

Reiner BÜCH

Imaginative Erkundung der Organisationskultur einer psychiatrischen Tagesklinik

Anwendung des konnotationsanalytischen Ansatzes von Ernst E. Boesch im Verlauf einer Teamsupervision

„Unsere Kultur hat ihr Ziel, den ‚humanen Menschen‘, verfehlt (...). Und so wird es zur wesentlichsten Herausforderung unserer Zeit, Kultur so zu gestalten, dass sie autonome Verantwortung in Freiheit fördert. Nicht die oft beschworene Erinnerung an den Holocaust ist vordringlich gefordert, sondern die Einsicht in die kulturellen Gegebenheiten, denen er entsprang. Das stereotype Auflisten der historischen, sozialen und ökonomischen ‚Erklärungen‘ reicht nicht mehr, auch nicht die leeren Appelle an die ‚Verantwortung von Elternhaus und Schule‘ – wir brauchen vielmehr ein vertieftes Wissen davon, was moralische Autonomie des Menschen bildet und stärkt“. E. E. Boesch. *Das lauernde Chaos* (2000, S. 50-51).

Zusammenfassung:

In diesem Beitrag wird das Konstrukt „Organisationskultur einer psychiatrischen Tagesklinik“ erschlossen, indem nach den symbolischen Bedeutungen gefragt wird, die im beruflichen Handeln der Mitarbeiter und im Verhältnis zu den Patienten zum Ausdruck kommen.

Nach kurzer Zusammenfassung der symbolischen Handlungstheorie, die E. E. Boesch im Rahmen einer allgemeinen Kulturpsychologie entwickelt hat, werden in zwei Supervisionssitzungen erhobene Imaginationen zur beruflichen Tätigkeit und zum Erleben der Patienten einer „Konnotationsanalyse“ unterzogen und in einem gruppodynamischen Setting in der Teamsupervision reflektiert. Individuelle Fantasmen der Teammitglieder und der Mythos der Einrichtung werden so schrittweise erschlossen und auf Divergenzen untersucht. Wertvorstellungen, ein Aspekt der Organisationskultur, werden damit einer supervisorischen Bearbeitung zugänglich gemacht. Der Autor betrachtet die Bearbeitung der Dynamik zwischen Mythos und individuellen Fantasmen als zentrale Aufgabe einer supervisorischen Praxis, die sich dem Ziel eines autonomen und dennoch dem kulturellen Rahmen angemessenen Handlungspotentials von Mitarbeitern und Patienten verpflichtet fühlt.

Schlüsselwörter: Konnotationsanalyse, Fantasmus, Teamsupervision, Wertvorstellungen

Abstract:

In this contribution a representation of the organizational culture of a psychiatric day-time hospital is developed by analyzing the symbolic meanings of action taken by professionals during their daily work and their relations to other patients.

After a short summary of concepts of symbolic action theory as developed by E. E. Boesch in the framework of cultural psychology, these are applied to data from two meetings of professional supervision. The data reports about imaginations and phantasms of individual team members (from individual interviews) as well as findings from a group discussion. The analysis results in hypothetical constructions of the individual phantasms and of the organizational myths, directing their actions.

This finally results in ‘value orientations’ expressing the organizational culture which are especially valuable for the purpose of respectful supervision. The author regards the careful consideration of the dynamics between individual phantasms and group myths as being a central task of good practices of supervision, with the aim to develop the action potential of professionals and their patients in such a way that it is well-adapted to both autonomy and cultural frame.

Key words: connotation analysis, phantasms, team supervision, moral concepts

1. Die Symbolische Handlungstheorie, eine Meta-Theorie für Integrative Supervision?

In dem von A. Schreyögg (1991, S. 75-76) geschaffenen Modell der Integrativen Supervision soll „Integration über eine zugrundeliegende konsistente Wissensstruktur erreicht werden, die als Basis für die Zusammenführung von Theorien und Methoden als in sich geschlossenes Gesamtmodell fungiert“. Schreyögg propagiert für ihr Modell Methoden- und Theorienpluralität, weil Supervision sonst ihren Anwendungsbereich unangemessen einschränken würde und entwickelt gleichzeitig anthropologische Prämissen, auf deren Hintergrund Theorien und Methoden nicht wahllos, sondern konzeptionell begründet verwendet werden müssen. H. Petzold (1991, S. 3) fordert in diesem Zusammenhang eine Art Handlungstheorie,

„... die „soziale Welten“ als vielfältig und in ihrer individuellen Aneignung und persönlichen Repräsentation durchaus spezifisch darstellt, sie aber dadurch kennzeichnet, dass sie über ein gemeinsames Potential an Sinn- bzw. Bedeutungsfolien, an Schemata, narratives bzw. scripts verfügen, die von den Menschen eines sozialen Areals geteilt werden“.

„...je monologischer sich individuelle und gruppale „narratives“ gestalten (Privatsprachen, Jargon, In-group-Codes, Fachsprachen), desto schwieriger sind effektive Kommunikation und Kooperation. Hier ist ein Kernbereich sozialer Intervention zu sehen, wie es das „Alltagsgeschäft“ von Beratern, Coaches, Supervisoren ist, ohne dass in der Supervisions- oder Coachingliteratur hierzu theoretische Modelle vorliegen!“

Die symbolische Handlungstheorie von Boesch stellt m.E. einen solchen konzeptuellen Rahmen zur Verfügung. Ihre Relation zu anderen psychologischen Theorien ergibt sich daraus, dass sie „die Handlung“ konsequent in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen stellt, dazu „ein theoretisches Bezugssystem zur Verfügung stellt, das für verschiedenste kulturelle Phänomene offen bleibt, und gleichzeitig ermöglicht, diese konsistent einzuordnen“ (Boesch, 1980, S. 7).

Auf Grundlage der symbolischen Handlungstheorie kommt Boesch (1992, S. 102-103) für das Konstrukt „Kultur“ zu folgender Kennzeichnung:

- Eine zusammenlebende Gruppe strukturiert ihren Handlungsraum, setzt z.B. Grenzen und bestimmt „Verhaltensorte“, für spezifische Tätigkeiten.
- Die kulturelle Gruppe strukturiert die Handlungszeit: Perioden des Tages oder des Jahres, denen Tätigkeiten zugeordnet werden, lebenszeitlich bedingte Rollenzuweisungen, zeitliche Handlungs-kordinationen, Zukunftsvorstellungen und -planungen.
- Sie umreißt „Handlungsbereiche“, Komplexe von aufeinander bezogenen Handlungen, die koordinierten Zielsetzungen dienen – wie etwa die Bereiche Familie, Beruf, Sport, Religion, Kunst.
- Ein weiterer, „Kultur“ kennzeichnender Aspekt wären gemeinsame Wertvorstellungen darüber, was ein „gutes Leben“ sei und welche Gefährdungen ihm entgegenstehen, was z.B. ein Individuum minimal der Gruppe zu geben habe oder, was maximal an Leistungen nicht überschritten werden dürfe. Die Bildung solcher Vorstellungen bedingt Regulationen von Konkurrenz, Konflikt, aber auch von Freundschaft und Loyalität.

1.1 Konzepte der Symbolischen Handlungstheorie

Die theoretischen Aussagen der Symbolischen Handlungstheorie, beruhend auf einem „Konstruktivismus Piagetscher Prägung“ (Boesch, 1992, S. 104), will ich kurz anhand der folgenden Konzepte skizzieren:

Das Konzept der Handlungsketten besagt: Handlungen sind eingebettet in Handlungsketten und in Handlungskomplexe, woraus sich eine Hierarchisierung der Handlung ergibt, bei der oft entfernteren, „übergeordneten“ Zielsetzungen die eigentlich motivierende Kraft zukommt. Die Polyvalenz einer Handlung beruht vor allem auf einer grundsätzlichen Zweidimensionalität des Erlebens. Wir erleben unser Handeln einerseits als ein äußeres, andererseits als ein inneres Geschehen. Sachliche und subjektive Handlungsvalenzen führen zu zwei unterschiedlichen Konstruktionen der Wirklichkeit, die Boesch als „Objektivierung“ und „Subjektivierung“ bezeichnet.

Indem der Handelnde sich in seinem Handeln auch selbst erlebt, verbinden sich sachlich-materielle Handlungserlebnisse notwendigerweise mit subjektiv-funktionalen. So wie (im Sinne Piagets) die Objekterfahrungen zu Objektschemata, und diese wiederum zu Objektkonzepten werden, so führen auch die subjektiven Handlungserfahrungen zu Systematisierungen eigener Art. „Obwohl Handlungseffekte als Rückmeldungen wichtig sind, gibt es dennoch keine objektiven Maßstäbe für das subjektive Handlungspotential – wir kennen alle den trotz seiner Erfolge depressiven Menschen, und wir kennen auch die Schwankungen, denen unsere Einschätzungen des Handlungspotentials unterliegen“ (Boesch, 1992).

Das Konzept des subjektiven Handlungspotentials weist auf den Grad der subjektiv wahrgenommenen Fähigkeit hin, positiv valente Ziele zu erreichen und negativ valente zu vermeiden.

Das Konzept des Fantasmus meint subjektive Formmuster für die Beziehung eines Ich zu seiner Welt. „Tapferkeit“, „Fraulichkeit“, „Ungebundenheit“ können solche generelle Muster sein, die ein Individuum je nach innerer und äußerer Situation variierend, und dennoch mit einer gewissen persönlichen Konsistenz, zu konkretisieren sucht. Es sind Konstrukte der Ich-Realisierung in einer subjektiv wahrgenommenen Welt, die durch eine weiter unten beschriebene Konnotationsanalyse zu erschließen wären.

Die beiden Konzepte „Handlungspotential“ und „Fantasmus“ tragen in unterschiedlicher Weise zur *Konstitution des Ichs* bei. Während „Ich-Erlebnisse“ oder das „Ich-Gefühl“ auf aktuellen Erfahrungen des Handlungspotentials beruhen, wird die „Ich-Instanz“ konstituiert durch übergeordnete Steuerungswerte, die sie in der Einzelhandlung implementiert: die Relation zum Fantasmus wird sichtbar. Die Ich-Instanz bildet das notwendige Korrektiv, um Schwankungen des Ich-Gefühls auszugleichen und durch seine Integration in übergreifende Wertungen zu stabilisieren. Die Ich-Identität, als das Produkt dieser Entwicklung, erscheint so als ein Konstrukt, das im Laufe des Lebens progressiv differenziert wird.

In einem weiteren Schritt der Theoriebildung stellt Boesch neben das Konzept des Fantasmus, als Pendant, das *Konzept des Mythos*. Der Mythos enthält die kulturellen Ordnungen des Handelns, so z.B. die Art und Weise, in der etwas getan werden soll einschließlich der zugehörigen Begründungen und Rechtfertigungen. Boesch unterscheidet zwischen Mythos und Mythem. Ein Mythem entspricht einer „Mythenerzählung“, etwa einer Sage, Legenden oder Märchen. Auch Rituale, wie etwa Regeln des Begrüßens, Bittens, Dankens, Besuchens, Beschenkens, Kaufens, Flirtens, Lachens und Spaßens, solche des Disputes, Konfliktes oder gar des Kampfes stellen „Mytheme“, also Konkretisierungen eines Mythoselements dar.

Die folgenden Konzepte sind methodisch orientiert und lassen sich unmittelbar für ein handlungstheoretisch fundiertes Vorgehen in Therapie und Supervision nutzen:

Nach dem Konzept des „imaginierenden Handelns“ (Boesch, 1981, S. 22) führt jede Imagination zu einer Konkretisierung. Sie verwandelt zunächst vage Anmutungen in beschreibbare Bilder. Inhaltlich zeigen sich Handlungsentwürfe, Handlungsneigungen, die sich mit anderen Möglichkeiten des Handelns vergleichen lassen. Jeder Vorstellungsinhalt lässt sich lokalisieren, z.B. nach Zeit, Raum, materiellen und sozialen Bezügen.

Jeder Inhalt deutet einerseits ein kognitives Strukturgerüst der Wirklichkeit an, andererseits ein Netz subjektiver Erfahrungskonnotationen. Die Imagination stellt allerdings, vergleichbar dem Traum, zunächst nur ein symbolisch vieldeutiges Bild zur Verfügung. Imaginationen erlauben oder fördern aber auch die reflexive Stellungnahme.

Im Konzept der Konnotationsanalyse zeigt Boesch (1977) anschaulich, wie er die von Freud in der „Traumdeutung“ eingeführte freie Ideen-Assoziation zur Bearbeitung von Imaginationen methodisch handhabt, und wie er, den Levi-Strauss'schen Mythenanalysen (1964) vergleichbar, konsistente Beziehungen zwischen anscheinend ungeordneten und unkoordinierten Erlebnisinhalten herzustellen vermag. Durch Anregung freier Ideen-Assoziationen zu den Imaginationen werden diese ergänzt durch ein Netz subjektiver Erfahrungskonnotationen des Imaginierenden. Die darin enthaltenen konsistenten Beziehungen lassen ein subjektives Formmuster für die Beziehung eines Ich zu seiner Umwelt, den Fantasmus, erkennen.

Die Konnotationsanalyse versucht demnach, Erlebnis-Konnotationen von Bildern, Vorstellungen, aber auch von konkreten Wahrnehmungen und Handlungen zu präzisieren und dadurch, im Vergleich zur Freudschen Traumdeutung mit weniger spekulativen Zwischenschritten, die fantasmischen Komponenten des Wirklichkeitsbezugs heraus zu arbeiten.

Im Konzept der Reflexivität kommt Boesch schließlich zu dem Ergebnis, „dass auch die sozialen Bedeutungen von Objekten, ja sogar Mythen und Fantasmen analog zu den Piagetschen Konstruktionen gebildet werden. Während Piaget (1974) in seinen Experimenten auf die desadaptativen *äußeren* Handlungskonstellationen hinwies, aus denen sich ein konzeptualisierendes Bewußtsein entwickelt, kommt Boesch zu der Einsicht, dass es gerade die Konfrontation von *symbolischen* und sachlichen Handlungsaspekten ist, die Anreize zur Reflexion schafft“.

„... irgendwann wird man sich mit der rational nicht erklärbaren Besonderheit von symbolischen Bedeutungen konfrontiert fühlen; man wird feststellen, dass man eine bestimmte Handlung mit starker Anteilnahme vollzieht, ohne ihr einen sachlichen Sinn zuordnen zu können. Was für Sachgründe gibt es z.B., um die emotionale Ergriffenheit vor einem farbigen Stück Tuch, das wir Fahne nennen, zu verstehen? Die Bereitschaft, möglicherweise für seinen Besitz das Leben zu opfern? Was erklärt die Anhänglichkeit an einen gewöhnlichen Kieselstein, was die fromme Andacht, mit der man einen hölzernen Pfeiler einölt? Wieso rühren uns unwirkliche Geschichten, wie Märchen oder Mythen? Grundsätzlich kommen solche Fragen dort auf, wo man Diskrepanzen verspürt zwischen einer erlebten Handlungsinintensität und der sachlich-instrumentalen Bedeutung, die man der Handlung zumisst; aber auch da, wo einem eine Handlung inkonsistent erscheint, sie also anderen Handlungsbezügen widerspricht; oder endlich da, wo soziale Partner einen dazu zwingen, Symbolaspekte von Handlungen zu rechtfertigen. Das Symbol, könnte man sagen, ist fantasmen-konform, die Reflexion dagegen mythen-konform; oder anders: in der Symbolreflexion verbinden sich Fantasmus und Mythos“ Boesch (1980, S. 239).

Nach Boesch ist Reflexion demnach „jenes innere Handeln, das subjektive und sachliche Handlungskomponenten koordiniert zu erfassen sucht“. Die Symbolreflexion wird zum Steuerungsinstrument, indem sie die Mechanismen von Akkomodation und Assimilation nutzt, und zwischen den subjektiven symbolischen Bedeutungen und den sachlichen Forderungen des Mythos neue, konsensfähige Ordnungsvorstellungen schafft.

1.2 Wie kann Supervision der Bildung konsensfähiger Ordnungen dienen?

Mit dieser Frage kommen wir auf die Ebene einer handlungstheoretisch abzuleitenden supervisorischen Praxeologie. Diese Überlegungen folgen sinngemäß den Ausführungen von Boesch (1981, S. 33) zur Frage der Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischen Handelns.

Klienten, Teams oder Organisationen, die Supervision oder Coaching in Anspruch nehmen, haben aus handlungstheoretischer Perspektive ein Ordnungsdefizit. Ein Ordnungsdefizit meint nach dem bisher Dargestellten z.B. eine nicht reflektierte Divergenz zwischen einem persönlichen Handlungsmotiv und einer kollektiven Erwartung oder zwischen einem eigenen befremdlichen Handlungsmotiv und der bewussten Intention.

Wenn Supervision auf solche Weise verstandene Ordnungsdefizite bearbeiten will, muss sie dazu beitragen, die Steuerungsmuster des Handelns, also Fantasmen und Mythen, zu erkennen und in ihrer wechselseitigen Durchdringung so zu verändern, dass Diskrepanzen zwischen Antizipationen und Handlungseffekten verringert werden. Dieses Vermögen beruht auf einem kontinuierlichen Hin und Her zwischen dem Entdecken oder Schaffen von Ordnungen und deren kritischer Betrachtung. Dieser Angleichungsprozess spielt sich im fantasmischen System des Einzelnen ab und führt zur Stärkung seines Handlungspotentials.

Die Aufgabe des Supervisors oder Coaches bestünde demnach vor allem darin, durch entsprechende Konfrontationen zur Auseinandersetzung und Reflexion des fantasmischen beruflichen oder organisatorischen Verständnisses, supervisorischer Sicht und Außenerfahrungen anzuregen. Zur Außenerfahrung muss selbstverständlich auch die Wirklichkeitssicht der kulturellen Gruppe einbezogen werden.

Supervision hätte somit die Aufgabe, Reflexionen in Organisationseinheiten in der Weise anzuregen, dass Fantasmen sich den kulturellen Mythen ebenso angleichen, wie diese fantasmisch uminterpretiert und durchdrungen werden. „Wo dies gelingt, kann ein autonomes und dennoch dem kulturellen Rahmen angemessenes Handlungspotential erlebt werden“ (Boesch, 1981, S. 35). In anderer Formulierung: Die Bildung konsensfähiger Ordnungen aber auch die Förderung der Fähigkeit zur Bildung neuer Ziele beruht nach Boesch auf der Anregung des „doppelten Prozesses der Akkommodation von Fantasmen und der Assimilation von Mythen.“

Ähnliche Zielvorstellungen für Supervision finden wir bei Möller (1997). „Es kann nur über eine dialogische Struktur“ und Erdheim (1988) zitierend, „in einer Pendelbewegung zwischen der Analyse der eigenen und derjenigen der fremden Kultur“ gelingen, „die Mitglieder der Organisation zu beteiligten Subjekten der gemeinsamen Analyse kultureller Muster zu machen.“

Beumer und Sievers (2000), versuchen aus psychoanalytischer Sicht vermutlich Ähnliches zu erreichen, wenn sie „...die Organisation als ein inneres Objekt verstehen, dessen Bewusstmachung dem Supervisanden helfen kann, seine professionelle Rolle besser zu verstehen und zwischen Phantasie, Realität und Illusion Unterscheidungen zu treffen.“

In einer weiterführenden Perspektive haben sie das Konzept der „organisation in the mind“ (Lawrence, 1998), in Anlehnung an König, um „...das Modell eines bereits in der Person vorhandenen inneren ‚steuernden Organisationsobjekts‘ ergänzt, d.h. eines inneren Objekts, das als Matrix zur Wahrnehmung von Interaktionen im Organisationskontext bereits existiert und so die innere Wahrnehmung der Organisationslandschaft konturiert.“

S. C. Cottier (2001) setzt Imaginationstechniken in Fall- und Teamsupervision ein und versucht im Verlauf einer Gruppensitzung, das „gemeinsame innere Modell der Aufgabe“ wieder zu finden.

2. Erkundung der Organisationskultur während der Teamsupervision

Die im Folgenden dargestellten Befunde beruhen auf systematischen Erhebungen, die im Verlauf von zwei speziell vereinbarten Teamsupervisionssitzungen erbracht wurden. In einem Vorgespräch mit dem Supervisor, dem leitenden Arzt, dem Pflegedienstleiter und den weiteren Mitarbeitern des Teams wurde die Projektidee vorgestellt und die Bereitschaft des Teams zur Mitarbeit eingeholt. Die beiden Sitzungen fanden im Beisein des Supervisors in einem Zeitraum von 3 Monaten statt.

Im Anschluss daran wurden kurze Interviews mit den einzelnen Mitarbeitern durchgeführt, in denen vor allem zusätzliche konnotative Ergänzungen zu den Imaginationen erhoben, und eventuell auftauchende individuelle Divergenzen abgerundet werden sollten.

Durch die Erschließung und Beschreibung der berufsrollen- und patientenbezogenen fantasmischen Systeme soll einerseits eine Phänomenologie der Organisationskultur erreicht werden, andererseits die Teamsupervisions-Gruppe mit den symbolischen Bedeutungen ihres professionellen Handelns konfrontiert werden, um einen Reflexionsprozess auszulösen und die Wahrnehmung möglicher Ordnungsdefizite zu präzisieren.

2.1 Erste Eindrücke in der „fremden Kultur“

Wir befinden uns in der Außenstelle einer psychiatrischen Tagesklinik, angesiedelt in einer Kleinstadt mit ländlicher Umgebung. Aus den großen Fenstern hat man einen weiten Blick über die umgebende Landschaft. Die Atmosphäre in den Räumen erinnert mich etwa an sozialpädagogische Einrichtungen.

Zu Beginn einer Supervisionssitzung gibt mir der Supervisor Gelegenheit, den ca. 12 Mitgliedern des Teams das vorgesehene Untersuchungsprojekt vorzustellen. Der Supervisor hatte mich anhand meines Anschreibens in der letzten Sitzung bereits angekündigt.

Berufsrollen bzw. hierarchische Ordnung sind zunächst für mich nicht auszumachen. Ich fühle mich ermutigt, das Projekt und die geplante Vorgehensweise vorzustellen. Die schwierigste Hürde erscheint mir, die Notwendigkeit der Tonbandaufzeichnung zu erklären und gleichzeitig die Bereitschaft zur Imagination zu wecken. Der Supervisor achtet darauf, alle zu Wort kommen zu lassen. Die Ergotherapeutin spricht ihre Ängste an und gibt mir Gelegenheit, meine Bedrohlichkeit wahrzunehmen, aber auch zu relativieren. Es entsteht neugieriges Interesse, vor allem auch an den späteren Ergebnissen. Insgesamt besteht Bereitschaft, sich auf das Experiment einzulassen. Zur Durchführung der Untersuchung werden zwei zusätzliche Supervisionssitzungen vereinbart.

2.2 Untersuchungsplan

Struktur der 1. Sitzung:

Zunächst wird die Supervisionsgruppe in zwei gleich große Gruppen geteilt, die einen Innen- und Außenkreis bilden.

Mit den Teilnehmern des Innenkreises wird eine stille Imagination mit folgender Instruktion durchgeführt:

„Stellen Sie sich vor, sie treffen sich zu Arbeitsbeginn mit einem/r Ihnen fremden Kollegen(in), der/die sie im kommenden Monat vertreten soll und der in einer anderen Einrichtung eine vergleichbare Tätigkeit ausübt, und Sie sollen ihm/r an einem Tag zeigen, was er/sie unbedingt wissen sollte, um Ihre Tätigkeiten angemessen auszuführen.

Lassen Sie nun einfach Bilder und Vorstellungen aufsteigen, achten Sie zunächst darauf, wo Sie den fremden Kollegen treffen, wie er aussieht und auf Sie wirkt und dann nehmen Sie ihn mit in die verschiedenen Felder ihres Tätigkeitsbereichs.“

Während der Imagination Hinweise einfließen lassen zu Umgangsstil, Kleiderordnung, Ritualen, Geschichten, die immer wieder erzählt werden.

Die Teilnehmer des Außenkreises hören anschließend die berichteten Imaginationen und bilden daraufhin im Innenkreis eine Gesprächsgruppe, die in Abgrenzung zur „Imaginations-Gruppe“ im folgenden „Reflecting-Team“ genannt wird.

Dieses Team bespricht etwa folgende Fragen: Welche Eindrücke haben sich beim Hören der Imaginationsberichte eingestellt? Was erfahren wir über berufliches Selbstverständnis und über die Arbeitsweise in der Einrichtung?

Struktur der 2. Sitzung:

Die Supervisionsgruppe wird wieder in die beiden Untergruppen geteilt.

Die Teilnehmer der „Imaginations-Gruppe“, die in der vorherigen Sitzung das „Reflecting-Team“ gebildet haben, nehmen nun an einer stillen Imagination mit folgender Instruktion teil:

„Lassen Sie die Vorstellung von einem Patienten oder einer Patientin aufsteigen, achten Sie darauf, welchen Eindruck er oder sie bei Ihnen erweckt, und versuchen Sie dann einmal, in seine Rolle zu schlüpfen.

Stellen sie sich dann vor, wie Sie Ihren ersten Tag in dieser Einrichtung erleben, wer Sie anspricht, was ihnen auffällt, was Sie tun, und wie sich das für Sie anfühlt.

Nun geht der Tag zu Ende, und Sie schauen zurück auf einige Erfahrungen während Ihres Aufenthalts in der Tagesklinik. Was hat sich verändert?“

Die Teilnehmer des Außenkreises hören die berichteten Imaginationen, bilden anschließend ein „Reflecting-Team“ und berichten bzw. besprechen ihre Einfälle und/oder Diskrepanzerlebnisse.

Abschließend nehmen die Teilnehmer der „Imaginations-Gruppe“ dazu Stellung und geben Eindrücke und Befindlichkeiten wieder.

2.3 Erste Sitzung: Die Erschließung Ich-Beruf-bezogener Fantasmen

An den beiden Sitzungen nahmen teil: Ein leitender Arzt, ein Pflegedienstleiter, ein Psychologe, ein Sozialarbeiter, drei Krankenschwestern, eine Ergotherapeutin, eine Krea-

tivassistentin, eine Sekretärin und 2 Praktikantinnen. Eine ausführliche Darstellung aller erhobenen Daten war aus Gründen der Darstellbarkeit nicht möglich.

VP 1

Er arbeite seit 6 Jahren in der Tagesklinik, war Mitbegründer, damals halbtags. Jetzt hier in der Außenstelle sei es ein „full-time-job“.

Imagination zu berufsbezogenen Handlungen

Ich sehe mich entweder im Flur, an die Tür gelehnt, oder an den Türrahmen gelehnt, dennoch sehr konzentriert zuhörend und auch Antwort gebend. Irgendwo ist ein Störfaktor, aber ich kann ihn nicht benennen.

Sehe mich mit Patienten im Schwimmbad am Beckenrand sitzend, sehe mich mit denen auf einer Ebene Dinge besprechen, konkrete Angelegenheiten, oder auch einfache alltägliche Geschehnisse betreffend.

Habe mich auf einer Schwarzwaldhütte gesehen, mit den Patienten, total angenehm, schön. Es war ein Abendbild, toller Sonnenuntergang, mit einer knallroten Sonne über dem Berg stehend und irgendwie eine total friedliche Stimmung, und alle die dabei waren, waren aber stumm. Es war eine sehr angenehme Atmosphäre, in der aber kein Wort gesprochen wurde.

Der Schluss, das war dann gut vorstellbar, eher pragmatisch, Computer aus, Telefon umgestellt und Medikamentenschrank zu.

Assoziative Ergänzungen (Einzelinterview)

Wandel des Ich-Beruf-bezogenen Fantasmus

Nach seiner früheren Vorstellung von „klassischen“ Patientenverhältnissen, wie er sie während der Lehrjahre in der Psychiatrie gebildet habe, sollten den Patienten keine Gefühle entgeggebracht werden.

Jetzt sehe er sich mit den Patienten auf einer Ebene, konkrete Angelegenheiten und alltägliche Geschehnisse besprechend. Höhepunkte bilden verbindende Erlebnisse, wie die stumme Betrachtung eines Sonnenuntergangs oder der gemeinsame Aufenthalt im Wasser.

VP 2

Er habe seine Tätigkeit im früheren Haupthaus begonnen. Er habe eine Stellenerweiterung beantragt und wisse jetzt nicht, ob er weiterhin für die Tagesklinik vorgesehen wird.

Imagination zu berufsbezogenen Handlungen

...wir sind zunächst hier unten in meinem Büro. Ich erzähle ihm ein bisschen. Als nächstes gehen wir durch den Flur hoch, ich zeige ihm oben die Küche, den Raum, dann gehen wir den langen Flur lang bis hinten ins Stationszimmer. Es ist eine insgesamt sehr angenehme Atmosphäre, ich sehe keinen. Ich weiß, dass die Kollegen und die Patienten da sind, aber wir bewegen uns da recht unauffällig, fast so, wie in einer eigenen Welt. Also wir zwei gehen da durch und machen da so unser Ding.

Und am Ende, da war was mit „Verlassen des Arbeitsplatzes, wieder zurückschauen“, und das war für mich ein ganz starkes Bild, das wurde für mich ganz deutlich:

Ich schaue so zurück und sehe ein Tal, ein großes, weites, hügeliges Tal und schaue von oben auf ein Dorf. Was mich wunderte, es gab eine Palisadenwand, so dicke Rundhölzer, bestimmt 4-5 Meter hoch, die waren quer durch das Dorf gezogen, es war sehr ruhig in dem Dorf, sehr still, aber es war so eine dicke, fette Palisadenwand durchgezogen. Ja, so Pfosten, 15 cm Durchmesser, relativ roh und die sitzen, ein Pfosten ganz dicht neben dem anderen, keine Türen, obwohl ich weiß, dass ich auf beide Seiten gehen kann. Das Dorf ist auch ein bisschen wellig.

Es war immer wieder ein ziemliches Feuer dort, es hat immer wieder gebrannt im Dorf, auflodern-des Feuer, aber es war, genau, es war auch kein Rauch da, ich habe mich nachher noch mal umgeguckt, wo ist denn das Feuer, da war das Feuer nicht mehr da.

Assoziative Ergänzungen (Einzelinterview)

Zu Dorf mit Palisaden: Er sei dort schon als Kind mit seinen Eltern spaziert, war allerdings eher unangenehm, musste aufpassen sich zu benehmen, ständig in Gefahr etwas verkehrt zu machen. Seine Mutter hatte Angst vor Abgrund, das habe ihn zu extra Spielchen veranlasst. Er sei heute gern mit seinen Kindern dort, aber er muss schon aufpassen.

Zu Feuer im Dorf: Feuerstellen, kreisrund, mächtig, „Zimmer hohe“ Flammen: Drückt auf Ohren und Magen, erinnert an Ohrfeigen, Bauchweh, das habe was Wildes. Gegenimpuls: Wut zurückhalten, bloß nichts sagen: „Du machst Scheiße“. „Authentisch sein“ sei ihm eher fremd.

Er berichtet von aktuellen körperlichen Empfindungen in Brust und Schulter, die er assoziativ in Verbindung bringt mit „keine Anerkennung kriegen, was falsch machen“.

Symbolreflexion

Dass die Palisaden akzeptiert wurden, war gut, da dachte ich, bin ich mit den Palisaden nicht alleine. Dass die anderen die Palisaden eher unangenehm fanden und das Feuer gefährlich, habe ich gemerkt. Das gefällt mir gar nicht, weil dann bin ich damit alleine, und ich will eigentlich nicht alleine sein. Vertraut sei ihm: „Du machst Scheiße“. „Authentisch sein“ sei ihm eher fremd.

Er habe z.B. viel mit einem Patienten gearbeitet, der schon lange die Diagnose „Schizophrenie“ hatte, der aber von ihm eher „autistisch“ eingeschätzt wurde. Er habe ihm z.B. geholfen, eine Wohnung einzurichten. Als der Patient Frauen in einer Tiefgarage beim Einsteigen zugeschaut und sich vorgestellt habe, mit ihnen verheiratet zu sein, kam Druck vom Team: „Da muss jetzt was passieren“, worauf er Medikamente bekommen habe.

Ich-Berufbezogener Fantasmus

Die Umsetzung seines Fantasmus vom „mutigen Klettermaxe“, den kein Abgrund, kein Feuer und kein „autistischer“ Patient schreckt, macht in seiner Vorstellung den Pflegeteammitgliedern ähnliche Ängste wie in früheren Zeiten seiner Mutter.

„Ich hätte auch gern ordentliches Feuer, jeder Mitarbeiter hat eins.“ Sein Wunsch wäre, wenn er andere überzeugen könnte: „So mache ich das, akzeptiert das, – ah, das wäre gut.“

VP 3

(Bei VP 3 liegen keine ergänzenden Interview-Daten vor)

Imaginierte berufsbezogene Handlungen

...bei dem Gang durch die Einrichtung, ja, die Kollegen, die ihn so kennen lernen, begegnen ihm (dem Kollegen) eigentlich mit Interesse und wohlwollend, neugierig, freundlich.

Aber auch und so beim Vorstellen der eigenen Arbeit, so die Gestaltungsmöglichkeiten ist einmal die Gitarre, die ich jetzt auch bei mir im Büro fest installiert habe, eine Sache, die mir Spaß macht, ja und Computer, mit den Möglichkeiten, sich damit auch Tätigkeiten zu erleichtern und zu beschleunigen, einfach in der Verwaltungsarbeit ...und dann zwei Stühle im Büro, die aber jetzt im Bild erst mal leer geblieben sind, noch. Zum Abschluss: Da war nicht mehr viel, Computer aus, Tür zu.

Assoziative Ergänzung

Zur Gitarre: „Ich bin erst seit 4 Wochen hier, die Gitarre fand einen guten Anklang, Möglichkeit zum Kontakt.“

Symbolreflexion

„Erster Einstieg muss sich noch entwickeln, die Leute hatten in der Imagination noch keine Gesichter.“ „Patienten, die tausend Anliegen haben und bei mir auch Druck erzeugen: Du musst denen jetzt auch

ganz schnell Dinge erledigen helfen, und auch das Entsetzen darüber, in was für soziale Situationen die (Patienten) sich selber rein reiten, die einfach nicht sein müssten, die aber dann passieren.“

Ich-Beruf bezogenen Fantasmus

Der Fantasmus umfasst anscheinend verschiedene Muster von Kontaktangeboten und -vermeidungen. Medien des Kontaktes sind Gitarre, Stühle, Computer oder auch „Vorstellungsrunde.“ Dagegen stehen „tausend Anliegen“ von Patienten, die eine innere warnende Stimme hervorrufen: „Pass auf, dass Du Dich nicht vereinnahmen lässt von den Patienten, guck, dass Du das richtige Verhältnis dazu behältst, also dass Du Dich nicht da reinziehen lässt und dann vereinnahmen lässt.“

2.4 Rückmeldungen und Einschätzungen des Reflecting – Teams

Spontane Reaktionen

„Am wohlsten fand ich mich mit der Schwarzwaldgeschichte ... also das fand ich ganz stark, in dem Moment als es zu den Patienten ging, so miteinander was schönes machen...“

„Ich habe das Gefühl, als Hospitantin in ein offenes Team zu kommen, egal welche Berufsgruppe mir gerade begegnet, neugierig begegnet. Ich habe das Gefühl, dass es hier nicht nur Arbeit gibt, sondern auch Arbeitsgemeinschaft mit Freizeitwert (Schwarzwald), das hat mich auch neugierig gemacht...“

„Mein erster Gedanke war, hier wird auch nur gearbeitet, der Stellenwert von ruhig, Computer ausgestellt, kommt mir alles auch freundlich, wohlwollend, nett, aber gestresst vor.“

„Ich habe gespürt, dass es halt schon Stress gibt, viele Störungen, aber auch ganz viele liebe Worte zu der Arbeit. Am Anfang hatte ich den Eindruck, da ist der totale Stress...“

Einschätzungen

„Die Vorstellung, das ist ein Haus, das ziemlich eng und voll ist mit sehr unterschiedlichen Charakteren und Anschauungen von Mitarbeitern, die auch oft ihre Mauern haben, kommt mir vor, als wenn das der entspannte Teil der Landschaft sei, fürs erste.“

„Der Störfaktor Stress ist ein Thema. Die Mitarbeiter kommen mir alle bemüht vor, das schön zu finden, aber dem einen tun die Schultern weh, der andere sieht Feuer brennen, ja das mit dem Feuer und der Palisadenwand, das fand ich also sehr als Abschottung.“

„Die Geschichte mit dem Dorf, die hat mir Angst gemacht, das Feuer war zwar ruhig, das war für mich zu widersprüchlich.“

„Ich empfand das ähnlich, dass die Störfaktoren deshalb auftreten, weil wenig Intimität möglich ist, also wenig Möglichkeit besteht, auszuweichen und sich zurückzuziehen. Einer hat keine Probleme mit Nähe und Distanz, eine kann sich nicht entziehen, und einer versucht sich abzugrenzen und einer hat die Palisaden. „Zum Teil habe ich das auch positiv gesehen, ich habe hier mein Reich, macht mal da draußen.“

2.5 Zweite Sitzung: Die Erschließung von Ich-Patient-bezogenen Fantasmen

VP 4

Er habe zunächst als Assistent in der Tagesklinik begonnen, den Aufbau gemacht. Später habe er im Zuge der Auflösung des Haupthauses die jetzige Stelle bekommen.

Identifikation mit einem „Patienten“ in der Imagination

„der kam hierher, die Station war eine Baustelle, es war schon im Treppenhaus zu sehen, dass hier alles noch nicht fertig ist, es ging um Kaffee und wie man Kaffee organisieren kann und der erste Eindruck war, was soll ich hier auf der Baustelle?“

Dann stand ich (jetzt in der Vorstellung, der Patient zu sein) rum und bekam gleich ein Metermaß und einen Zollstock in die Hand gedrückt und sollte was basteln und musste auch noch mal runter ans Auto, mein Werkzeug holen, weil hier nicht genügend Werkzeug da war. Ich hab dann sehr schnell angefangen, mit anderen einen Schrank zu bauen und ich war in der Küche, aber das war alles noch leer und wüst, und dann ging es sehr schnell darum, dass das Aquarium aufgestellt werden sollte. Da kam 'ne kräftige Ergotherapeutin (andere als die jetzige) und ich dachte, huch, die ist aber nett, und ja, das war schon prickelnd. Es ging die ganze Zeit um Bauen, ich musste mitentscheiden und wollte dann auch mitentscheiden, wie groß, wie lang welche Sachen, da musste ich zwischendurch auch ins Dorf gehen und irgendwelche Sachen kaufen, weil das Zeug nicht da war...

Ich ging und alle gingen. Ich hab so auf das halbfertige Aquarium, den halbfertigen Schrank geblickt, und so ein Gefühl gehabt, morgen musst du wiederkommen und fertig machen. Weitermachen, es war ganz selbstverständlich, dazuzugehören.

Assoziative Ergänzungen

Zum Gefühl der Anfangsphase: Er erinnert sich an schöne Erlebnisse mit dem Aquarium. Die Fische hatten zeitweise Namen. Die Erinnerung an das Saubermachen des Aquariums, das sind für ihn chaotisch-schöne Tage. Es waren Erfahrungen von Autonomie, selbst gestalten,...

Zum Patienten: Er habe ihn insgesamt 2 1/2 Jahre betreut. Erst habe er sich gut entwickelt, dann wahnhaft-depressive Entwicklung. Später habe sich der Patient suizidiert. Nach der stationären Entlassung, noch vor der geplanten Verlegung in die Tagesklinik habe er sich totgefahren.

Reflexion

Er habe Konflikte bisher als „Bewegung“ empfunden, gekennzeichnet durch Umbrüche; zeitweise Unzufriedenheit konnte zu größerer Nähe untereinander führen. Dagegen steht jetzt das Gefühl, älter zu werden und der Wunsch, seine Familie zu stabilisieren, sich einzurichten, keine ständige Unruhe zu erleben.

Ich-Patient bezogener Fantasmus

Aus den Äußerungen dringt eine hohe Bereitschaft, etwas „Konstruktives“ und „Sinnhaftes“ zu leisten, weil sich dann ein Gefühl von „selbstverständlich zugehörig“, vielleicht auch „sich vollwertig fühlen“ einstellen kann. Dem (vermutlich bedrohlichen) Aspekt von Ungebundensein soll etwas entgegen gesetzt werden. Die durch den imaginierten Patienten ausgelöste Angst vor Bindungsverlust (durch Suizid) und die berichteten (patientenbezogenen) Behandlungsangebote stehen in einem fantasmisschen Zusammenhang.

VP 5

Sie arbeite hier seit 2003. Sie komme nicht aus dem Fach. Vorher habe sie in der Geriatrie gearbeitet. Es war eine spontane Entscheidung, nach dem Erziehungsurlaub.

Identifikation mit einem „Patienten“ in der Imagination

Ich sehe mich im Gelände im Flur unten, ... bevor ich in das Informationszimmer gehe und dann sitze ich dort und dann soll ich erzählen, warum ich gekommen bin, das macht mir aber Angst, das zu erzählen. Ich schäme mich auch, das zu erzählen vor diesen fremden Leuten. Dann stellen sich mir ganz viele Leute vor, ja und dann ... komme ich in die Küche, da sitzen dann ganz viele Leute und ich kann gar nicht unterscheiden, wer ist Patient, wer ist Personal. Fühle mich sehr verloren ... und eigentlich läuft alles so, was ich sehe, so wie im Film vor mir ab, also ich kann gar nicht, ...fühle mich so unbeteiligt, ja und dann sehe ich mich zum Schluss eigentlich so auf der Treppe stehen, draußen vor dem Gebäude und überlege, ob ich da wieder hingehen soll, weil ich mich halt so verloren gefühlt habe.

Assoziative Ergänzungen

Zur Patientin: Ich hab mir eine Patientin ausgesucht, die große Angst hat: Eine relativ junge Patientin, Mitte 20. Sie hatte ein kleines Kind. Sie habe die Diagnose „Manisch-depressiv“ gehabt. Während des Aufenthaltes hier sei sie depressiv gewesen.

Die Gefühle seien die gleichen, die sie hier anfangs hatte: fremd und verloren. „War so ein Eindruck, ein Schamgefühl, weil so fremd.“

Zu ihrem ersten Tag: Sie selbst wurde nicht herum geführt, ihr wurde nichts gezeigt. Sie sollte sich zum Frühstück dazu setzen. Dann musste sie den Vormittag herum kriegen. Früher war sie mit konkreten Pflegetätigkeiten beschäftigt. Zuhause berichtete sie: „Ich weiß gar nicht, was ich dort machen kann.“ Sie habe sich nach dem ersten Tag gefragt, ob sie noch mal hingehen solle. Jetzt fühle sie sich hier sehr wohl.

Sie habe inzwischen gelernt, ihren Freiraum zu nutzen. Sie habe das Ihre gefunden, ohne überfordert zu sein, das gefalle ihr. Durch Rückhalt im Team würde keine Überforderung entstehen. Das Konzept: Der Patient soll Freiraum haben und die Woche selbst planen, ohne gebunden zu sein.

Ich-Patientbezogener Fantasmus

Der Fantasmus steht eventuell im Zusammenhang mit Beschämen oder beschämt werden. Es geht um Schambewältigung bei gleichzeitiger unüberwindlicher Angst, Kontaktangebote anzunehmen. Behandlungsvorstellungen gehen in die Richtung, dass Patienten die Erfahrung von Alltagsbewältigung machen sollen, wie z.B. morgens im Schwimmbad, wo einige Patienten befreiend gelacht haben und sehen konnten, dass es (die Alltagsbewältigung) wieder funktioniert. Wäre das Lachen möglicherweise als von Scham befreiend zu verstehen? Den Zwischenfall, als ein Patient Panik bekam, habe sie mit einer Kollegin gut gemeistert.

VP 6

Sie habe Fotografie gelernt. Sie wolle in einem Jahr Sozialarbeit studieren. Sie biete hier eine Frauengruppe, Fotoworkshop und Ergo an.

Identifikation mit einem „Patienten“ in der Imagination

.. Ich mache die Tür auf, sehe auf dem Flur ein paar Leute und ganz viele Leute in dem Raum vor mir, traue mich nicht rein zu gehen... Es ist sehr laut, sehr voll. Ich kann keinen klaren Gedanken fassen, was ich jetzt weiter machen soll, werde dann irgendwann von irgendjemandem angesprochen.

Ich setze mich an den Tisch der frei ist, dort wo keiner sitzt, am Rand, bekomme Kaffee angeboten, möchte mich am liebsten unsichtbar machen.

Die vielen Leute machen mich fast wahnsinnig. Ich würde am liebsten wegrennen. Ich bin wie gelähmt und warte ab, was passiert ... aber meine Angst wird nicht weniger...

Bin dann irgendwann im Ergoraum. Dort ist es schön freundlich und hell. Ich kann mich da ein bisschen zurückziehen, weil der Raum sehr groß ist und die Ergotherapeutin gibt mir Mut und ein Gefühl von Freundschaft, gibt Vertrauen...

Ich schleppe mich irgendwie über den Tag hinweg, hm, als ich raus gehe, drehe ich mich noch einmal rum, sehe wieder das große Haus, habe Angst vor dem nächsten Tag und überhaupt auf die nächsten Tage, weiß nicht, wie ich das ... hinter mich bringen soll, bin aber sehr froh, dass trotzdem jemand da ist.

Assoziative Ergänzungen (im Einzelinterview)

Sie habe als Kind Ängste gehabt, wollte im Kindergarten in die Gruppe der älteren Schwester. Sie habe sich z.B. nicht getraut, über einen Bach zu springen.

Zur Angst: Sie habe nur den Hauptschulabschluss und hätte sich damals in der neuen Familie minderwertig gefühlt.

Zur Bedeutung der Zugehörigkeit zum Team

Das Team gebe ihr Raum und Verständnis. Das gelte auch gegenüber den Patienten. Es werde Rücksicht auf Gefühle genommen. Sie spüre hier ihre Kraft und ihr Selbstbewusstsein im Gegensatz zur Lähmung. Hier habe sie gelernt, vor einer Gruppe zu reden, Gefühle von andern wahrzunehmen und sich reinzufühlen.

Ich-Patient bezogener Fantasmus

Der Fantasmus umfasst die Erfahrung der Lähmung und des sozialen Rückzugs aufgrund von Minderwertigkeitsängsten, von sich nicht trauen, über einen Bach zu springen bis zur mutigen Überwindung dieser Ängste und der selbstbewußten beruflichen Umsetzung sozialer Sehnsüchte, wenn sich „eine große Schwester“ findet, die ihr eine Brücke baut.

VP 7

Sie habe zuerst Kinder bekommen, habe dann einen kaufmännischen Beruf ausgeübt, und anschließend in der Studentenorganisation einer Kunsthochschule gearbeitet. Vor 10 Jahren sei sie in den Westen „gewechselt“ und über das Arbeitsamt zu ihrem jetzigen Beruf gekommen.

Identifikation mit einem „Patienten“ in der Imagination

Ich komme zum erstenmal hierher und gehe die Treppe hoch, fahre nicht mit dem Fahrstuhl und es erscheint mir irgendwie so endlos und ich erwarte eine Klinik, clean und steril, und komme in keine Klinik, es ist alles bunt, laut, viele Menschen, ich gehe durch mehrere Türen, irgendwie gehe ich in so eine Sackgasse, komme in ein relativ cleanes Zimmer, werde dort begrüßt, freundlich aufgenommen.

Ich werde von einer weiblichen Person an die Hand genommen und durch die Räume geführt, sehe kaum weiße Flecke an der Wand. Es ist überall irgendwas und wie gesagt, die bunten Menschen. Ich werde in die Küche geführt und niemand scheint auf mich zu achten, es scheint selbstverständlich, dass ich da bin.

Ich fühle mich aber fremd und ein bisschen verloren. Mir ist ganz elend, ich fühle mich schlecht und kann mit dem Tumult, der da überall ins Zimmer dringt, nichts anfangen, das macht mir Angst. Ich frage, ob ich mich zurückziehen kann, ob es einen Raum gibt, wo ich ein bisschen für mich allein sein kann, und die weibliche Person zeigt mir einen Raum, der auch voll ist mit Dingen, aber wo ich allein sein kann. Das gibt mir Sicherheit, dass ich das darf, dass meine Angst akzeptiert wird. Ich möchte allein sein dort, und bin auch allein und komme irgendwann wieder raus, möchte aber nicht mit essen.

Ich setze mich in die Runde und beobachte das Geschehen. Mir geht's jetzt ein bisschen besser, niemand drängt mich zu irgendwas. Alle sind sehr freundlich, lächeln mir zu, aber lassen mich...

Ich gehe wieder zurück, der Tag ist beendet, und ich möchte gern wiederkommen. Der Blick zurück war sehr gut und „wässrig“. Ja, „wässrig“, es war so bunt und glänzend, also ein wässriger Glanz.

Episode eines geglückten Patientenkontaktes (Einzelinterview)

Ein Patient, der hierher kam, sehr depressiv und verängstigt war, konnte nicht im Raum mit anderen sein. Ich bin auf ihn zugegangen, mich vorstellen. Er ist zurückgeschreckt. Der Patient ging eine Woche lang eigene Wege. Sie habe 3-4-mal Kontakt versucht. Er habe abgelehnt. Sie sei gelassen geblieben, habe aber beobachtet, dass er beim Arzt sehr geweint hat.

Vor dem Frühstück habe sie ihn dann nochmals angesprochen. Ihre „Dekupiersäge“ habe nicht funktioniert. Darauf habe er erzählt, was er gearbeitet habe: er war Maschinenbauleiter und hatte viel Verantwortung. Seit einem Jahr sei er krank geschrieben, er sei „gemobbt“ worden. Er konnte das nur kurz berichten – „war zu verzweifelt.“

Sie habe sich dann mit an den Tisch gesetzt und über das Thema „Arbeit“ ein Gespräch geführt. Jetzt will er ihr als nächstes etwas über Metallbearbeitung erklären. Sie versuche, in seine Lehre zu gehen. Seitdem sei er ihr gegenüber immer präsent. Er habe Utensilien mitgebracht und zeige andern Patienten etwas. Er sei jetzt bei der Sache, könne aber noch nicht über sich reden.

Diskrepanzerfahrungen

Für sie sei es schön, so arbeiten zu können, jemanden „abzuholen“. Sie habe aber Schwierigkeiten mit Patienten, die „pädagogische Führung“ bräuchten. Einer der Patienten, ein Gewalttäter, suche bei ihr z.Z. Hilfe und wolle, dass sie ihn straff fordern solle, damit er Vereinbarungen einhalten könne.

In einem assoziativ-reflektorischen Prozess berichtet sie weiter von der liberalen Atmosphäre im Elternhaus und dass sie heute bedauere, das Klavierspielen nicht gelernt zu haben, weil sie nicht entsprechend gefordert wurde. Sie wisse aber auch nicht, wie sie reagiert hätte, wenn ihre Eltern sie mehr gefordert hätten.

Das Interview führt abschließend zum Thema „Gegenübertragungsbereitschaft und therapeutischer Möglichkeitsraum“: Im Falle des „Maschinenbauleiters“ gelingt ihr die Gestaltung einer Szene durch Rollenübernahme in der Gegenübertragung, im Falle des „Gewalttäters“ erscheint die VP durch die Angst blockiert, in eine bedrohliche Interaktion verwickelt zu werden (s. auch B. Oberhoff, 2002).

Diese Diskrepanzerfahrung werde ich unter Punkt 3 nochmals aufgreifen um ein mögliches Vorgehen in der Fallsupervision zu beschreiben.

2.6 Wie reagiert das „Reflecting-Team“ auf die aus der Patientenperspektive gewonnenen Imaginationen?

Diskrepanzen

„Aufgefallen, wie einfühlsam die Schilderungen sind, das Zuhören war spannend. Ich war auf zwei Ebenen: Die Geschichten haben mich in spannende Kurzgeschichten entführt, danach bin ich auf die Ebene als Mitarbeiter zurückgebracht worden.“

„Alle hatten große Angst, jede Menge Türen da und ein unendlich langer Flur, den hat jeder erwähnt. Gefühl der Fremdheit, Gebäude und Stockwerke.“

„Jeder hat Probleme, Personal und Patienten zu unterscheiden.“

Spontane Impulse zur Diskrepanzminderung

„Angst, Fremdheit, ungewohnte Umgebung, das kommt, ... ich denke, das liegt am ersten Tag. Aber wir haben halt immer nur 1 oder 2 oder 3 Patienten am ersten Tag.“

„Ich konnte eigentlich bei jedem mitgehen.“

„Mir kommt die Idee, Paten einzuführen, dann brauche ich mich als Patient nicht verloren zu fühlen, der kann mir sagen wer Mitarbeiter ist, dem gehöre ich, ob das durch Namensschilder zu lösen ist, weiß ich nicht.“

„Ich als neuer Mitarbeiter bin unsicher, wer kennt wen, von früher her, wünsche mir deshalb Rituale, z.B. eine Vorstellungsrunde.“

„Der Einzelne geht verloren im laufenden Betrieb, mit Kaffee geht das nicht. Patienten brauchen viel Orientierung.“

„Plädiere dafür, Defizite bestehen zu lassen, die Geschichten, die wir gehört haben, lassen das zu. Alle wollen wieder kommen. Kein Perfektionismus, am ersten Tag nicht alle Unklarheiten beseitigen wollen. Zu Namensschild: ich finde es gar nicht schlecht, nicht zu wissen, wer wer ist, es ist auch gar nicht unangenehm.“

2.7 Welche Wünsche äußert das „Imaginations-Team“ aus Patientenbezogener Perspektive?

Reaktionen der Teilnehmer an der Imagination „Identifikation mit Patient“

„Der Vorschlag der Namensschilder erscheint mir als Ausdruck von Angst. Ohne Hierarchie fühle ich mich als Patient mehr aufgenommen. Orientierung ergibt sich durch liebevolle Atmosphäre.“

„Vorschlag für ein Ritual: erst Kaffee, dann Gespräch allein, dann Programmvorschlag, Erklärung, was hier geschieht, dann einzelne Räume kennen lernen: erst grobes Wissen und Sicherheit spüren.“

„Mir ist wichtig gewesen, dass ich auf der Handlungsebene beteiligt war. Mehr die Frage, mit jemandem überlegen können, soll's 1 m oder 1,20 m lang sein.“

„Ich hab mich sehr verloren und einsam gefühlt, die Möglichkeit, den Handlungsablauf zu verstehen, hätte mir geholfen. Fragen konnte ich niemandem stellen, wusste nicht, was gut für mich ist.“

„Klarheit und Überblick zu bekommen, schafft Sicherheit. Für mich war wichtig: Was „Konkretes“, nicht so ein „Gequatsche.“

„Die Übersichtlichkeit morgens in dem einen Raum ist schon gegeben, es ist familiärer als in einer Kurklinik, aber es fehlt ein Rückzugsraum.“

„Ich fand es schön, dass ich auch krank sein durfte, ich will nicht überschüttet werden mit Struktur.“

3. Exkurs: Fallsupervision im Organisationskulturkonzept

VP 7 berichtet im Nachgespräch am deutlichsten ein persönliches Ordnungsdefizit, gleichsam eine Anfrage nach Supervision. Zum einen ist sie unsicher wegen des „Rollenwechsels“ mit dem „Maschinenbauleiter“, zum andern hilflos gegenüber dem „Gewalttäter“. Hier der Versuch, eine „neue Ordnung“ herzustellen:

Im Umgang der VP mit den beiden o.g. Patienten zeichnet sich m.E. ein doppelter Reflexionsbedarf ab, und zwar im Sinne einer Selbsterfahrung auf dem Hintergrund der Teamzugehörigkeit und einer Behandlungsstrategie im Hinblick auf das Patientenverständnis. Die Therapeutin lässt sich im Interesse des Patienten auf eine fiktive Rolle ein, vergleichbar der „ethnopsychoanalytischen Einstellung“ gegenüber der fremden Kultur. Dazu benötigt sie aber eine Rückversicherung über ihre Ich-Identität durch ihre Bezugsgruppe, z.B. im Rahmen der Supervisionsgruppe. Diese Gruppe sollte ihr eine Klärung ermöglichen, etwa im Sinne eines szenischen Verstehens, über die Funktion, die sie im fiktiven Raum, durch ihre Gegenübertragungsbereitschaft, für den Patienten übernommen hat, und darüber hinaus, in wie weit sie mit dieser Intervention im Einklang mit den Zuständigkeitsregelungen und Behandlungsgrundsätzen der Einrichtung steht.

Im Hinblick auf obige Beispiele verhilft die Therapeutin, VP 7, m.E. dem „Maschinenbauleiter“ zu einer narzisstischen Restitution, indem sie ihm ermöglicht, sein früheres Handlungspotential und den Fantasma der „pädagogischen Führung“ zu erleben, während sie ihrem „Kind-Ich“ diese entbehrt Instanz zukommen lässt. Die Supervision hätte sie in die Lage zu versetzen, nicht in dieser Rolle verharren zu müssen. Das therapeutische Handlungspotential wird dadurch erweitert, dass die fantasma-bedingte Bereitschaft, gegenüber dem Patienten die Rolle der Schülerin anzunehmen, erkannt und für die Behandlung funktionalisiert werden kann.

Dieser Prozess (der Symbolreflexion) erscheint aufgrund der geschilderten Episoden und Reflexionen gut vorstellbar, so dass die VP in einem weiteren Schritt für sich selbst und auch für den „Gewalttäter“ die Rolle der „pädagogisch Führenden“ übernehmen kann, auch darin nicht verharrend.

In dieser denkbaren Rollenflexibilität bzw. Symbolreflexivität wiederum könnte sie für die beiden Patienten und für die Teilnehmerinnen der Supervisionsgruppe ein Modell bilden, ein Modell für ein autonomes und dennoch dem kulturellen Rahmen angemessenes Handlungspotential.

4. Aggregation der Befunde: Einordnung der Befunde in das Konstrukt „Kultur“

Eine Frage der Untersuchung bestand darin, zu klären, inwieweit die symbolische Handlungstheorie dazu verhilft, eine „Organisationskultur“ phänomenologisch zu beschreiben und zu erkunden. Die anfangs zitierte Definition des Konstrukts „Kultur“ stellt dafür ein umfassendes Ordnungsgerüst dar, in das ich zunächst versuchen werde, die Befunde einzuordnen. Wie sich zeigt, ist dieses Vorgehen von großem Nutzen, denn unter allen Teilaspekten der Definition finden sich Diskrepanzen oder Unklarheiten, die eine an der Organisationskultur orientierte Supervision zu klären hätte.

4.1 Die Mitarbeiter als kulturelle Gruppe strukturieren ihren Handlungsraum, setzen z.B. Grenzen und bestimmen „Verhaltensorte“ für spezifische Tätigkeiten:

Anhand der Äußerungen entstand bisweilen der Eindruck, als ob die Mitarbeiter mit den Patienten eine gemeinsame kulturelle Gruppe in einem gemeinsamen Handlungsraum bilden wollten. Die Grenzen erscheinen „gewollt“ verwaschen, wenn es um Bauen von Schränken, Aquarium und Werkzeug geht oder um die Unterscheidung von Mitarbeitern und Patienten. Aber wozu sollen sich die Patienten „ganz selbstverständlich zugehörig fühlen“, wenn sie nach Ablauf der Behandlungszeit die Tagesklinik verlassen müssen oder dürfen?

Die Konfrontation mit den Imaginationen führt zu kontrovers diskutierten Vorschlägen wie Namensschilder, Paten, Rituale, Rückzugsraum.

Zur Frage, wie die Patienten mehr Orientierung in der Klinik finden können, werden Gegensätze konstruiert zwischen „Hierarchie“ und „liebvoller Atmosphäre“ oder „konkretem Handlungsbezug“ und „Gequatsche“.

Abgrenzungen und Zuständigkeiten zwischen den Mitarbeitern und den verschiedenen Berufsgruppen und Funktionsträgern waren nicht Gegenstand dieser Untersuchung und treten in den Befunden nicht in Erscheinung.

4.2 Die kulturelle Gruppe strukturiert die Handlungszeit: Perioden des Tages oder des Jahres, denen Tätigkeiten zugeordnet werden, zeitliche Handlungskoordinationen, Zukunftsvorstellungen und -planungen:

Dieser kulturprägende Aspekt wurde von den Mitarbeitern rückblickend vor allem in der sog. Pionierphase als zufrieden stellend erlebt, als Patienten und Mitarbeiter an Planung und Einrichtung der Tagesklinik beteiligt waren. Inzwischen werden durchgeführte Aktivitäten mit Patienten einerseits als „Zeitvertreib“ und „Beschäftigungstherapie“ erlebt. Andererseits erfordert die Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe der Patienten Zeitplanungen, die mit den von außen vorgegebenen Behandlungszeiten häufig nicht zu vereinbaren sind. Die zwangsläufig auftretenden negativen Konsequenzen schwächen das gemeinsame Handlungspotential.

4.3 Die kulturelle Gruppe umreißt „Handlungsbereiche“, Komplexe von aufeinander bezogenen Handlungen, die koordinierten Zielsetzungen dienen:

Beispiele für aufeinander bezogene Handlungen tauchen eventuell aufgrund der Vorgaben in den Imaginationen nicht auf. Bei der imaginativen Darstellung des eigenen Arbeitsbereichs hätte dennoch die Möglichkeit bestanden, auf koordinierte Formen der Zusammenarbeit hinzuweisen. In einer Gruppenimagination wären diesbezügliche Befunde eindeutiger zu erheben.

In den (nicht dargestellten) Episoden wird zum Teil von gutem Krisenmanagement berichtet und von Rückhalt im Team, wenn es um Fragen des Umgangs mit Konflikten zwischen Patienten geht.

Dagegen klagt VP 2 über unterschiedliche Einschätzungen von Patienten, die nicht ausdiskutiert werden und VP 3 wünscht sich mehr Unterstützung bei der Einführung in den Arbeitsbereich.

4.4 Ein die „Organisationskultur“ kennzeichnender Aspekt wären gemeinsame Wertvorstellungen, z.B. über den Umgang mit Patienten und welche Gefährdungen dem entgegenstehen:

Dieses Kriterium beschreibt genau jenen Aspekt der Organisationskultur, der in der vorliegenden Untersuchung einer genaueren Betrachtung unterzogen wurde. Deshalb soll nun zunächst der Versuch unternommen werden, ein handlungsleitendes Mythem der Einrichtung vorläufig, hypothetisch zu formulieren. Dazu fasse ich solche, in den beiden Sitzungen und den Interviews abgegebenen Äußerungen zusammen, in denen die Art und Weise angesprochen wurde, in der etwas getan werden *soll*, einschließlich der zugehörigen Begründungen und Rechtfertigungen:

Mythem

Das Team bildet eine Arbeitsgemeinschaft mit Freizeitwert. Es gibt den Patienten Raum und Verständnis. Die Mitarbeiter machen mit den Patienten etwas Schönes oder etwas Lebens-Praktisches, etwas das alle berührt, möglichst ohne Stress. Die Patienten sollen hier eine hilfreiche Beziehung erleben und über gemeinsame Gestaltungen, z.B. des Raumes, den Bezug zu Menschen und Dingen und zu sich selbst festigen. Dazu gehört auch lachen, sich am Ergebnis freuen und lernen, Gefühle von andern wahrzunehmen und sich einzufühlen.

Die Patienten sollen auch Freiraum haben und die Woche selbst planen, ohne gebunden zu sein. Durch Rückhalt und Anbindung an die Tagesklinik soll eine Überforderung vermieden werden. Die Fähigkeit zu improvisieren kann man an die Patienten weitergeben. Die Patienten sollen erleben, dass Alltagsbewältigung wieder funktioniert. Der Patient kann so seine Kraft spüren und sein Selbstbewusstsein wiedergewinnen, im Gegensatz zu seiner Lähmung.

Der Kontakt zu Patienten erfordert von den Mitarbeitern Rollenflexibilität. Schwere Belastungen, z.B. Re-Traumatisierungen und Suizide von Patienten, bewältigt das Team gemeinsam.

An diesem Anspruch etwa messen sich die Mitarbeiter des Teams. Nach den Worten einer Mitarbeiterin besteht ein allseitiges Bemühen, „das“ schön zu finden und in lieben Worten zu beschreiben.

Der supervisorische Anspruch bestünde speziell darin, Diskrepanzen zwischen individuell handlungsleitenden Fantasmen der Teammitglieder und dem mehr oder weni-

ger verinnerlichten Mythem heraus zu arbeiten und die Teilnehmer der Supervisionsgruppe zu einem geeigneten Zeitpunkt, etwa im Verlauf einer Fallbesprechung, mit den daraus resultierenden Ordnungsdefiziten zu konfrontieren, bzw. erschlossene Zusammenhänge im Sinne eines Deutungsangebotes zu unterbreiten.

So versuche ich als nächstes, die vorliegenden, hypothetischen Fantasmen zusammenzustellen und sie danach zum oben formulierten Mythem in Beziehung zu setzen.

5. Die Dynamik zwischen Mythem und Fantasmen

Die aktuellen Diskussionen der Tagesklinik-Mitarbeiter zu Themen wie „Kommunikation und Informationsfluss“ oder „Wer verantwortet die Umsetzung von Benanntem?“ werden nach eigenem Bekunden oft als fruchtlos erlebt. Da nach solchen Diskussionen, wie sie möglicherweise auch in Teamsupervisionen oder Arbeitsgruppen laufen, nicht die gewünschten Veränderungen eintreten, besteht neuerdings auch unter Supervisoren ein verständlicher Wandel im Selbstverständnis dahin gehend, lieber „...Führungskräfte (darin) zu unterstützen, ihre Funktion und Position im Sinne klarer hierarchischer Muster konstruktiv auszugestalten“ (A. Schreyögg, 2003).

Wenn es aber darum gehen soll, das Handlungspotential einer kulturellen Einheit zu aktivieren, zu koordinieren und zu stärken, so sind nach handlungstheoretischem Verständnis in jedem Falle Bedingungen zu schaffen, die es dem einzelnen Mitglied der kulturellen Gruppe erlauben, den persönlichen Motiven seines beruflichen Handelns nachzuspüren, sie zu „reflektieren“, um sachlich gebotene Einbindungen oder Anpassungen im Sinne einer persönlichen Entwicklung vollziehen zu können.

Wie sich bei der weiteren Betrachtung der erhobenen Befunde zeigen wird, können Diskrepanzen zwischen den wirksamen, aber meist nicht bewussten Anforderungen des Mythos und den persönlichen, ebenfalls oft nicht bewussten „Ich-Sollwerten“ (Fantasmen) nur schrittweise erschlossen werden. Als zielführend erwiesen sich in dieser Untersuchung zunächst die Rückmeldungen der zum Reflecting-Team funktionalisierten Mitarbeiter.

Im Folgenden zeichne ich den Reflexionsprozess in den beiden Sitzungen und in den Interviews nach, zunächst das „berufliche Selbstverständnis“ der Mitarbeiter, danach das „zu behandelnde Subjekt“, die Patienten betreffend:

5.1 Fantasmen zur beruflichen Tätigkeit, unterschiedlich integriert in psycho-soziale Kompromissbildungen

„Den Patienten keine Gefühle entgegenzubringen, wie es das „klassische Patientenverhältnis“ (der Würzburger Schule) forderte, war (aus heutiger Sicht) eine Sünde.“ In das heutige berufliche Handeln von VP 1 fließt die Vorstellung ein, diese Sünden „ausbaden“ zu müssen, als jemand, der wieder gut zu machen hat. In diesen Äußerungen des fantasmischen Systems sind Konzessionen an die Erwartungen wie sie im Mythem formuliert wurden, schon eingearbeitet. So ist dem Mythoselement, „den Patienten auf einer Ebene zu begegnen“ und der praktischen Umsetzung, z.B. durch gemeinsame Schwimmbadbesuche, das fantasmische Element der Wiedergutmachung inhärent.

„Mein Interesse gilt speziell den Autonomiebestrebungen der Patienten.“ Wenn VP2 (mutig und mit Feuer) über Grenzen geht, löst er Angst aus und wird „fürsorglich zurückgepfiffen.“ „Sein“ Patient wurde, nachdem er die Frauen in der Tiefgarage beobachtete, vermutlich wegen befürchteter Überforderung seiner Affektregulation und in Ermangelung einer anderen Lösung mit Medikamenten gedämpft. Für VP 2 rührt dies an einen eigenen, leidvoll erlebten Konflikt. Die kulturelle Einheit steht hier vor der Aufgabe, für die weitere Arbeit des Mitarbeiters mit dem Patienten mit ihm eine integrierende, noch zu entwickelnde Perspektive bzw. Ordnungsvorstellung zu erarbeiten.

„Guck, dass Du zu den Patienten das richtige Verhältnis behältst, also dass Du Dich da nicht reinziehen und dann vereinnahmen lässt.“ VP 3, ein neuer Mitarbeiter, versucht mit musikalischen Kontaktangeboten und der Bitte, gemeinsame Begrüßungsrituale einzuführen, einem ansonsten zu befürchtenden Beziehungsmuster der Patienten zu entgegen. Die fantasmischen Ängste, „sich da nicht reinziehen zu lassen“ lassen sich mit der normativen Vorgabe des Mythos vereinbaren, der besagt: den Patienten sollen nicht alle Arbeiten abgenommen werden.

5.2 Das Reflecting-Team deckt Diskrepanzen zwischen Mythem und subjektiven Konstrukten beruflichen Handelns auf

Wie von Seiten des Reflecting-Teams nach Anhörung der Imaginationen empfunden, besteht unter den Mitarbeitern der unterschiedlich zugelassene (aber nicht offen eingestandene) Wunsch, sich abzugrenzen. Diesbezügliche Regelunsicherheit könnte ein Grund sein für ungeklärten Stress und Störungen. Aus analytischer Perspektive wäre hier an das Konzept der Symptombildung zu denken. Im Stress würden sich die Komponenten von Abwehr und Abgewehrtem finden. „Stress und Störungen“ bewirken so gesehen auch eine Art von Abgrenzung, ohne dass jemand dafür die Verantwortung übernehmen müsste, also ohne Eingeständnis des Abgrenzungswunsches und seiner Ursachen.

Die nach Ansicht des Reflecting-Teams in den Imaginationen zum Ausdruck kommenden „Abgrenzungswünsche“ stellen sich in den Fantasmen versteckter, aber auch differenzierter dar. Die Sichtweise des Reflecting-Teams kann unter supervisorischer Begleitung genutzt werden, Diskrepanzen zum oben formulierten Mythem, das keine Abgrenzungen vorsieht, verschärft in den Blick zu rücken.

Bezogen auf obige Befunde wäre etwa zu fragen:

- Wie weitgehend bin ich mit dem Mythos identifiziert? Woran kann ich es bemerken?
- Wann spüre ich den Wunsch, mich abzugrenzen? Was befürchte ich, wenn ich es tue?
- Nach welchen allgemein gültigen Regeln könnte dem „Abgrenzungswunsch“ entsprochen werden?
- Wie kann jeder einzelne Mitarbeiter „gute“ Patientenbeziehungen gestalten und sich gleichzeitig von Patienten abgrenzen, ohne Stress, Schuldgefühle oder verschiedene Ängste zu erleiden?

- Wie kann ich in der Behandlung von Patienten das Gefühl von Eigenverantwortung bewahren ohne die Toleranzgrenzen von Kollegen zu verletzen?
- Wie lässt sich die Förderung der Autonomie eines Patienten mit Medikamentenvergabe vereinbaren?

Diese Fragen zielen auf eine Präzisierung und Veränderung des Mythos im Hinblick auf das bisher gefundene Ordnungsdefizit.

Der Versuch, diese Fragen nur auf rationaler Ebene zu diskutieren, würde wahrscheinlich eher zu einer Vermeidung der gewünschten Verarbeitungsprozesse auf Bedeutungsebene beitragen. Die zu leistende Arbeit erfolgt erfahrungsgemäß eher im Verlauf kreativer Prozesse in Gruppen, z.B. angeregt durch Gruppenimaginationen oder auch zirkuläres Fragen.

Die eigentliche Symbolreflexion wäre von jedem einzelnen Mitarbeiter in der Supervisionsgruppe im Zusammenhang mit einer diskrepant erlebten (Be-)Handlung zu leisten. Im Ergebnis wäre dann z.B. für VP 2 (Enttäuschung über Entscheidung zur Medikamentenbehandlung) ein für die kulturelle Gruppe erträgliches und damit erfolgreich erlebtes autonomes Handlungspotential zu wünschen.

Eine zufrieden stellende Bewältigung der Auseinandersetzung mit diesen Fragen würde das professionelle Handlungspotential der Gesamtgruppe stärken.

5.3 Ich-Patient-bezogene Fantasmen im Einklang mit Behandlungsideen

In der Imagination von VP 4 steht der „Patient“ eventuell für die eigene Erfahrung eines bedrohten Zugehörigkeitsgefühls. Es wäre naheliegend, wenn in die Behandlungsvorstellungen die persönlichen Bewältigungsmuster des Zugehörigkeits-Bedrohtheits-Fantasmas einfließen würden. VP 4 gehört zu den Gründungsmitgliedern der Einrichtung und sieht seine persönliche Entwicklung vom Kreativ-Chaotischen zum Fürsorglich-Bewahrenden eng verknüpft mit der Entwicklung der Einrichtung. Er wird vermutlich den Patienten einen großen Spielraum bzgl. des Erlebens von Zugehörigkeit gewähren und bewahren wollen.

In der Imagination von VP 5 werden eine Beschämung und deren Bewältigung beschrieben. In den erschlossenen Fantasmus fließen persönliche Erfahrungen der Schambewältigung ein. In ihren Behandlungsvorstellungen betont VP 5, jeder müsse seine Erfahrungen selbst machen.

Der Ich-Patient-bezogene Fantasmus von VP 6 bezieht die Erfahrung der Lähmung und des sozialen Rückzugs aufgrund von Minderwertigkeitsängsten ein. In ihn fließen Erfahrungen ein des „sich nicht Trauens, über einen Bach zu springen“ bis hin zur mutigen Überwindung dieser Ängste und der Übernahme einer Berufsrolle vor dem Hintergrund des Angenommenseins durch das Team.

Die Umsetzung Ich-Patient-bezogener Fantasmen in der Behandlung wurde für VP 7 unter Punkt 3 etwas ausführlicher dargestellt. Ihr gelang die Kontaktaufnahme über die „Sehnsucht“, sich vom Patienten (und vom Untersucher) etwas zeigen oder erklären zu lassen und über die Erfahrung, allein sein zu dürfen.

Unreflektiert können diese Fantasmen, vergleichbar mit persönlichen Sehnsüchten, auch unangemessene ineffektive Behandlungsstrategien oder Stagnation hervorbringen. Als weitere Folgen müsste auch mit unbemerkter Beschämung oder sonstigen Überforderungen von Patienten gerechnet werden. Treten auf Patientenseite nicht die erwarteten

bzw. ersehnten Effekte ein, entsteht dadurch eine ständige Schwächung des Handlungspotentials der kulturellen Einheit.

5.4 Das Reflecting-Team deckt erneut Diskrepanzen auf, diesmal zwischen Mythem und Fantasmen, den Kontakt mit Patienten betreffend

Wie die Teilnehmer des Reflecting-Teams in der 2. Sitzung bemerken, hatten fast alle Teilnehmer der Imaginationsgruppe große Angst oder ein Gefühl der Fremdheit und fehlender Orientierung, als sie sich (imaginativ in der Identifikation mit einem Patienten) erstmals in der Tagesklinik aufhielten: „Ich hab mich sehr verloren und einsam gefühlt, die Möglichkeit, den Handlungsablauf zu verstehen, hätte mir geholfen. Fragen konnte ich niemanden, wusste nicht, was gut für mich ist.“ „Der Einzelne geht verloren im laufenden Betrieb.“

Auch diesmal benennt das Reflecting-Team in einem unmittelbaren Symbolverständnis sowohl das beachtliche Einfühlungsvermögen der Kollegen als auch einen zweiten zentralen Aspekt, der in der Mythos-Perspektive negiert wird, in diesem Falle „die Angst (im Kontakt zwischen Mitarbeitern und Patienten).“

Die patientbezogenen Imaginationen lassen erahnen, dass die Nähe zum „inneren Patienten“ die Basis für Empathie darstellt und kreative und engagierte Behandlungs-ideen hervorbringt.

Wie in den assoziativen Ergänzungen zu ersehen, wurde für die Teilnehmer an dieser Imagination vermutlich auch so etwas erkennbar wie der oder die „Patient/in in mir“, so dass von daher aktualisierte Angst und der Wunsch nach Sicherheit verständlich wäre. Es wäre auch denkbar, dass die tägliche Konfrontation mit psychisch kranken Menschen „den inneren Patienten“ und die entsprechende Angst-Bewältigungs-Strategie ständig aktiviert.

Auch hier sind es also vor allem die der Abwehr unterliegenden Anteile des Fantasmas, die ein Diskrepanzerleben zum Mythos hervorrufen könnten.

6. Vorläufige Ergebnisse: Angst macht erfinderisch und erzeugt Abwehr

In den ersten Reaktionen der beiden Teilgruppen auf die erzählten Imaginationen war eine lebhaftere Verunsicherung zu spüren. Die Reflecting-Teams konnten in beiden Sitzungen das tabuisierte Thema benennen, das zum Mythosanspruch in Diskrepanz steht, – die Abgrenzungswünsche und die Angst bzw. Orientierungslosigkeit – und so den inneren und äußeren Reflexionsprozess dynamisieren. Ängste und Orientierungslosigkeit wurden zunächst den Patienten zugeordnet. Das Ausmaß der Ängste und das vorhandene Einfühlungsvermögen der Imaginierenden wurden überrascht zur Kenntnis genommen.

In der Identifikation mit den Patienten konnten die Mitarbeiter ihre von der bisherigen Aufnahmepraxis in der Tagesklinik abweichenden Wünsche deutlicher äußern, während die Mitarbeiter des Reflecting-Teams eher unsicher abwehrend und etwas ratlos wirkten. Alle waren danach aber bemüht, die freigesetzte Angst schnell wieder in den Griff zu bekommen.

Nach meiner Einschätzung passen die zunächst „aufgedeckten“ und nicht eingestandenen Abgrenzungswünsche nicht in das „offizielle Bild“, weil sie im Widerspruch zu den Anforderungen des Mythos stehen, die er bezüglich Behandlungszielen und ihrer Umsetzung mit den Mitteln der persönlichen Beziehungsgestaltung fordert. Die empfundenen Ängste auf Seiten der Patienten signalisieren ein drohendes individuelles und kollektives Scheitern. Die im individuellen Fantasma „gespeicherten“, Bewältigungsvorstellungen drängen in einer abwehrenden Funktion, unreflektiert, zur Umsetzung, bewirken einerseits Zufriedenheit, andererseits scheinbar unerklärlichen Stress.

Damit hat die Supervisionsgruppe als Reflexionsgemeinschaft ihr aktuelles „Ordnungsdefizit“ gefunden und thematisch eingegrenzt. Es bewegt sich auf den Dimensionen Empathie vs. Abgrenzung sowie Angstbewältigung vs. Hilflosigkeit.

7. Perspektiven für die Teamsupervision

Im weiteren Vorgehen gilt es, entwicklungsfördernde Interventionen zu kreieren, die es ermöglichen, die entdeckten „Tabus“ zu integrieren.

Konkret müsste nach den offensichtlichen Divergenzen wieder ein tragfähiger Konsens zur Frage angemessener Aufnahmemodalitäten gefunden werden. Der Mythos käme in einem kontinuierlichen Hin- und Her zwischen dem Entdecken oder Schaffen von Ordnungen und deren kritischer Betrachtung, eine der neuen Wirklichkeitssicht angegliche (assimilierte) Bedeutung.

Ein nächstes Ziel könnte darin bestehen, den Schutzraum der Supervision modellhaft nutzend, die Mitarbeiter an die Bearbeitung der eigenen (arbeitsbezogenen) Ängste heran zu führen, wobei die beschriebene Art der supervisorischen Konfrontation fantasemische Steuerungs- und Zielmuster bewusst machen sollte, die darin angelegten Widersprüche erfassen helfen und die progressive Transformation der ursprünglichen Fantasmen einleiten sollte. Dies würde gleichzeitig die Abhängigkeit vom Mythos reduzieren und käme einer Stärkung des autonomen Handlungspotentials gleich.

In einem weiteren Schritt könnten die Erfahrungen mit bedrohlichen Behandlungsverläufen und Patientenschicksalen offener und wirklichkeitsnäher konzeptualisiert werden. Fallarbeit käme einem „Durcharbeitungsprozess“ gleich. Dabei hat die Integrative Supervision die Chance, kreative Reflexionsprozesse auszulösen und zu fördern.

Integrative Supervision mit ihrem breiten Methodenspektrum würde, im Kontext der Organisationskultur, angelehnt an das Modell der Themenzentrierten Interaktion (TZI), das thematisch zu erarbeitende Ordnungsdefizit, die jeweiligen fantasemischen Bezüge der Mitarbeiter und die Anforderungen des Mythos immer wieder in ein kulturell sich wandelndes Gleichgewicht bringen wollen.

Anmerkungen

Ich danke den Mitarbeiterinnen der Tagesklinik für ihr Entgegenkommen und ihr Einverständnis zur Veröffentlichung der Untersuchung. Ein besonderer Dank gilt auch meinem langjährigen Kollegen Jerzy Jakubowski, der bereit war, mich mit dieser Untersuchung in das systemische Konzept seiner Teamsupervision zu integrieren.

Ein persönliches Motiv zur Durchführung dieser Untersuchungs-idee bestand für mich darin, Ernst E. Boesch als geschätzten Lehrer zu würdigen und seinen kulturpsychologischen Ansatz in die Diskussion zur Meta-Theorie einer Integrativen Supervision einzubringen.

Literatur

- Boesch, E.E. (1975). *Zwischen Angst und Triumph. Über das Ich und seine Bestätigung*. Bern: Huber.
- Boesch, E.E. (1976 (b)). *Psychopathologie des Alltags. Zur Ökopsychologie des Handelns und seiner Störungen*. Bern: Huber.
- Boesch, E.E. (1977). *Konnotationsanalyse. Zur Verwendung der freien Ideen-Assoziation in Diagnostik und Therapie*. Materialien zur Psychoanalyse und Psychoanalytisch orientierten Psychotherapie, 4. Lieferung, Sektion B: Schriften zur Technik, Heft 4, 20-72.
- Boesch, E.E. (1980). *Kultur und Handlung. Einführung in die Kulturpsychologie*. Bern: Huber.
- Boesch, E.E. (1981). Möglichkeiten und Grenzen psychotherapeutischen Handelns. In W-R. Minzel u. R. Scheller (Hrsg.), *Brennpunkte der klinischen Psychologie* (S. 11-38). München: Kösel.
- Boesch, E.E. (1983). *Das Magische und das Schöne. Zur Symbolik von Objekten und Handlungen*. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Boesch, E.E. (1991). *Symbolic Action Theory and Cultural Psychology*. Berlin: Springer.
- Boesch, E.E. (1992). Ernst Boesch. In Ernst G. Wehner (Hrsg.), *Psychologie in Selbstdarstellungen*, Bd. 3 (S. 67-106). Bern: Huber.
- Boesch, E.E. (1998). *Sehnsucht. Von der Suche nach Glück und Sinn*. Bern: Huber.
- Boesch, E.E. (2000). *Das lauernernde Chaos: Mythen und Fiktionen im Alltag*. Bern: Huber.
- Boesch, E.E. (2005). *Von Kunst bis Terror. Über den Zwiespalt in der Kultur*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Beumer & Sievers (2000). Einzelsupervision als Rollenberatung. Die Organisation als inneres Objekt. *Supervision* 3/2000, 10-17.
- Cottier, S.C. (2001). Imaginieren in der Team- und Fallsupervision. In: U. Bahrke, W. Rosendahl (Hrsg.), *Psychotraumatologie und Kathym-imaginative Psychotherapie*, (S. 425), Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Gagliardi, P. (1995). Organisationsentwicklung, organisatorischer Wandel und Cultural Change. *Organisationsberatung, Supervision und Coaching*, 7-14.
- Levi-Strauss, C. (1964). *Le cru et le cuit*. Paris: Plon.
- Möller, H. (1997). Was können Supervisoren von der Ethnopsychanalyse lernen? *Organisationsberatung, Supervision und Coaching*, 3, 285-293.
- Möller, H. (2001). *Was ist gute Supervision? Grundlagen, Merkmale, Methoden*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Oberhoff, B. (2002). *Übertragung und Gegenübertragung in der Supervision. Theorie und Praxis*. Münster: Daedalus.
- Petzold, H.G. (2002). Coaching als „soziale Repräsentation“ – sozialpsychologische Reflexionen und Untersuchungsergebnisse zu einer modernen Beratungsform. *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung*, 02, 3.

Schreyögg, A. (1991). Supervision. *Ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie & Praxis*. Paderborn: Junfermann.

Schreyögg, A. (2003). „Teamsupervision“ – ein Mythos? Ein kritischer Essay. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 2, 183.

Zum Autor:

Reiner Büch, Dipl.-Psych. Supervisor (BDP), Psychologischer Psychotherapeut.

Anschrift:

Bergstraße 57, 66129 Saarbrücken, E-Mail: r.buech@sb.shg-kliniken.de