

Zur Supervision in der Sozialpsychiatrie

Hans-Rudolf Schneider

Klusweg 3, 8032 Zürich

Die Arbeit basiert auf den Erfahrungen von 10 Jahren Supervisortätigkeit in verschiedenen sozialpsychiatrischen, poliklinischen und klinischen Institutionen der Deutschschweiz.

In einem ersten Abschnitt wird der Begriff der Supervision erklärt, anschliessend werden die besonderen Aufgaben, die sich in der Sozialpsychiatrie stellen und deren Konsequenzen für die Supervision skizziert und zum Schluss einige erste Folgerungen aus den bisherigen Erfahrungen gezogen.

Was ist Supervision?

Ein Psychiater kommt mit einem seiner Patienten nicht mehr zurecht und sucht deshalb einen erfahrenen Kollegen auf, um mit ihm die Therapie zu besprechen; ihr Gespräch ist eine Supervision.

Der Therapeut schildert dabei wohl zuerst dem Supervisor seine Arbeit mit dem Patienten. Supervisand und Supervisor entwickeln darauf ein Verständnis dessen, was beim Patienten los sein könnte und dessen, was sich zwischen dem Therapeuten und dem Patienten abspielt.

Die beiden erstellen sozusagen eine umfassendere Diagnose. Gleichzeitig werden die Interventionen des Therapeuten und die darauffolgenden Reaktionen des Patienten reflektiert und diskutiert. Mit Hilfe dieses Supervisionsgesprächs wird es dem Therapeuten möglich sein, die Therapie besser zu führen.

Die Nähe dieses Verfahrens zum Vorgehen in den bekannten Balint-Gruppen ist nicht zufällig, da sie einen gemeinsamen Ursprung haben in den Erfahrungen mehrerer Generationen von Psychoanalytikern mit Problemen der Ausbildung und der Vermittlung ihrer Kenntnisse. In Anwendung dieser Erfahrungen und dieses Wissens ausserhalb der Ausbildungssituation von Psychoanalytikern erhielt die Supervision in vielen Bereichen sozialer und therapeutischer Tätigkeit einen festen Platz. In den Ausbildungsbestimmungen der Verbindung der Schweizer Ärzte wird beispielsweise klar festgehalten, wie viele Stunden Supervision ein zukünftiger Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie im Verlaufe seiner Assistenzzeit zu besuchen hat.

Die Supervision ist klar von der Tätigkeit von Oberärzten oder andern Vorgesetzten abzugrenzen. Der Supervisor steht ausserhalb der formalen Hierarchie einer Institution, sei dies nun beispielsweise einer Klinik oder Poliklinik. Dies bedeutet, dass er keine reale Macht und Verantwortung innerhalb der Institution besitzt. Der Supervisor hat – im Gegensatz zu Vorge-

setzten – beispielsweise nicht den Auftrag, die Interessen der Institution durchzusetzen, Mitarbeiter zu qualifizieren oder zu befördern, sondern hat sich auf die Therapien einzustellen. Diese besondere Stellung des Supervisors macht eine Supervision erst möglich.

Er ist dadurch auch nicht direkt in die oft sehr intensiven, manchmal leider destruktiven Arbeitsbeziehungen in der Institution verstrickt und hat dank seiner Position als Aussenstehender die Chance, eingeschlifene Mechanismen in den therapeutischen Bemühungen wahrzunehmen oder neue Ideen beizutragen. Die besondere Stellung des Supervisors, wie sie eben skizziert wurde, erleichtert es andererseits dem Supervisanden, offener zu schildern, was sich in der Therapie tut. Die Probleme des Karrieremachens, des Status in der medizinischen Institution, der Sorge um den Arbeitsplatz bei Schwierigkeiten mit Patienten fallen in der Supervision weg.

Von Vorgesetzten verlangt die Einführung eines Supervisors emotionell manchmal Beträchtliches, da er neben der Hilfe auch eine Bedrohung sein kann. Die Art und Intensität der Bedrohung hängen nicht nur vom Supervisor ab, sondern sind in einem nicht geringen Ausmass auch von der hierarchischen Position und der Persönlichkeit des jeweiligen Mitarbeiters bestimmt.

Supervision in der Sozialpsychiatrie

Die Arbeit des Supervisors in der Sozialpsychiatrie unterscheidet sich aus verschiedenen Gründen von derjenigen bei Mitarbeitern von psychiatrischen Polikliniken oder bei frei praktizierenden Psychiatern. Die beiden letzteren arbeiten meist im Setting von Einzelgesprächstunden und betreuen vorwiegend neurotisch strukturierte oder soweit stabile Patienten, dass sie vom Arzt allein behandelt werden können. Die Sozialpsychiatrie nimmt sich aus historischen Gründen und aus dem Selbstverständnis ihrer «Pioniere» jedoch der Patienten an, die in den herkömmlichen Institutionen der psychiatrischen Versorgung nicht adäquat behandelt werden können. So wird der klinische Alltag der in der Sozialpsychiatrie Tätigen bestimmt durch chronisch psychotische Patienten, chronisch Suizidale, viele Süchtige, psychisch kranke Alterspatienten, schwer Verwehrte und Familien mit mehreren ausgeprägt verhaltensgestörten Mitgliedern. Die meisten dieser Menschen leiden unter grossen sozialen Problemen wie Schulden oder Arbeitslosigkeit und sind von der öffentlichen Hand abhängig. In der Anamnese finden sich bei ihnen mehrere Hospitalisa-

tionen, oder sie haben in Ausnahmefällen gar schon Dezennien in psychiatrischen Kliniken verbracht. Wiedereingliederungsversuche scheiterten an den fehlenden Übergangseinrichtungen und/oder der Schwere der Erkrankung. Sie stammen aus den ärmeren Schichten der Bevölkerung. Konstante Beziehungen ausserhalb der Herkunftsfamilie finden sich sehr selten. Sie sind materiell und psychisch sehr von ihrer belebten und unbelebten Umwelt abhängig und versuchen oft mit letzter Anstrengung, diese entsprechend den inneren Bedürfnissen umzugestalten, um sich vor weiterer psychischer Dekompensation zu schützen [1]. Dies wird von der Umgebung als Druck, Manipulation und Verkennung der Realität erlebt. Einen illustrativen Einblick in die alltägliche Praxis vermittelt eine Publikation aus der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Bern [2].

Zusätzlich zu den bekannten Einrichtungen psychiatrischer Versorgung wie Kliniken und Übergangseinrichtungen hat sich die langfristige Betreuung durch ein kleines, multidisziplinär zusammengesetztes Team aus Arzt, Pflegeperson und Sozialarbeiter als besonders hilfreich für diese Patienten erwiesen. So stehen einmal die notwendigen fachlichen Kompetenzen zur Verfügung, dann können sich die Teammitglieder aber auch zeitlich und emotionell ablösen und erst noch dem Patienten Kontinuität wie auch die Möglichkeit zum Ausweichen auf ein anderes Teammitglied bieten. Das Team wird gleichzeitig zu einem «Gedächtnis» für die Geschichte der Patienten, deren Geschichtslosigkeit in traditionellen psychiatrischen Einrichtungen oft erschreckend ist.

Dieses Behandlungsteam wird nun aber unweigerlich ins Kraftfeld der Versuche des Patienten geraten, die Umwelt seinen Bedürfnissen entsprechend zu gestalten. Das Team kommt unter Druck, die Beziehungen der Mitarbeiter untereinander und zum Patienten beginnen sich zu verändern. Diese dynamischen Prozesse sind Ausdruck der Dynamik des Patienten und sind deshalb nicht einfach zu verhindern, sondern zu verstehen, um sie therapeutisch nutzbar machen zu können. In der Supervision werden deshalb von allen Beteiligten ihre Erfahrungen mit dem Patienten, ihren Kollegen sowie der weitem Umgebung des Patienten zusammengetragen, um dann gemeinsam eine Theorie dessen zu entwickeln, was mit dem Patienten los sein könnte. Gemeinsam wird das gesammelte Material zusammengedacht [3]. Die Theorie und Technik dieser Form der Supervision wurde anderswo dargestellt [4, 5].

Maier (mündliche Mitteilung) verdanke ich ein illustratives Beispiel dafür, wie die Problematik der Patienten nicht nur die Dynamik zwischen Patienten und Betreuern sowie zwischen den Teammitgliedern, sondern auch die des Supervisors bestimmen kann: Die Beobachtungen stammen aus vergleichenden Untersuchungen der therapeutischen Arbeit und der Supervisionen in einem sozialpsychiatrischen Ambulatorium und einer Kriseninterventionsstation, in denen

der Autor dieser Arbeit als Supervisor tätig war. In der Ambulanz wurden mehrheitlich Patienten vorgestellt, bei denen das Team am Sinn der Arbeit zweifelte und oft schon am Resignieren war. Die erfreulichen Erfolge in Form von Stabilisierung der Patienten mussten stets von neuem aktiv in Erinnerung gerufen werden. Die Supervisionen fanden wie so nebenbei in recht entspannter Atmosphäre statt, manchmal wusste niemand recht was zu berichten. In der Krisenstation verliefen viele Besprechungen dramatisch, und es wurden hochemotionelle Konflikte zwischen den Teammitgliedern aufs Tapet gebracht. Der Supervisor hatte in der Ambulanz innerlich gegen Passivität, gegen Gefühle, die Ideen würden ihm allmählich versiegen, gegen Fantasien wie «Sollen die doch einfach machen, was sie wollen», anzukämpfen, während er sich in der Krisenstation dem Drang, sofort etwas tun zu müssen, der in den akuten Krisen das Feld bestimmte, manchmal kaum erwehren konnte und in der Folge in für ihn ungewohnter Weise etwas aus den Supervisionen der Krisenstation weitererzählte.

Aus solch kurzdauernden, sozusagen akuten Reaktionen im Umfeld psychiatrischer Patienten können sich aber auch chronifizierte, unflexible Haltungen entwickeln, von denen die Patienten nicht mehr profitieren, allenfalls sogar unter ihnen leiden. Oft gelingt es dann nur noch mit Hilfe einer Supervision, aus den entstehenden therapeutischen Sackgassen herauszufinden, in die sich beispielsweise das Team einer Ambulanz in der Betreuung eines chronisch schizophrener Mannes hineinmanövriert hatte. In der Hoffnung den autistischen Mann zu einer Kooperation motivieren zu können, hatte es von der Mutter des Patienten die Aufgabe übernommen, die Wohnung des verwahrlosten Patienten in Stand zu halten. Der drohenden physischen und psychischen Erschöpfung des Teams schaute der Patient gelassen zu. Erst nach einer Auseinandersetzung in einer Supervision konnten neue, konstruktive Ansätze fürs weitere therapeutische Procedere gefunden werden. Dies sind typische, relativ durchsichtige Beispiele dafür, was sich im Umfeld von schwer gestörten Patienten abspielt, wie sie in der Sozialpsychiatrie behandelt werden. In der Literatur sind zahlreiche Beispiele tragischer Verstrickungen zwischen psychiatrischen Patienten und ihren Betreuern und mehrfach Persönlichkeitsveränderungen und psychosomatische Störungen bei Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen beschrieben worden [6, 7, 8, 9]. Mit welcher emotioneller Heftigkeit und mit welcher Ausdauer die Patienten unbewusst ihre Umwelt zu deformieren versuchen, kann fast nur ermesen, wer sich jemals über längere Zeit nahe mit diesen Kranken eingelassen hat.

Unter den emotionalen Belastungen kann ein Team in eine Krise geraten, zu deren Bearbeitung ein aussenstehender Supervisor beigezogen werden muss, der nach meiner Ansicht oftmals konstruktiver intervenieren kann, wenn er das Team nicht ständig begleitet, sondern eine Art Krisenintervention mit einer

beschränkten Anzahl (6–15) Sitzungen macht. Nicht selten enden solche Teamsituationen aber mit dem mehr oder weniger freiwilligen Ausscheiden eines Mitarbeiters oder – was nicht der Schlimmste aller Fälle ist – dem Auswechseln des Supervisors. In solch besonders schwierigen Teamsituationen treten zusätzlich zwei Möglichkeiten der «Entgleisung» der Supervision besonders in den Vordergrund:

Zum ersten droht der Versuch, aus der Supervision eine therapeutische Gruppe zu machen. Dies muss scheitern, weil die Gruppenmitglieder Arbeitskollegen sind, die sich aus beruflichen und nicht aus therapeutischen Gründen in einer Gruppe zusammenfinden.

Zum zweiten «verschwinden» die Patienten aus den Supervisionsgesprächen. Auf diese Weise wird ihre Bedeutung für die Teamschwierigkeiten verleugnet, und es kann unmöglich werden, die Spaltung zwischen Patienten und Team zu bearbeiten, welche den Einfluss der Patientendynamik auf die Teamprobleme verdeckt.

Sowohl die patientenzentrierte wie auch die teamzentrierte Supervision dienen nicht einfach zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Therapeuten, sondern sollen dazu beitragen, dass die Therapeuten ihren Gedanken, ihren Erlebnissen und Empfindungen bei der Arbeit mit den Patienten den für die Therapie unbedingt nötigen Platz einräumen. Nur wenn dies möglich ist, kann in sowohl für die Patienten wie auch für die Mitarbeiter sinnvoller Weise gearbeitet werden. Dass dabei die Therapeuten unkritischer und braver werden, ist nicht zu erwarten und auch nicht erwünscht.

Schlussbemerkungen

In der Schweiz findet der Psychiater kaum Möglichkeiten, sich mit Kollegen über Fragen und Probleme der Supervision auseinanderzusetzen, während in andern Ländern, wie zum Beispiel Norwegen, Ausbildungskurse für potentielle Supervisoren angeboten werden. Welches Curriculum sich besser bewährt, wird sich zeigen. An vielen psychiatrischen Einrichtungen wird noch immer nicht gesehen, wie wichtig es ist, dass der Supervisor von aussen beigezogen wird und ausserhalb der Hierarchie steht. Bei den vorgesetzten Behörden, die die Finanzen zur Bezahlung der Supervisoren bewilligen müssen, scheint der Wille zur Einführung von Supervisionsmöglichkeiten in den letzten Jahren eher abzunehmen; sie von der Bedeutung für die Behandlung der Patienten und die Ausbildung der Mitarbeiter zu überzeugen, ist eine wichtige Aufgabe der Leiter der psychiatrischen Einrichtungen.

Assistenzärzte haben jetzt vielerorts die Möglichkeit, aus einer Gruppe von Supervisoren verschiedener therapeutischer Provenienz auszuwählen. Für die andern Berufsgruppen, wie beispielsweise Pflegepersonal, Sozialarbeiter, und Ergotherapeuten, ist es meist fast unmöglich, Supervisionen oder Balint-Gruppen zu finanzieren, obwohl doch gerade diese Mitarbeiter besonders intensiv der Dynamik ihrer Patienten ausge-

setzt sind. Der Strahlenschutz in der Radiologie ist im Gegensatz dazu für alle Berufsgruppen selbstverständlich.

Soll verhindert werden, dass sich die Therapeuten aus Selbstschutz wieder vermehrt von den Patienten distanzieren, so muss im Interesse der Prävention von gesundheitschädigenden Folgen der Arbeit mit psychiatrischen Patienten der Erforschung der Zusammenhänge zwischen Patientendynamik und Mitarbeiterleiden vermehrte Beachtung geschenkt werden. Die Supervision kann dazu einen Beitrag leisten.

Zusammenfassung

Nach einer Erläuterung des Begriffes der Supervision und dessen Abgrenzung von Therapie und Arbeit von Vorgesetzten werden ihre speziellen Probleme in der Sozialpsychiatrie dargestellt. Diese sind mit der Persönlichkeitsstruktur und den Problemen der spezifischen Patienten und den daraus notwendig werdenden Behandlungsformen verknüpft. Die Supervision ist von Bedeutung bei der Verbesserung der psychiatrischen Therapie und bei der Prävention von Berufskrankheiten von Mitarbeitern psychiatrischer Institutionen.

Résumé

Supervision en Psychiatrie Sociale.

La clarification du concept de la supervision et sa délimitation des thérapies et des interventions des chefs des institutions psychiatriques sont suivies d'une discussion des problèmes spécifiques de la supervision en psychiatrie sociale. Ce caractère spécifique est déterminé par la structure et les problèmes des malades traités et par les modalités des traitements qui en suivent. La supervision est importante d'une part pour l'amélioration des traitements psychiatriques, pour l'enseignement des jeunes collègues et pour la prévention des maladies professionnelles des collaborateurs.

Summary

Supervision in Social Psychiatry

The clarification of the concept of supervision and its delimitation from therapy and administrative intervention by institutions superiors is followed by a sketch of its specific problems in Social-psychiatry. These are related to the patients personality structure, the patients difficulties and the specific treatment modalities. Supervision is not only important for the amelioration of therapies and the education of the younger colleagues, but for the prevention of professional diseases of psychiatric staff members too.

Literatur

- [1] *Jacobson E*: Psychotischer Konflikt und Realität. Fischer, Frankfurt, 1972.
- [2] *Ciampi L* (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Lernfälle. Psychiatrie Verlag, Bonn, 1985
- [3] *Held T*: Herausforderung zur Kooperation bei psychotischen Erkrankungen. Psychiatrische Praxis 1979; 6: 119-128.
- [4] *Schneider H R*: Zwischen Innen und Aussen. Zur angewandten Psychoanalyse in der Psychiatrie. In: Leuzinger – Bohleber M: Psychoanalytische Kurztherapie – zur Psychoanalyse in Institutionen. Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, 1984
- [5] *Schneider H R*: Sozialpsychiatrie im Spannungsfeld zwischen psychotischer Innenwelt und äusserer Realität. In: [2].
- [6] *Racamier P C*: Le Psychanalyste sans Divan. Payot, Paris, 1973.
- [7] *Racamier P C*: Die Schizophrenen. Springer, Berlin, 1982.
- [8] *Searles H F*: Paranoid Processes among Members of the Therapeutic Team. Int. Psychiatric Clinic 1968; 5: 93-113. Auch in: Searles H F: Countertransference and Related Subjects. IUP, New York, 1979.
- [9] *Searles H F*: Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung. Kindler, München, 1974.