

Persönliche PDF-Datei für Oliver König

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Was gute Arbeit braucht – Kontextuelle Voraus- setzungen stationärer (Gruppen-)Psychotherapie

DOI 10.1055/a-0974-8611
PiD – Psychotherapie im Dialog 2020; 21: 97–101

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

© 2020 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 1438–7026

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Was gute Arbeit braucht – Kontextuelle Voraussetzungen stationärer (Gruppen-)Psychotherapie

Oliver König

Soziale Systeme haben zwei Aufgaben zu bewältigen: die Funktionen zu erfüllen, für die sie gedacht sind, und die sozialen Bedingungen bereitstellen, aufrechterhalten und reproduzieren, die dies ermöglichen. Dieser Aufsatz beschäftigt sich mit diesen sozialen Bedingungen bzw. der dafür nötigen Beschäftigung eines sozialen Systems mit sich selbst.

Das Problem

In der gängigen Sicht auf (Gruppen-)Psychotherapie finden die sozialen Bedingungen, die soziale Systeme ermöglichen, vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit – sowohl in der Theorie als auch in der Forschung und der Praxisreflexion. So findet sich z. B. im Lehrbuch „Gruppenpsychotherapie“ von Bernhard Strauss und Dankwart Mattke [1] zwar ein Aufsatz zum Thema Organisation [2], in den Beiträgen des Lehrbuchs werden die dort erörterten Überlegungen aber kaum mit den ausdifferenzierten Modellen zur Gruppenpsychotherapie in Zusammenhang gesetzt. Umgekehrt gibt es nur wenige Beiträge der Sozialwissenschaften, die diesen Brückenschlag erleichtern würden [3].

Die folgenden Überlegungen bleiben daher kursorisch und vorrangig deskriptiv. Ihre empirische Basis sind supervisory Erfahrungen, die in einer Fallvignette idealtypisch verdichtet dargestellt werden. Trotz dieser Einschränkungen lassen sich an ihnen Strukturprobleme und widersprüchliche Erfordernisse erläutern, denen (gruppen)psychotherapeutisches Handeln im stationären Kontext einer Klinik ausgesetzt ist [4]. Die Besonderheiten ambulanten gruppenpsychotherapeutischer Praxis bleiben ausgespart.

Fallvignette: Supervision in einer Klinik für Psychosomatik und Psychiatrie

Die folgenden Impressionen stammen aus einer Team-Supervision in einer psychosomatischen Klinik. Zum therapeutischen Team gehören die behandelnden ÄrztInnen, PsychologInnen und einige weitere TherapeutInnen, die vom Grundberuf weder Arzt noch Psychologin sind. Fast alle arbeiten sowohl im Gruppen- wie im Einzelsetting. Das Kriterium, wer aus der zuletzt genannten Gruppe an der Supervision teilnimmt, ist die Durchführung von *Einzelgesprächen* mit Patienten. Die Einbeziehung aller in die Team-Supervision würde diese zu groß machen. Unter den Ärztinnen und Psychologen gibt es eine Gruppe von derzeit fünf Personen, die als Leitungsteam ausgewiesen ist

(vier Ärzte und ein Psychologe). Die Chefarztin ist zugleich Gesellschafterin der Privatklinik.

Insgesamt sind es derzeit 13 Personen, die zwar nicht alle immer an der Supervision teilnehmen können, die Anwesenheit ist aber hoch, die Supervision wird geschätzt. Die zweistündige Team-Supervision ist inzwischen am Ende des zweiten Jahres mit acht im ersten und zehn Terminen im zweiten Jahr.

Der Impuls, eine Teamsupervision ins Haus zu holen, entstand aus einer hohen Personalfuktuation – und dies in einer Zeit, in der sich die Klinik im Aufbau befand. Dies vergrößerte die Unsicherheiten und Unruhe, mit denen in einer solchen Aufbauphase ohnehin zu rechnen ist. Der privatrechtliche Rahmen der Klinik ließ die Spannung zwischen ökonomischer Rahmung und therapeutischer Arbeit deutlicher hervortreten als z. B. bei einer Klinik in öffentlicher Trägerschaft. Der Personalschlüssel und die mögliche Patientenzahl kamen immer wieder in Bewegung. Der Schaffung einer neuen Stelle lief eine kurze Phase der Überbelegung voraus, da erst dann der finanzielle Rahmen für eine neue Einstellung gegeben war, was aber – zumindest vorübergehend – die Wahrscheinlichkeit einer Unterbelegung erhöhte, usw.

Personalschlüssel und Patientenzahlen folgen einem sozialrechtlichen und gesundheitspolitischen Rahmen. Während des Supervisionsprozesses veränderte dieser sich: Bestimmte Leistungen konnten künftig nur für approbierte Psychologen abgerechnet werden. Einer der Psychologen fiel dadurch formal für den Pool der Therapeuten aus, was eine neue Anpassungsleistung des Teams erforderte.

Von Anfang an taucht als Thema der Supervision die hohe Arbeitsbelastung auf und die Schwierigkeit, unter diesen Bedingungen ausreichend Zeit für Fallbesprechungen und Fallkonsultationen zu ermöglichen. Der Zeitmangel wird auch in kleinen Seitenszenen deutlich. Eine der Halbtagspsychologinnen kommt häufig mit einem Brötchen in der

Hand zur Supervision, da keine Zeit für eine Mittagspause bleibt. Vor der modernen Klinik steht ein mobiler Stehimbiss, wo mir beim Eintreffen gelegentlich einzelne Teammitglieder begegnen. Der Ruf nach mehr Fallbesprechungen führt regelmäßig zu Konflikten mit der Chefärztin, die darauf hinweist, dass derzeit nicht mehr Zeit für Besprechungen (welcher Art auch immer) bereitgestellt werden könne.

Das Team trifft sich fünf Tage in der Woche jeweils für 50 Minuten, u. a. um die Berichte aus der Visite auszutauschen. Neue Patienten werden hier vorgestellt und insbesondere die Leitung legt großen Wert darauf, dass nach den ersten zwei Wochen des Aufenthaltes jeder Patient bzw. jede Patientin im Team besprochen wird. Mit diesen drei Aufgaben ist das Zeitkontingent für dieses Treffen ziemlich ausgelastet, zumal immer wieder organisatorische Fragen Zeit beanspruchen. Für die vom Team geforderten Fallbesprechungen bleibt zu wenig Zeit.

Die Chefärztin macht auf etwas aufmerksam, was auch anderen auffällt: Selbst wenn Zeit gegeben ist, wird sie häufig nicht stringent für Fallbesprechungen genutzt. Auf Nachfrage des Supervisors wird deutlich, dass es zwar konzeptionelle Vorstellungen für die Durchführung von Fallbesprechungen gibt, diese aber nicht oder nur partiell beachtet und umgesetzt werden. Dies betrifft den Mindestzeitrahmen, idealtypische Abläufe, die Nutzung einer Moderationsrolle, den Modus ihrer Verteilung, das inhaltliche Verständnis der Moderationsrolle und die besondere Rolle von Leitung bei Fallbesprechungen.

An einem der Wochentage steht die Besprechung der therapeutischen Gruppen im Fokus. Zu dieser Sitzung ist das gesamte Pflegeteam eingeladen, mit dem Ziel, es in den fachlichen Austausch einzubinden. Sinnvoll erscheint dies insofern, als es gerade die interpersonellen Dynamiken sind, mit denen das Pflegepersonal immer wieder konfrontiert ist. Auch wenn es selbst keine Fälle einbringt und den Sitzungen eher passiv konsumierend beiwohnt, kann es, so die Überlegung, von der Besprechung im Sinn einer Fortbildung profitieren. Bei dieser Sitzung handelt es sich also um eine Art Stationsversammlung. Eine supervisorische Arbeit ist hier schon wegen der Gruppengröße von ca. 25 Personen kaum möglich.

Erste Interpretationsebene: Zeit als zentrales Steuerungsmedium

Es ist der Faktor Zeit, der in all diesen Settings eine Rolle spielt und über den verhandelt wird. Zeit wird aber in unterschiedlichen Währungen gehandelt: als Arbeitszeit innerhalb der Organisationslogik und ihrer sozialrechtlichen Rahmung; als professionelle Zeit, die bestimmt wird von der Professionslogik psychotherapeutischer Prozesse; als Privatzeit innerhalb des Horizonts individueller Lebensführung der MitarbeiterInnen. Diese drei Währungen stehen

in einem dauerhaften Widerspruch – ein Strukturkonflikt, der dem Arbeitsplatz psychotherapeutische Klinik inhärent ist.

Die Organisationszeit ist ein objektiver Faktor: Mit den zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen im Verhältnis zum erwarteten Output (hier den in einem vorgegebenen Zeitraum zu behandelnden Patienten) sind die Arbeitsbelastungen und -zumutungen festgelegt, die die Organisation an ihre Mitglieder heranträgt. Mit dem Eintritt einer Person in die Organisation wird eine Art Einverständnis mit diesen Bedingungen unterschrieben.

Gerahmt wird diese Einverständniserklärung von der Dynamik von Angebot und Nachfrage, die die Machtbalance bzw. die Bewegungs- und Verhandlungsspielräume zugunsten der Organisation oder ihrer Mitglieder verschiebt. Ist die Gruppe der potenziellen Mitbewerber klein, hat der Einzelne in Lohn- und Arbeitszeitverhandlungen mehr Verhandlungsspielraum. Ist das Angebot an gut ausgebildetem Personal hingegen groß, hat die Organisation einen größeren Handlungsspielraum.

Dieser Rahmen der Organisation stößt in einer psychotherapeutischen Klinik auf eine Professionslogik (gruppen) psychotherapeutischen Handelns, die sich zeitlich nicht friktionsfrei in diesen Organisationsrahmen einfügen lässt. Psychotherapeutische Prozesse lassen sich zeitlich nicht derart festlegen; ihr Zeithorizont bleibt vom Wesen her offen und ist zudem hochgradig individuell gestaltet.

Diese individuelle Gestaltung findet in der konkreten therapeutischen Beziehung statt und wird damit selber zu einem Teil der therapeutischen Arbeit. Welcher Patient braucht bei welchen TherapeutInnen wie viele zeitliche Ressourcen, um seine Ziele zu erreichen? Wie viel Hilfe ist gut für den Patienten? Wann ist es genug? Wer bestimmt das: PatientIn, TherapeutIn, Klinik(-Leitung), Versicherer?

Die Reibungsfläche zwischen Organisationslogik und Professionslogik ragt – mal mehr, mal weniger – in die therapeutischen Prozesse hinein. Eindrucksvoll belegt dies eine qualitative Studie über eine Fallsupervision in einer psychosomatischen Klinik. Der Soziologe Ulrich Oevermann [5] konnte anhand des Transkripts herausarbeiten, dass im konkreten Fall auch eine externe Supervision nicht in der Lage war, diesen Strukturkonflikt in der Fallbesprechung zu thematisieren. Die Vernachlässigung der Kontextbedingungen hatte Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess.

Als dritte Ebene zu berücksichtigen sind die Verrechnungen der Privatzeit und ihre Auswirkungen auf die Arbeit. Dies findet zuallererst Ausdruck im Umfang der jeweiligen Stelle. Inhaber bzw. Inhaberinnen von Teilzeitstellen – mehrheitlich Frauen – sind hier strukturell benach-

teilt. Dies schlägt sich bei der Wahrnehmung allgemeiner Termine nieder, z. B. Fallbesprechungen und Supervisionen. Diese Zeit ist sowohl von den Möglichkeiten der Stelleninhaberin begrenzt wie auch vonseiten der Organisation, da sonst im Verhältnis ein zu großer Anteil der Arbeitszeit hierfür investiert wird.

Verhandelt wird in diesem Verhältnis zwischen individuellen Interessen und Organisationsinteressen auch die Frage, wie mit Supervisionsbedarf und Fortbildung, Urlaub und Krankheit umgegangen wird. Entsteht z. B. ein Supervisionsbedarf außerhalb der Arbeitszeit, da der Arbeitgeber diese nicht anbieten kann oder will? Damit würde Zeiteinsatz und Finanzierung aus der Organisation ausgelagert.

Bei Fortbildungen werden diese legitimen Interessensgegensätze häufig direkt zwischen Arbeitgeber und -nehmer verhandelt, z. B. indem nach einer organisationsfinanzierten Fortbildung eine definierte Bleibeverpflichtung entsteht. Für die Supervision ist dies schwieriger zu realisieren. Wie viel davon gehört zum professionellen Standard, zum State of the Art? Wie viel zum jeweiligen Profil der Organisation, mit dem sie sich gegenüber anderen Organisationen abhebt? Wie viel zur Fürsorgepflicht gegenüber den Arbeitnehmern? Wie viel steht vornehmlich in deren individuellem Interesse und übersteigt die Zuständigkeit der Organisation?

Zweite Interpretationsebene: Status und Hierarchie als Rahmenbedingungen von Kooperation

In unserer Fallvignette taucht das Phänomen auf, dass auch zur Verfügung stehende Zeit nicht immer stringent für Fallbesprechungen genutzt wird. Es liegt die Vermutung nahe, dass neben der Zeit noch andere Faktoren eine Rolle spielen. In psychotherapeutischen Kliniken hat man es immer mit multiprofessionellen Teams mit zwei sich überlappenden Stushierarchien zu tun. Damit müssen diese Teams umzugehen lernen.

Zum einen sind dies hierarchische Unterschiede, wie in jeder Organisation. Es gibt Führung mit Personal- und Fachverantwortung, im konkreten Fall auch mit betriebswirtschaftlicher Verantwortung. Das Wachstumsmodell der Klinik in der Vignette wirft zudem die Frage auf, ab welcher Größe es zur Bildung von Abteilungen mit eigenen (Sub)Leitungen kommen müsste. Zum anderen spielen Statusunterschiede zwischen den beteiligten Berufsgruppen eine Rolle, zwischen Ärzten, Psychologen und der bunten Gruppe von Musik-, Kunst-, Körpertherapeuten, von z. B. Pädagogen, Heilpädagogen, Sozialpädagogen.

Die beiden Stushierarchien überlappen sich, sind aber nicht deckungsgleich. An der Spitze stehen die ÄrztInnen, die in ihrer beruflichen Sozialisation stark hierarchisch ge-

prägt sind – nicht nur nach außen, sondern auch nach innen, zwischen den unterschiedlichen ärztlichen Titeln. In Kliniken rekrutiert sich die Leitung in der Regel aus dieser Berufsgruppe. An zweiter Stelle kommen die PsychologInnen, solche mit und in solche ohne Approbation. Dieser Unterschied ist für ihren Einsatz innerhalb der Klinik von Relevanz, denn die Klinik kann Therapiestunden nur für approbierte Psychologen abrechnen. Außerdem wirkt sich das auf ihre berufliche Beweglichkeit aus, was in noch stärkerem Maß für alle weiteren Berufsgruppen gilt. Sie können therapeutisch oder therapienah nur in Kliniken oder anderen sozialrechtlich gerahmten Organisationen arbeiten, während Ärzten und approbierten Psychologen der Weg in die Freiberuflichkeit offensteht.

In Fallbesprechungen und Fallsupervisionen [6] müssen die Auswirkungen und Effekte dieser Stushierarchien so reguliert werden, dass die Besprechungen ihren Sinn erfüllen können. Sie können dies nur, wenn ein gewisses Maß an Offenheit, Mitteilbereitschaft, Zuhörbereitschaft gegeben ist, und der Bereich dessen, was angesprochen werden kann, gerade an seinen Rändern in Bewegung bleibt und ggf. erweitert werden kann.

Auch in Fallbesprechungen müssen die Bedingungen ihrer Realisierbarkeit mit hergestellt werden. Dies ist für *alle* Beteiligten eine Herausforderung, denn in beratenden und therapeutischen Berufen stehen nicht nur die KlientInnen im Fokus einer Fallbesprechung, sondern auch die Beziehung der TherapeutInnen und BeraterInnen zu ihnen, und damit auch die Person der TherapeutIn mit ihren Möglichkeiten und Grenzen.

Diese persönliche Involviertheit macht eine Besonderheit des Berufs aus, weil sie in gleicher Weise bereichernd ist wie sie die Tätigkeit kränkungsanfällig macht. Auf den ersten Blick mag die Selbstoffenbarung für diejenigen, die in der Stushierarchie unten stehen, schwieriger sein, offenbaren sie sich mit möglichen Schwächen doch ihrem Vorgesetzten und Arbeitgeber. Ein zweiter Blick zeigt jedoch, dass das Risiko für die oben stehenden mindestens gleich groß ist. Die Kompetenzzuschreibungen, die mit hohem Status verbunden sind, werden in Fallbesprechungen einem Realitätstest ausgesetzt und stoßen dabei unweigerlich an ihre Grenzen.

Die zentrale Bedeutung persönlicher Fähigkeiten für psychotherapeutisches Handeln zeigt sich auch immer wieder in der (Gruppen)Psychotherapie-Forschung, in der diese durchgehend den größten Einzelanteil am Psychotherapieerfolg aufweisen. Für Psychotherapie schafft diese Erkenntnis eine nicht zu unterschätzende Gefahr der De-Professionalisierung, ähnlich der Problemlage in anderen helfenden und beratenden Berufen.

Ein gutes Beispiel ist die derzeitige Diskussion über KindergärtnerInnen, ihre Ausbildung, ihren Status und ihre Be-

zahlung. Um dem Mangel an ausgebildetem Personal zu begegnen, wird einerseits über eine Akademisierung des Berufs nachgedacht – eine gängige Strategie zur Aufwertung von Berufen, selbst dann, wenn das inhaltlich wenig Gewinn bringen würde. Andererseits soll der Zugang von Quereinsteigern erleichtert werden, was die bestehenden Ausbildungen latent entwerten würde. Dahinter stehen Vorstellungen, dass der Umgang mit Kindern einer grundlegenden menschlichen und sozialen Kompetenz bedürfe, vergleichbar den unspezifischen Faktoren in der Psychotherapieforschung, für die es eigentlich keine aufwendige Ausbildung bräuchte.

In dem hier zur Diskussion stehenden Bereich entsteht die Frage, inwiefern durch die Ausbildung und berufliche Sozialisation diese unspezifischen Faktoren überhaupt angesprochen werden – und wenn ja, ob sich diese eher förderlich oder eher hinderlich auswirken. So ließe sich argumentieren, dass personengebundene Fähigkeiten z. B. in einem Ausbildungsgang für Sozialpädagogik eine bessere Chance haben, sich herauszubilden bzw. zu entwickeln, als in der medizinischen Ausbildung. Die derzeit übliche Praxis von Aus- und Fortbildung betont hingegen theorie- und verfahrensorientierte Inhalte sowie immer detaillierteres Spezialwissen und manualisierbares Vorgehen. Die Ausbildung und Pflege personengebundener Fähigkeiten ist in einer derart ausgerichteten Berufskultur nur schwer realisierbar – mit der häufigen Folge, dass sie ins Private ausgelagert wird.

In der Situation von Fallbesprechungen in einem multiprofessionellen Team taucht dieses Problem nun in einer spezifischen Form auf. In der möglichst freien Rede über einen Fall müssen die Statusunterschiede (vorübergehend) suspendiert werden, damit die Beiträge aller in gleicher Weise berücksichtigt werden können. Dies gilt umso mehr, als die statusniedrigen Personen häufig den meisten Kontakt zu Patienten haben, und dies zudem in sehr unterschiedlichen (Alltags-)Situationen. Das gilt z. B. für die Pflege.

Sicherlich braucht es zur Einordnung und Bewertung von Wahrnehmungen eine spezifische Kompetenz, die bei jemandem aus der Pflege nicht vorausgesetzt werden kann, auch wenn sie sich im Lauf der beruflichen Erfahrungen herausbildet – wenn dies gefördert und honoriert wird. Dafür muss wiederum gerade von den statushohen Positionen eine kommunikative Situation geschaffen werden, in der diese Wahrnehmungen überhaupt als wertvoll und äußerswert erscheinen.

In einem Team wie dem beschriebenen stellt dies alle Beteiligten vor eine große Aufgabe. Sie sind aufgefordert, in einer von Statusunterschieden gerahmten Situation statusfrei zu kommunizieren bzw. den unweigerlich stattfindenden Wechsel zwischen den beiden kommunikativen Situationen mitzugestalten. Dies stellt sich nicht von alleine her; es bedarf immer wieder erneuter Einladungen. Unter

Zeitdruck wird dies nochmals erschwert, was es plausibel erscheinen lässt, dass ein Team ein sich öffnendes Zeitfenster nicht so nutzen kann, wie es von allen eigentlich gewünscht wird.

Dritte Interpretationsebene: Das Team als zentraler Ort des Umgangs mit Strukturkonflikten

Dies fordert nochmals dazu auf, dem Team als dem sozialen Ort, an dem die unterschiedlichen Erfordernisse der Organisation und ihrer Mitglieder aufeinandertreffen und bearbeitet werden müssen, besondere Aufmerksamkeit zu widmen [7]. Ich konzentriere mich dabei zum Abschluss auf die spezifischen Erfordernisse in einer psychotherapeutischen Klinik – insbesondere, wenn sie gruppenpsychotherapeutisch ausgerichtet ist, was für fast alle Kliniken der Fall ist.

Die psychotherapeutischen Gruppen einer Klinik und das Team der TherapeutInnen (als einer spezifischen Form der Gruppe) weisen die Strukturähnlichkeit auf, dass es sich in beiden Fällen um selbstreflexive Arbeitsformen handelt, die die Bedingungen ihrer Arbeit mitdenken.

„In therapeutischen Teams entsteht nun die Aufgabe, die Erfordernisse der Leitung von gruppenpsychotherapeutischen Gruppen mit denen der beruflichen Teamrolle zu verbinden. Die Leitungsrolle erfordert es, z. B. in der kollegialen oder angeleiteten Supervision, eigene biografische Themen anzusprechen, wenn sie in der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit (störend) relevant werden. Die Rolle als Mitglied eines therapeutischen Teams begrenzt diese Möglichkeiten wiederum. Zugleich können zwischen einem therapeutischen Team als Gruppe und einer von Teammitgliedern geleiteten therapeutischen Gruppe vielfältige Spiegelungseffekte entstehen [8], die es zu steuern gilt, um die Qualität sowohl der Gruppentherapie wie der Teamarbeit aufrechtzuerhalten. Auch hierfür ist es wiederum hilfreich, die (Selbst-)Steuerungsaufgaben und -probleme des sozialen Systems Gruppe als eigenständige Ebene anzuerkennen.“ [9]

In der Team-Supervision unseres Teams tauchte z. B. ein Thema auf, das sich als Ausdruck eines Spiegelungseffektes interpretieren lässt, der die Probleme – Umgang mit Zeit sowie Status und Hierarchie – in die therapeutische Arbeit hineinwirken lässt. Es wurde das Problem eingebracht, dass immer wieder PatientInnen zu gruppenpsychotherapeutischen Terminen nicht erscheinen. Erst allmählich schälte sich heraus, dass dies vornehmlich für die „zusätzlichen“ therapeutischen Gruppen (Kunsttherapie, Musiktherapie, Körpertherapie) gilt, nicht aber für die zentralen gesprächsorientierten therapeutischen Gruppen, denen ein Patient zugeordnet wurde. Deren wiederholter Nichtbesuch hätte den Klinikaufenthalt insgesamt infrage gestellt.

Es gab also ein stilles, nicht kommunizierbares Einverständnis *aller* im Team, dass sich die Hierarchie der Berufsgruppen im Gruppenangebot und in der Art, wie die PatientInnen damit umgingen, reproduzierte. Zugleich wissen *alle* im Team, dass ohne diese „zusätzlichen“ Gruppen die PatientInnen unterbeschäftigt und unterversorgt wären. Hinzu kommt das Erfahrungswissen, dass Zeitpunkt und Ort eines therapeutischen Fortschritts letztendlich nicht kontrollierbar bzw. kalkulierbar sind, eventuell sogar außerhalb des eigentlichen therapeutischen Kontextes stattfinden.

Das in der Fallvignette dargestellte Team entwickelt Schritt für Schritt einen Umgang mit diesem Balanceakt und den dafür notwendigen (zeitlichen) Investitionen in die Reflexion und Gestaltung seiner Kontextbedingungen.

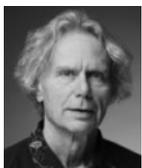
FAZIT

Die supervisorische Arbeit mit diesen Themen tut gut daran, diese zwar vorsichtig aus der Latenz zu heben, aber auch nicht allzu sehr auf ihnen herumzureiten. Sie begibt sich dabei in denselben Spagat, in dem sich auch die Mitarbeitenden einer psychotherapeutischen Klinik befinden. Es gilt abzuwägen, worin die produktiven Funktionen der thematischen Grenzen eines Teams liegen, die bestimmen, was angesprochen werden kann und was eher nicht, um die Arbeitsfähigkeit zu gewährleisten und Abwertungen und Kränkungen zu vermeiden. Gleichzeitig sollte man aufmerksam dafür bleiben, an welchem Punkt die Nicht-Kommunizierbarkeit eher das Problem als die Lösung darstellt und einen verträglichen Umgang mit den Strukturwidersprüchen erschwert oder unmöglich macht.

Interessenkonflikte

Der Autor erklärt, dass er innerhalb der vergangenen 3 Jahre die in dem Beitrag als Falldarstellung enthaltene Teamsupervision in einer Klinik gegen Honorar durchgeführt hat und auch weiter durchführen wird.

Autorinnen/Autoren



Oliver König

Dr. phil. Studium der Pädagogik, Soziologie und Psychologie. Promotion in Soziologie. Habilitation in angewandter Sozialwissenschaft. Trainer für Gruppendynamik (DGGO/DAGG), Supervisor (DGSv), Heilpraktiker (Psychotherapie). Freiberufliche Arbeit in

Fortbildung, Supervision, Beratung und in der Lehre. Informationen unter www.oliverkoenig-homepage.de.

Korrespondenzadresse

Dr. Oliver König

Lotharstr. 7
50937 Köln
okoenig@netcologne.de

Literatur

- [1] Strauss B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie. 2. Aufl. Berlin-Heidelberg: Springer; 2018
- [2] Haubl R. Der institutionelle und organisatorische Kontext von Gruppen am Beispiel stationärer Gruppenpsychotherapie. In: Strauss B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie. 2. Aufl. Berlin-Heidelberg: Springer; 2018: 99–107
- [3] Vogd W. Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2011
- [4] Mattke D, Streeck U, König O. Praxis stationärer und teilstationärer Gruppen. Stuttgart: Klett-Cotta; 2015
- [5] Oevermann U. Struktureigenschaften supervisorischer Praxis. In: Bardé B, Mattke D, Hrsg. Therapeutische Teams. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1993: 141–269
- [6] König O, Schattenhofer K. Einführung in die Fallbesprechung und Fallsupervision. 2. Aufl. Heidelberg: Carl Auer Compact; 2017
- [7] Edding C, Schattenhofer K. Einführung in die Teamarbeit. 2. Aufl. Heidelberg: Carl Auer Compact; 2015
- [8] Bardé B, Mattke D, Hrsg. Therapeutische Teams. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 1993: 270 ff.
- [9] König O (2018). Gruppendynamische Grundlagen. In: Strauss B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie. 2. Aufl. Berlin-Heidelberg: Springer; 2018: 21–36

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0974-8611>
PiD - Psychotherapie im Dialog 2020; 21: 97–101
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1438-7026