persönlicher Betroffenheit reagieren. Die Supervision

geht weiter: Einige Co-Therapeuten sind auf dem Wege, ihre fachliche Kompetenz zu zeigen und mehr Beteiligung an Therapien einzufordern.

Zum Abschluß noch eine andere Interpretation von Burnout. Burnout kann man auch als heimliche Rebellion verstehen: besser, leidender, heiliger, erschöpfter sein zu wollen, als unsere verinnerlichten Eltern, Mama oder Papa. Möglich ist auch, daß man unbewußt glaubt, eine „Schuld“ abtragen zu müssen. Selbstverständlich haben auch gesellschaftlich-kulturelle-religiöse Werte ihren Einfluß. Doch werden diese Werte ja gerade auch in den Familien vermittelt. Rebellion heißt dann im „Dagegen“ zu verharren. Das kann eine Zeitlang gut, wichtig, richtig sein, um eigene Standpunkte zu entwickeln – am deutlichsten zu beobachten in der Pubertät. Wenn im „Dagegen“ verharrt wird als Lebenshaltung – wozu manche Berufsfelder besonders anregen – führt dieses Verhalten jedoch häufig über die Länge des Berufslebens zu Burnout, weil überwiegend gegen eigene Bedürfnisse gelebt wird. Doch hat auch eine solche Entwicklung jeder Beteiligte in einem Team letztendlich selbst zu verantworten. Jeder ist für seine unbewußten, bewußten Handlungen und seine Träume selbst verantwortlich. „Gegen“ sich zu leben ist eine – zwar meist unbewußte Entscheidung – und doch nimmt niemand einem die Verantwortung für ihre Folgen ab. Die Freiheit, die wir haben, ist, Veränderungen trotz aller Ängste zu wagen und zu tun.

Ursula Tröscher-Hüfner
Leimer Straße 59
69126 Heidelberg