

# sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Autorin: Edelgard Struß  
Seiten 8–15

## Psychische Erkrankung in Psychiatrie-Teams

**Zusammenfassung** Negative Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen spielen selbst in aufgeklärten und gut ausgebildeten Psychiatrie-Teams eine Rolle. Mitarbeitende aus dem psychiatrischen Feld unterscheiden sich hierin nicht prinzipiell vom Rest der Gesellschaft. Wird ein Kollege oder eine Kollegin psychisch krank, geraten die Teammitglieder im Umgang miteinander in eine eigenartige Zuspitzung. Das Tabu um psychische Krankheit landet dann nämlich auf der operativen Ebene der alltäglichen Arbeit und konfrontiert alle Beteiligten – auch mit sich selbst.

Es handelt sich hier um den Versuch, besonders interessante Aspekte und spannende Sequenzen aus einem supervidierten Gruppenprozess zu schildern, in dem die Teilnehmenden psychische Erkrankung von Kollegen oder Kolleginnen zum Thema machten. Um die Dynamik der Sitzung zu veranschaulichen, wird das Geschehen parallel unter zwei Gesichtspunkten geschildert. Zum einen wird von den Arbeitsergebnissen der Teilnehmenden bzw. der Gruppe berichtet. Zum anderen wird das Gruppengeschehen aus einer am ehesten als systemischen-phänomenologisch zu bezeichnenden Perspektive erläutert.

ISSN 0171 - 4538

**Verlag:** Psychiatrie-Verlag GmbH, Thomas-Mann-Str. 49a,  
53111 Bonn, Tel. 0228/725 34 0, Fax 0228/725 34 20  
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

**Erscheinungsweise:** Januar, April, Juli, Oktober

**Abonnement:** jährlich 36,- Euro einschl. Porto, Ausland 42,- Euro

Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

**Redaktionsanschrift:** Frau Gabriele Witte, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie –  
Institutsambulanz, Rohdehof 5,  
30853 Langenhagen, Tel. 0511/73 00 590, Fax 0511/73 00 518  
E-Mail: si@psychiatrie.de

**Redaktion:**

Michael Eink, Hannover  
Hermann Elgeti, Hannover  
Helmut Haselbeck, Bremen  
Gunther Kruse, Langenhagen  
Sibylle Prins, Bielefeld  
Renate Schernus, Bielefeld

Ulla Schmalz, Düsseldorf  
Ralf Seidel, Mönchengladbach  
Annette Theißing, Hannover  
Peter Weber, Hildesheim  
Dyrk Zedlick, Glauchau

Autorin: Edelgard Struß



## Psychische Erkrankung in Psychiatrie-Teams

**Zusammenfassung** Negative Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen spielen selbst in aufgeklärten und gut ausgebildeten Psychiatrie-Teams eine Rolle. Mitarbeitende aus dem psychiatrischen Feld unterscheiden sich hierin nicht prinzipiell vom Rest der Gesellschaft. Wird ein Kollege oder eine Kollegin psychisch krank, geraten die Teammitglieder im Umgang miteinander in eine eigenartige Zuspitzung. Das Tabu um psychische Krankheit landet dann nämlich auf der operativen Ebene der alltäglichen Arbeit und konfrontiert alle Beteiligten – auch mit sich selbst.

Es handelt sich hier um den Versuch, besonders interessante Aspekte und spannende Sequenzen aus einem supervidierten Gruppenprozess zu schildern, in dem die Teilnehmenden psychische Erkrankung von Kollegen oder Kolleginnen zum Thema machten. Um die Dynamik der Sitzung zu veranschaulichen, wird das Geschehen parallel unter zwei Gesichtspunkten geschildert. Zum einen wird von den Arbeitsergebnissen der Teilnehmenden bzw. der Gruppe berichtet. Zum anderen wird das Gruppengeschehen aus einer am ehesten als systemischen-phänomenologisch zu bezeichnenden Perspektive erläutert.

### Einleitung

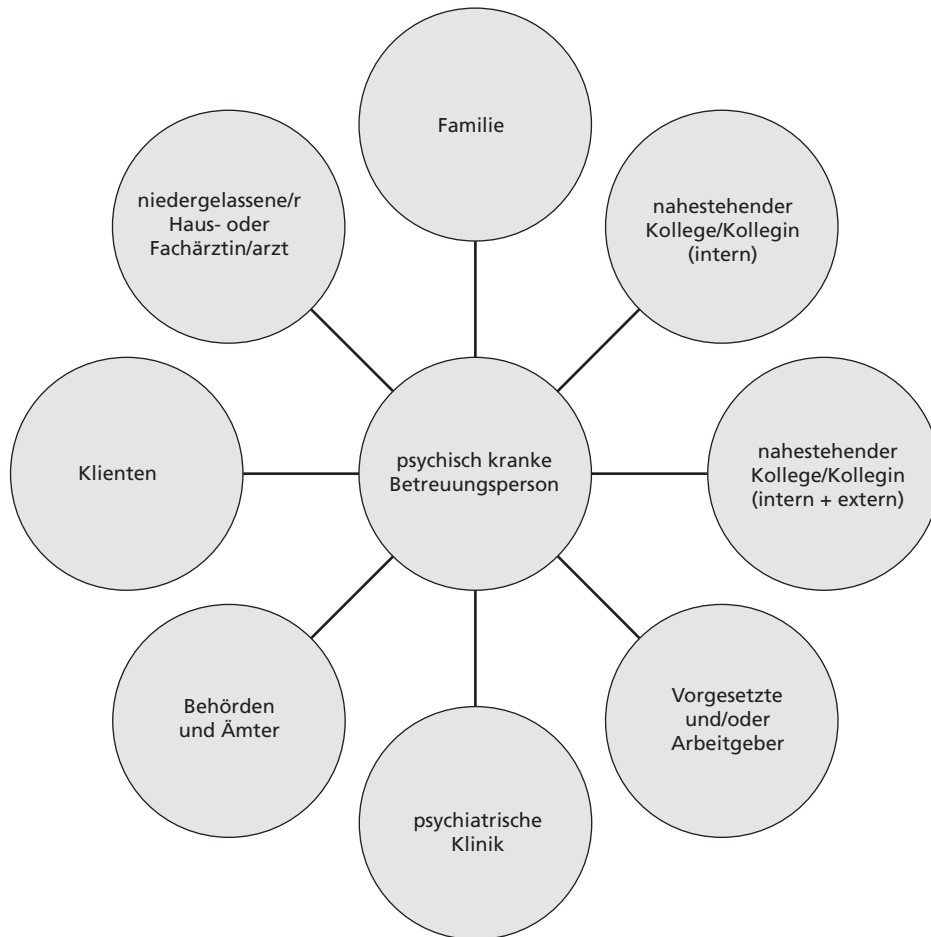
Im Auftrag eines Fortbildungsinstituts supervidierte ich eine Gruppe von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus dem weiteren Feld der Sozialpsychiatrie (Werkstatt für angepasste Arbeit, Betreutes Wohnen, amtliche Betreuung, Sozialpsychiatrischer Dienst im Gesundheitsamt, Wohnheim). In der Einstiegsrunde der fünften und letzten Supervisionssitzung berichtete eine Teilnehmerin davon, wie anstrengend und verwirrend sie es findet, als Mutter eines erst kürzlich depressiv erkrankten 19-jährigen Sohnes ihrer Betreuungsarbeit mit psychisch behinderten Menschen nachzugehen. An diesen Bericht schloss eine Teilnehmerin mit einem Beitrag an, der sich dann überraschend zum zentralen Thema der Gruppe entwickeln und alle Beteiligten in Bann halten sollte: »In meiner Einrichtung ist vor einem Monat ein Kollege in stationäre psychiatrische Behandlung gegangen«,

erzählte die Teilnehmerin. »Ab und zu fühle ich mich selbst latent gefährdet, mit dieser Arbeit meine seelische Gesundheit aufs Spiel zu setzen. Darüber möchte ich heute sprechen: wie kann ich es schaffen, in dieser Arbeit engagiert und gesund zu bleiben?« »Im Grunde reden wir über uns selber«, sagte eine weitere Teilnehmerin. »Wir arbeiten alle in der Psychiatrie, weil wir eine persönliche Nähe zu dem Thema haben. Wir könnten auch auf der anderen, der Seite der Patienten sitzen – oder hätten da mal sitzen können.«

In der Gruppe gab es durchgängig Zustimmung zu dieser Behauptung. Es war etwas Drängelndes und Dringendes zu spüren, eine Unruhe und Sorge in dem Sinne: wenn wir das jetzt hier nicht besprechen, werden wir nicht noch einmal eine Gelegenheit dazu haben. Was bedeutet es, wenn ein Betreuer oder eine Betreuerin von psychisch kranken Menschen psychisch krank wird?

Als Erstes wurde angesichts des nicht unbrennenden Themas der vorhandene Supervisionskontrakt zwischen den Teilnehmenden und zwischen ihnen und mir ausdrücklich bestätigt bzw. erweitert. Die Teilnehmenden versicherten sich, dass sie erstens die Vertrauensbasis in der Gruppe und zu mir als Supervisorin als solide einschätzten. Sie verabredeten zweitens, dass sie mehr als sonst persönliche Aspekte zulassen bzw. sich darauf einlassen wollten, und dass drittens die Professionalität der Teilnehmenden weiterhin der Bezugsrahmen bei der Behandlung des Themas sein sollte.

Im zweiten Schritt stellte ich aus dem etwas aufgeregten Durcheinander der Erzählungen und Bemerkungen die »beruflich relevante soziale Umwelt« aus verschiedenen Rollen, Funktionen und Institutionen zusammen, in der in irgendeiner Weise mit der psychischen Krankheit einer Betreuerin oder eines Betreuers umgegangen werden muss bzw.



**Abbildung:** Beruflich relevantes soziales Umfeld einer psychisch erkrankten Betreuungsperson

mit der ein psychisch kranker Betreuer oder eine Betreuerin unweigerlich zu tun hat.

Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen erarbeiteten anschließend in zehnmündiger Einzelarbeit jeweils eine der Perspektiven aus der »Umwelt« entlang der Frage: Was bedeutet es von meiner Position aus gesehen, wenn ein Betreuer oder eine Betreuerin psychisch krank wird? Ausgenommen war die Perspektive der psychisch erkrankten Betreuungsperson, um die sich alles drehen sollte.

In der folgenden dreistündigen Phase der Supervision referierten die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht nur ihre Arbeitsergebnisse, sondern berichteten darüber hinaus auch über eigene Erfahrungen – woraufhin andere mit ähnlichen oder ganz anderen Erfahrungen zum selben Aspekt einstiegen. Bei einer Teilnehmerin überschritten sich zum Beispiel mehrere Perspektiven, weil sie sich als Geschäftsführerin bei der Erkrankung eines Mitarbeiters in der Arbeitgeberrolle befand, mit dem Mitarbeiter und dessen Familie aber auch privat befreundet war.

Um die Identifikation mit der jeweiligen Perspektive und die Verständlichkeit der Statements zu unterstützen, wurden die Referenten und Referentinnen gebeten, aus der Ich-Position und nicht im Konjunktiv zu sprechen (also nicht: ich wäre jetzt der Facharzt, ich würde die Betreuerin bisher nur vom Telefon oder als Begleiterin von Patienten kennen ..., sondern: ich bin der Facharzt, ich kenne die Betreuerin bisher nur vom Telefon ...).

Für meine schriftliche Darstellung habe ich jede der Perspektiven unterteilt in einen Passus, der sich mehr oder weniger direkt auf das Thema »psychisch Erkrankung in Psychiatrie-Teams« bezieht, und einen Passus, der sich mit dem Geschehen in der Supervisionsgruppe beschäftigt. Wie man sich denken kann, ist diese Unterteilung sowohl einigermaßen willkürlich als auch nicht 100-prozentig durchzuhalten.

### Die Perspektive der Ämter und Behörden

»Ich kenne die psychisch erkrankte Mitarbeiterin der Einrichtung X durch meine Arbeit als Fallmanager. Ich sehe sie vielleicht dreimal im Jahr anlässlich einer Fallkonferenz, und vielleicht telefoniere ich noch einmal genauso oft mit ihr. Sie ist im letzten Jahr immer langsamer geworden, das habe ich mitbekommen, konnte es aber nicht einordnen und habe mich auch geärgert über sie. Das hat sie wahrscheinlich mitbekommen, das tut mir im Nachhinein leid. Aber ich stehe bei meiner Arbeit sehr unter Leistungsdruck und habe wenig Zeit, da kann das einfach vorkommen. Für mich ist wichtig, dass ich mich auf eine Betreuerin verlassen kann, und dass es, wenn sie krank ist, für sie eine zuverlässige Vertretung gibt. Ich bezweifle, dass ich der psychisch kranken Betreuerin alles glauben kann oder ihr Dinge anvertrauen darf. Schließlich treffen wir hier im Amt weitreichende Entscheidungen über deren Klienten.«

Der Teilnehmer fährt fort: »Beim Nachdenken über meinen eigenen Arbeitsplatz im Gesundheitsamt habe ich gemerkt: im Grunde kann ich mir nicht vorstellen, dass ein Kollege psychisch krank wird. Das allein zu denken, ist in unserer Behörde völlig tabu, es ist in so einem Amt einfach nicht vorgesehen. Ein Kollege, der psychisch krank wird, hätte es deshalb bei uns sehr schwer. Ich glaube, meine Vorgesetzte würde sich um einen Mitarbeiter zwar kümmern, ihn aber schnell versuchen loszuwerden. Es darf einfach nicht passieren, obwohl wir bei unseren Einsätzen jeden Tag sehen, dass es jederzeit und überall jedem passieren kann. Ich empfinde deswegen großen Druck und Sorge dafür, dass meine Fassade als seelisch stabiler Mitarbeiter erhalten bleibt. Wenn ein Einsatz zum Beispiel besonders schlimm war, fahre ich danach heimlich nach Hause und erhole mich ein, zwei Stunden lang. Manchmal muss ich lange duschen und meine komplette Kleidung in die Wäsche tun, um mich zu ›reinigen‹. Davon erzähle ich nichts bei der Arbeit. Ich gehe aber davon aus, dass meine Kolleginnen und Kollegen es auch so machen.«

### Die Gruppe und das Thema

Hier taucht gleich zu Beginn dieser Perspektiven-Runde psychische Krankheit als Tabu auf. Es kommt als menschliche Möglichkeit am behördlichen Arbeitsplatz nicht vor und ist verbunden mit der unausgespro-

chenen Erwartung (auch an sich selbst), Anzeichen seelischer Erschütterung privat und wenn nötig heimlich zu entsorgen.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Supervisionsgruppe gehen vor allem auf die reinigende Dusche ein, und zwar mit ausführlichen Berichten von Ritualen, die der inneren und äußeren Reinigung dienen und Abstand zur Arbeit herstellen: sofort zu Hause die Kleidung wechseln, nach der Arbeit sehr viel Zeit an der frischen Luft verbringen, sich verbieten, über die Arbeit zu sprechen oder daran zu denken, in den weiter entfernten Supermarkt fahren, um keine Klienten zu treffen. Es gibt Erstaunen und Verwunderung über das Strikte am Tabu der Behörde, aber auch Verständnis für die dort Arbeitenden. Es sei auf jeden Fall legitim sowie mit besonderen Anstrengungen verbunden, seelische Krankheit von sich fernzuhalten.

#### Die Perspektive der Familie

»Mein Mann war schon viele Jahre lang Psychiatriekrankenpfleger in einer Klinik gewesen, als er in einem monatelangen Prozess zunehmend psychotisch wurde, sich allerdings nicht in ärztliche Behandlung begab. Ich war verzweifelt und versuchte zum einen, mit meinen Kindern die Krankheit des Mannes in der Nachbarschaft und bei Freunden zu verbergen, zum anderen appellierte ich wochenlang massiv an die Kolleginnen und Kollegen in der Klinik, etwas zu tun, um meinem Mann zu helfen. Schließlich eskalierten die Dinge zu Hause so, dass ich eine Zwangseinweisung bewirkte. Mein Mann begann nach dem Klinikaufenthalt eine Psychotherapie und kehrte nie wieder in die Psychiatrie zurück, weder als Patient noch als Krankenpfleger. Er hat sich umschulen lassen für einen anderen Beruf, ihm und unserer Familie geht es seitdem wieder gut.

Als Ehefrau ist mir die Krankheit meines Mannes Bekannten und Freunden gegenüber total peinlich. Die denken alle, dass mein Mann sich angesteckt hat nach dem Motto »Jetzt ist er selbst verrückt geworden!« Die einzigen Leute, von denen ich etwas Vernünftiges in dieser Situation erwartet habe, sind die Kollegen und Kolleginnen in der Klinik, die aber immer gesagt haben, sie können nichts machen. Das versteh ich auch irgendwie. Aber trotzdem, was sollte ich machen?!«

#### Die Gruppe und das Thema

Die Gruppe greift zunächst die Ansteckungsgefahr beim Arbeiten im psychiatrischen Feld auf. Lachend wird über die Karikatur des verschrobene Psychiaters gesprochen, der in seinem Aussehen nicht mehr von seinen verrückten Patienten zu unterscheiden ist. Auch sie als Betreuerinnen und Betreuer werden immer wieder von ahnungslosen Leuten gefragt, ob sie keine Angst hätten, in ihrem Beruf selbst verrückt zu werden. Im Lachen der Teilnehmenden ist ihre eigene zwiespältige Haltung zum Thema aufgehoben: einerseits wissen sie als moderne, gut ausgebildete Professionelle, dass eine Ansteckung wie bei einer Grippe unmöglich ist. Andererseits kennen sie alle ihren persönlichen Zugang zum Thema »Psychiatrie«, durch den sie »genauso gut auf der anderen Seite sitzen« könnten (Bemerkung eines Teilnehmers weiter oben).

Ernst wird es in der Gruppe, als die Kolleginnen und Kollegen des Mannes in den Blick kommen, die von der verzweifelt Ehefrau um Hilfe angefleht werden. Sie müssen in ihrer Rolle als Pflegekräfte und in ihrer Rolle als Kollegen mit dem fortschreitenden Erkranken des Ehemannes umgehen, und das während ihrer Arbeit mit den Patienten. Dieser Rollenkonflikt wird als unlösbar eingeschätzt, wenn nicht auch Vorgesetzte der Pflegekräfte sowie Professionelle aus einem anderen institutionellen Kontext eingeschaltet werden.

Gegen Ende dieser Runde über die Perspektive der Familie sind sich alle einig, dass es für den Betroffenen und seine Familie folgerichtig ist, dass er den Beruf gewechselt hat. Dem setze ich ein Beispiel aus meiner supervisorischen Beratungspraxis entgegen: In einem Team war ein langjähriger Mitarbeiter nach fünf Monaten der Behandlung seiner Depression schrittweise wieder in die Arbeit eingestiegen. »Ich habe eine Frau und drei kleine Kinder, unsere Existenz hängt an mir und meiner Arbeit. Arbeitslosigkeit oder eine Umschulung kann ich mir nicht leisten. Außerdem hänge ich an meiner Arbeit, ich mache sie gerne, und ich mache sie gut. Meine Krankheit hat damit nichts zu tun.«

Man kann die Tendenz der Gruppe zu Einmütigkeit und eindeutigen Lösungen ebenso wie die alberne Ausgelassenheit zu Beginn dieser Sequenz als Versuch verstehen, mit dem Widersprüchlichen des Themas und der Intensität des Erlebens in der Auseinandersetzung damit umzugehen.

Ich forderte die Gruppenmitglieder dazu auf, ihre aktuelle Verfassung im Hinblick auf Unsicherheit oder Angst zu prüfen und sich auf ein kontrollierbares, erträgliches und zumutbares Maß an Erlebnisintensität einzupegeln. »Das ist eine delikate Angelegenheit, die Sache mit den Intensitäten: die beste Intensität wird schädlich, wenn sie in diesem Moment unsere Kräfte übersteigt, man muss sie ertragen können, man muss in guter Verfassung sein.«<sup>1</sup>

#### Die Perspektive der Arbeitgeber und Vorgesetzten

»Ich mache mir zuerst Sorgen um das Team, in dem so jemand arbeitet. Was hält das Team aus, ohne die Arbeit zu vernachlässigen? Wo ist die Toleranzgrenze bei unangemessenem Verhalten? Nehmen wir mal an, es wäre eine Frau: bis zu welchem Punkt wird eine psychisch kranke Kollegin mitgetragen? Vom Team erwarte ich, dass sie mich nicht hinter Licht führen, was den Zustand der Kollegin betrifft. Das Team soll nicht versuchen, mir gegenüber Dinge zu verheimlichen, sie aber auch nicht dramatisieren.

Mit der kranken Betreuerin muss ich ja irgendwann sprechen, und vielleicht muss ich mich darum kümmern, dass sie Hilfe bekommt. Ich glaube, dass mein Umgang mit ihr von den anderen Mitarbeitenden aufmerksam beobachtet wird – vor allem unter den Gesichtspunkten von Moral und Gerechtigkeit: ob ich sie gleichzeitig genauso behandle wie Klienten, die wir betreuen, irgendwie aber auch besonders behandle, weil sie meine Mitarbeiterin ist. Und ob ich dem Team beistehe. Da steht meine Reputation als Vorgesetzte voll auf dem Prüfstand.

Ich denke auch an den Ruf meiner Einrichtung. Wenn ich mir vorstelle, dass Klienten, deren Angehörige oder professionelle Kooperationspartner mit einer psychisch kranken Mitarbeiterin zu tun haben, die sich irgendwie komisch verhält, also nicht vertrauenswürdig zum Beispiel ... das wäre noch eine Befürchtung von mir. Beruht aber auf Vorurteilen, merke ich gerade. Eine psychische Krankheit ist für mich keine normale Krankheit wie Diabetes, das muss ich zugeben.«

#### Die Gruppe und das Thema

Das Thema »Vorurteile gegenüber psychisch Kranken bei Professionellen« wird die Gruppe bis zum Schluss weiter beschäftigen.

Alle vertreten glaubwürdig und engagiert die Überzeugung, dass seelische Krankheiten denselben Status haben wie körperliche. Dennoch, alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen zugeben, dass sie negative Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen haben. Diese für alle verwunderliche und auch beschämende Einsicht bekommt durch den folgenden Beitrag noch einen zusätzlichen Dreh.

### Die Perspektive der psychiatrischen Klinik

»Wenn ich jetzt akut krank und in der Klinik wäre, und ich würde da Klienten von mir treffen, wäre mir das extrem peinlich, vor allem hinterher, nach dem Klinikaufenthalt. Das würde ich auf keinen Fall wollen, ich würde überhaupt nur in eine Klinik an einem anderen Ort gehen. In der Rolle vom Klinikpersonal vor Ort habe ich erstmal keine Probleme damit. Eventuell später, wenn mit der Person als Betreuerin wieder zu tun hätte, das könnte ein bisschen komisch werden, aber nicht unbedingt ...«

Der Teilnehmer holt an dieser Stelle tief Luft und veröffentlicht dann, dass er ehemaliger Psychiatriepatient ist, der seit vielen Jahren als amtlicher Betreuer arbeitet und die Tatsache seiner Erkrankung bei seinem Anstellungsträger verheimlicht. Sein einziger Klinikaufenthalt lag vor dieser Anstellung, war aber in der Stadt, in der er auch heute noch lebt und arbeitet. Er habe sich nach seiner Genesung diese Stelle gesucht – mit der ausdrücklichen Ermutigung des Arztes, der ihn stationär und später ambulant behandelt hatte. Wenn er heute Klienten in der Klinik besucht, trifft er noch die eine oder andere Pflegekraft aus der Zeit, als er selbst dort als Patient war. Das sei nur ganz am Anfang unangenehm gewesen, jetzt aber schon lange nicht mehr. Niemand in der Klinik habe ihn jemals auf seine Zeit als Patient angesprochen, auch habe er keine Bedenken gegen ihn als professionellen Betreuer gespürt. Trotzdem würde er heute in eine Klinik in einem anderen Ort bevorzugen. In der akuten Phase der Erkrankung Klienten zu treffen, sei für ihn eine absolut quälende Vorstellung.

### Die Gruppe und das Thema

Mit diesem Bekenntnis des Teilnehmers und Psychiatrie-Erfahrenen befindet sich alle Anwesenden schlagartig mitten in der Problematik, über die sie eben noch lediglich

gesprochen haben: Was bedeutet es, mit einem (ehemals) psychisch kranken Kollegen zu tun zu haben?!

Wenn die Vertrauensbasis in der Gruppe halten und auch erhalten werden soll, darf sich jetzt niemand zurückhalten. Jedes einzelne Gruppenmitglied, aber auch ich als Supervisorin, müssen sich jetzt in der Interaktion deutlich dafür engagieren, vertrauenswürdig und glaubwürdig im Hinblick auf einen guten professionellen und kollegialen Umgang mit einem psychiatrie-erfahrenen Kollegen aufzutreten. Das geschieht zunächst, indem die Teilnehmenden auf der Sachebene bleiben. Sie fragen, wie es möglich war und ist, die Erkrankung so lange geheim zu halten. Es schleicht sich dabei jedoch bei einigen ein fürsorglicher Unterton ein, der eine gewisse Unbehaglichkeit in der Gruppe verbreitet. Mit dieser Fürsorglichkeit stellen sich diese Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die Seite der Autorität und distanzieren sich von der Person des psychiatrie-erfahrenen Kollegen. Sie eignen sich Macht an, »die Macht zu retten und zu helfen, wenn Not am Mann [ist], die unpersönliche Macht des Verzeihens.«<sup>2</sup>

Mit dem Bekenntnis des Protagonisten droht sich die künstliche, aber in den gesellschaftlichen Konventionen tief verwurzelte Grenze zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit zu verwischen. Diese drohende Tabuverletzung ruft in der Gruppe Gefühle der Unsicherheit und der Scham hervor, die spontan bekämpft werden. Die Wendung einiger Gruppenmitglieder hin zum fürsorglichen Verhalten stellt den Versuch dar, das Tabu aufrechtzuerhalten. In der sensibilisierten und auf Reflexion angelegten Atmosphäre der Gruppensupervision löst darüber hinaus die von allen wahrgenommene fürsorgliche Geste Gefühle der Scham aus. Die Teilnehmenden sind konfrontiert mit der Diskrepanz zwischen moralischem Anspruch an sich selbst als Personen und an die Gruppe einerseits und den gesellschaftlichen Normen andererseits, d.h. dem überaus wirksamen Tabu, dessen Existenz und Wirksamkeit sie alle im Laufe der Supervision schon mehrmals erstaunt und fasziniert hat. »Zwischen moralischen Normen und sozialer Macht vermittelnd, entsteht das Schamgefühl im Schnittpunkt von Individuum und Gesellschaft, verweist es wechselseitig auf das je Soziale im Individuellen und das Individuelle des Sozialen, das ohne Verkörperung im Einzelnen praktisch nicht zur Geltung käme.«<sup>3</sup> Dass sich die Gruppe mit der Wahl des Themas auch

dafür entschieden hat, sich auf intensives Erleben einzulassen, stellt sich jetzt in vivo heraus. Die Entscheidung für die ernsthafte Behandlung des Themas bringt sowohl die einzelnen Gruppenmitglieder als auch die Gruppe als Ganzes an den Rand ihrer bisherigen gemeinsamen Erfahrungen.

Für den Verlauf der Interaktion in der Gruppe stellt die Wendung zu einer fürsorglichen und verzeihenden Haltung einiger Gruppenmitglieder einen Krisepunkt dar. Zum einen mutet der Kollege der Gruppe mit seinem Bekenntnis die unmittelbare Konfrontation mit dem Thema auf der Ebene des Verhaltens zu. Zum anderen ist die fürsorgliche Reaktion einiger Gruppenmitglieder unangemessen und heikel. Unangemessen, weil das psychiatrie-erfahrene Mitglied sich nicht als Hilfsbedürftiger einbringt und tatsächlich auch nichts darauf hinweist, dass er in dieser Situation der Hilfe bedarf. Heikel, weil die autoritäre Geste als Versuch angesehen werden kann, ihn zum »Klienten« zu machen. Dass alle Beteiligten schließlich die Kurve kriegen, ist in erster Linie auf das souveräne Verhalten des Protagonisten zurückzuführen. Er behandelt den fürsorglichen Unterton der anderen als Fauxpas.

Indem er das mitleidige Verhalten freundlich ignoriert, macht der Psychiatrie-Erfahrene es auf kollegialer Ebene möglich, dass die Rollenkonstellation sich wenden kann. Er unterstellt guten Willen und bietet den Kolleginnen und Kollegen, die ihm durch ihr Verhalten die Rolle des Hilfsbedürftigen angeboten haben, eine Möglichkeit, sich von ihrem Angebot zu distanzieren und sich so von ihm über ihre Verlegenheit und Taktlosigkeit hinweghelfen zu lassen. Sie können nun entscheiden, ob sie seiner Situationsdefinition folgen, mit der er hier ausschließlich als Kollege angesprochen werden will und nicht als Hilfsbedürftiger. Zum anderen müssen sie entscheiden, ob sie auf sein freundliches Ignorieren des Fauxpas' eingehen und damit das eben Geschehene im weiteren Verlauf der Interaktion als ungeschehen behandeln wollen. »Ein Fauxpas gilt als ›Fehltritt‹, als eine Taktlosigkeit in der Interaktion, die von den anderen Beteiligten zwar wahrgenommen, aber ignoriert wird.«<sup>4</sup> Es wird darauf verzichtet, moralisch Bezug zu nehmen auf den Fehltritt, sodass der andere in der laufenden Interaktion »aus dem Bann vergangener Geschichten«<sup>5</sup> entlassen wird.

Aus supervisorischer Sicht halte ich es in Team- und Gruppensupervisionen für ange-

bracht, nicht jeden Aspekt der laufenden Interaktion zu thematisieren. Für den Umgang der Gruppenmitglieder miteinander und die Entwicklung der Gruppe als arbeitsfähige Einheit ist es in höchsten Maße bedeutsam, die Interaktion am Laufen zu halten und in ihr und durch sie mit etwas fertig zu werden. Nur in der unmittelbaren Interaktion können die Beteiligten letztendlich deutlich machen und erfahren, wo Spannungsfelder liegen, wie sie selbst und wie andere darauf persönlich reagieren, wie sie damit umgehen wollen, und – am Beispiel dieser Gruppe sehr schön deutlich – dass es zu Wendepunkten kommen kann, in dem taktvolles Vorgehen und respektvolle Reaktionen dazu führen, dass alle Beteiligten ihr Gesicht wahren können. Dasselbe gilt für Phasen, in denen Auseinandersetzungen, Reflexionen und Klärungsprozesse eine Rolle spielen. Nicht das Eingehen der Gruppenmitglieder auf jedweden Aspekt führt zur Klärung, sondern ebenso das Laufenlassen des Gesprächs, das Zurückstellen eigener Beiträge, das Registrieren und Ignorieren von Bemerkungen und Untertönen anderer. Die Aufgabe für mich als Supervisorin besteht darin, den Fluss der Interaktion nicht zu stören bzw. Beiträge zu liefern, ihn in Gang zu halten. Es spricht ja nichts dagegen, später noch einmal auf etwas zurückzukommen, das unklar geblieben ist.

Im Falle dieser Gruppe sind es die Gefühle von Verlegenheit und Scham, die zunächst unreflektiert bleiben, später aber wieder aufgegriffen werden. Diese Gefühle tauchen aus der Perspektive der »nahestehenden Kolleginnen und Kollegen« wieder auf und werden ausdrücklich zum Thema der Reflexion.

#### **Die Perspektive niedergelassener Haus- oder Fachärztin und Ärzte**

»Ich bin Internistin und die Hausärztin des psychisch kranken Betreuers. An einem bestimmten Punkt der Behandlung wollte ich den Patienten einmal zu einem psychiatrischen Facharzt überweisen. Ich habe aber eingesehen, dass das nicht so einfach ist. Wenn der Patient hier in der Gegend, in der er wohnt und arbeitet, im Wartezimmer eines Psychiaters als Patient auf einen seiner Klienten trifft, ist das mit Sicherheit sehr unangenehm. Sitzt er bei mir als Internistin im Wartezimmer, kann er immer sagen, er ist hier wegen Magenproblemen oder irgendwelcher anderer körperlicher Symptome. Als ich ihn vor einiger Zeit in statio-

näre psychiatrische Behandlung überwiesen habe, habe ich ihm einen Platz in einer Klinik besorgt, die 50 Kilometer entfernt ist. Dorthin fährt er auch weiterhin zur ambulanten Psychotherapie, ein großer Aufwand, finde ich. Weil Psychiatrie nicht mein Spezialgebiet ist, telefoniere ich ab und zu, wenn ich Fragen habe, mit einem Kollegen, der Psychiater ist.«

#### **Die Gruppe und das Thema**

Zunächst beschäftigen sich die Teilnehmenden aus der Sicht der psychiatrie-erfahrenen Betreuerin ausführlich mit der Vorstellung, als Leidende in der Enge eines Wartezimmers Klienten oder Kollegen anzutreffen und sich mit ihnen unterhalten zu müssen. Zum einen wird die Situation als noch intimer und inakzeptabler eingestuft als die stationäre Behandlung, weil sich die Behandlung bei einer niedergelassenen Ärztin möglicherweise über Jahre hinzieht. Zum anderen stellen sich die Teilnehmenden die Situation im Wartezimmer als den Gipfel der Rollenkonfusion vor. Es geht einem schlecht und man sitzt im Wartezimmer als Patientin. Betreten jetzt ein Klient mit seinem Betreuer, der gleichzeitig Kollege ist, das Wartezimmer, weiß man überhaupt nicht mehr, wie man sich wem gegenüber verhalten soll – und erst recht dann nicht mehr, wenn dann auch noch die Ärztin dazukommt, um einen zur Behandlung abzuholen.

Der psychiatrie-erfahrene Teilnehmer wird hier in der Gruppe zum ersten Mal als Experte angesprochen: wie löst er das Problem mit dem Hausarzt? Er macht es so, wie aus der Perspektive der Internistin geschildert und konsultiert seine Hausärztin. Nach dem Klinikaufenthalt sei er zudem noch drei Jahre lang jede Woche zur 80 Kilometer entfernten Psychotherapie gefahren, sodass es nie zu unangenehmen Begegnungen kam.

Anschließend an diese Erklärung wird das Prinzip der Sektorisierung und der gemeindenahen Versorgung problematisiert, das in Fachkreisen und von vielen Gemeinwesen und Behörden immer noch als das Non-plus-ultra der Behandlung und Betreuung angesehen wird. Die Meinungen gehen auseinander. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehen in der Gemeindenähe große Vorteile für die Betroffenen und alle an der Versorgung beteiligten, andere finden die Organisation der sektorsierten und gemeindenahen Behandlung und Betreuung unflexibel im Hinblick auf die Bedürfnisse

der Patientinnen und Patienten. Wieder andere bewerten Sektorisierung und Gemeindenähe als Eingriff in die persönliche Entscheidungsfreiheit und würden einer Spezialisierung der Behandlungs- und Betreuungsangebote den Vorzug geben, weil sie sich davon mehr Qualität versprechen.

#### **Die Perspektive der Klienten**

»Als Klient (Bewohner eines Wohnheims) ziehe ich es vielleicht lange nicht in Erwägung, dass auch meine Bezugsperson, also meine Betreuerin, psychisch krank werden kann. Vielleicht bekomme ich es aber auch als Betroffener besonders schnell mit. Dann nehme ich Rücksicht auf sie und verschone sie mit meinen Problemen. Ich habe Zweifel, was ich ihr zumuten kann und ob sie den Belastungen standhält, wenn ich in eine akute Krise komme. Ich gehe dabei von mir aus, denn wenn es mir schlecht geht, bin ich sehr wenig belastbar und will meine Ruhe haben. Ich verlasse mich jetzt umso mehr auf das Team, einige vom Team kennen mich ja gut, weil sie schon Urlaubsvertretungen gemacht haben.

Wenn wir als Bewohner fragen, leugnen die Kollegen der kranken Betreuerin, dass es sich um eine psychische Krankheit handelt. Sie erzählen uns etwas von Herz-Kreislauf-Problemen oder Burn-out. Natürlich rede ich mit anderen Bewohnern über unsere Vermutungen, wir reden sowieso viel über das Betreuersteam. Ihnen und der Betreuerin gegenüber tun wir so, also würden wir die Burn-out-Version glauben. Das ist irgendwie einfacher für alle. Wenn einer vom Team psychisch krank wird, tut mir das leid, aber es tröstet mich auch ein bisschen, weil mir dann die Welt nicht so vorkommt, als wäre sie strikt eingeteilt in psychisch Kranke und solche, die es nicht sind und auch nicht werden können.«

#### **Die Gruppe und das Thema**

Nach diesem Beitrag stürzt sich die Gruppe wieder in eine Diskussion über negative Vorurteile. Welche vernünftigen Gründe könnte es geben, als Betreuer oder Betreuerin gegenüber psychisch Kranken die psychische Krankheit einer Kollegin zu verheimlichen? Wieso stellt psychisch Kranksein ein solches Tabu dar? Sind selbst psychisch kranke Menschen negativ gegenüber psychisch Kranken eingestellt? Die letzte Frage wird vom psychiatrie-erfahrenen Teilnehmer bejaht. Wider

alle Vernunft und für ihn unbegreiflich stellt sich auch bei ihm als Erstes immer unwillkürlich eine negative Reaktion ein.

Das Gespräch nimmt eine interessante Wendung, als die Teilnehmerin und Mutter eines psychisch kranken 19-jährigen Sohnes eröffnet, dass sie sich als Angehörige für die Ausbildung als Ausbilderin bei Ex-In angemeldet hat. »Ex-In [Experienced Involvement] ist ein Pilotprojekt, das aus dem europäischen Programm Leonardo da Vinci gefördert wird. Ziel des Projektes ist die Qualifizierung von Psychiatrie-Erfahrenen, um als DozentIn oder als MitarbeiterIn in psychiatrischen Diensten tätig zu werden. Im Rahmen des Projektes arbeiten Psychiatrie-Erfahrene, psychiatrische Fachkräfte und Ausbilder aus sechs europäischen Ländern zusammen, um eine spezifische Ausbildung zu entwickeln, die auf dem Erfahrungswissen der TeilnehmerInnen basiert.«<sup>6</sup>

Von Ex-In hören die meisten Gruppenmitglieder zum ersten Mal. Es folgt eine lebhaft debattierende Diskussion darüber, ob eine solche Initiative dazu beitragen wird, das Tabu um psychische Krankheiten zu entschärfen.

#### Die Perspektive von Kolleginnen und Kollegen mit etwas Abstand (intern)

»Ich bin Kollege in einer Nachbarabteilung, mir fällt im Alltagsgetriebe die psychische Krankheit eines Kollegen nicht sofort auf. Wenn er öfter fehlt, frage ich vielleicht irgendwann mal nach und höre davon. Ich mache mir aber keine weiteren Gedanken darüber und gehe davon aus, dass die unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen oder die Vorgesetzten sich angemessen darum kümmern. Ich vermeide es, den kranken Kollegen zu beanspruchen, lieber wende ich mich an jemand anderes. Ich bin froh, dass es nicht in meiner Abteilung passiert, und ich habe am ehesten Mitgefühl mit den Kolleginnen und Kollegen, die mit dem Problem unmittelbar zu tun haben.«

#### Die Gruppe und das Thema

Bei diesem Aspekt halten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht lange auf, von allen Aspekten finden sie ihn am wenigsten prekär. Sobald man »weiter weg« und nicht abhängig von der Arbeit der psychisch kranken Betreuerin ist, scheint man sich in einer Art Sicherheitszone zu fühlen. Die Perspektive der entfernten Kollegen äh-

nelt der von Ämtern und Behörden, aber irgendwie auch der Perspektive der Betreuten. Vielleicht ist es so: ist man nicht unmittelbar involviert, verhält man sich rücksichtsvoll, schaut weg – und hält das Tabu aufrecht.

#### Die Perspektive einer nahe stehenden Kollegin / eines nahe stehenden Kollegen (intern)

»Als nahestehende Kollegin oder Kollege werde ich sehr früh und direkt etwas mitbekommen von den Symptomen. Dann laufe ich wahrscheinlich eine Weile mit einem Verdacht herum und frage mich, ob ich das überhaupt denken darf. Ich frage mich auch, ob mein Verdacht begründet ist oder ob ich aufgrund meiner Arbeit jetzt schon jedem befremdlichen Verhalten einer Kollegin eine psychiatrische Diagnose verpasse. Ich bespreche das mit einem guten Kollegen, und irgendwann werde ich die Kollegin ansprechen und sie konfrontieren mit meiner Vermutung. Vielleicht aber auch nicht, weil ich mir das Ansprechen extrem heikel vorstelle. Lieber hätte ich, dass es jemand anderes tut, zum Beispiel die Teamleitung.

Ich finde es anstrengend, meiner Arbeit mit den Klienten nachzugehen und gleichzeitig meine Kollegin, die psychisch krank ist, nicht als Klientin zu behandeln. Einerseits möchte ich ihr helfen und sie schonen, andererseits möchte ich, dass sie so arbeitet wie sonst und wie alle anderen auch. Wenn ich ehrlich bin, will ich sie nicht in meiner Nähe haben, sie soll weg sein, ich möchte nichts mit ihr zu tun haben, weil sie alles durcheinander bringt.«

Die vortragende Teilnehmerin wechselt jetzt die Rolle und spricht die Gruppe an. »Das zu sagen, nämlich dass ich mit der psychisch kranken Kollegin nichts zu tun haben will, habe mich noch nie getraut. Ich schäme mich dafür, aber es ist einfach die Wahrheit, ich habe es an meiner Arbeitsstelle selbst erlebt. Jetzt habe ich Angst, dass ihr mich verurteilen werdet deswegen.«

#### Die Gruppe und das Thema

Erstaunlicherweise passiert jetzt in der Gruppe etwas Ähnliches wie nach dem Bekenntnis des psychiatrie-erfahrenen Teilnehmers. Einige fangen an, der Vortragenden beizustehen, sie zu entschuldigen und zu trösten: das sei doch nicht schlimm, dass sie so denke. Die Teilnehmerin kann jedoch

mit den Entschuldigungen nichts anfangen und weist sie ärgerlich zurück. Noch einmal betont sie, dass sie es schlimm findet, dass sie so denkt, sie kann sich ihre Gedanken weder erklären noch verzeihen. Die Gruppe kollabiert entmutigt in Selbstbezüglichkeiten und Hilflosigkeit.

Hier rief ich den Arbeitsvertrag für die Supervision in Erinnerung. Verabredet war, die Professionalität als Betreuerinnen und Betreuer von psychisch kranken Menschen als Bezugsrahmen für die Auseinandersetzung mit dem Thema beizubehalten. Mein Vorschlag lautete, es folgendermaßen anzusehen: Die Scham der Teilnehmerin ehrt sie als Mitmensch. Ihre abwehrende Einstellung gegen eine psychisch kranke Kollegin ehrt sie in ihrer Professionalität, denn die anspruchsvolle Betreuungsarbeit kann nur gelingen, wenn sie sich auf alle Kolleginnen und Kollegen hundertprozentig verlassen kann. Das aber steht für sie bei der psychisch kranken Kollegin infrage. Mit diesem Perspektivewechsel weg vom persönlichen moralischen Dilemma hin zum Aufgabenbezug in der Betreuungsarbeit wendet sich die Gruppe erleichtert wieder dem Thema zu – erstaunt darüber, wie der Bezug zur Arbeit dermaßen aus dem Blick geraten konnte.

#### Die Perspektive des psychiatrie-erfahrenen Kollegen bzw. der Kollegin

Seitdem sich ein Teilnehmer als Psychiatrie-Erfahrener geoutet hat, ist diese Perspektive in der Supervisionsgruppe personifiziert. Die intensive Erfahrung im Umgang mit ihm und seinem Bekenntnis hat bei den Teilnehmenden den Eindruck hinterlassen, dass diese Perspektive sozusagen leibhaftig und im laufenden Geschäft hinreichend behandelt ist. Es fällt ihnen schwer, reflektierend Abstand zu nehmen von der Situation in der Gruppe und ihrem unmittelbaren Erleben. In die nun besonders abstrakt wirkende Position irgendeines psychiatrie-erfahrenen Kollegen oder einer Kollegin kann und will sich niemand mehr begeben. Allerdings lassen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf eine Erzählung von mir ein, die die Position eines psychiatrie-erfahrenen Teamkollegen noch einmal von einer ganz anderen Seite beleuchtet.

In einem achtköpfigen Psychiatrie-Team einer Station war eine Krankenpflegerin depressiv erkrankt. Für die drei Monate ihrer stationären Behandlung und die erste Pha-

se ihrer Rückkehr in die Arbeit gab es eine Ersatzkraft. Jeder und jede aus dem Team wusste Bescheid über die Diagnose der Kollegin. Abteilungsleitung, Stationsleitung und Team waren sich – trotz aller Anstrengungen in der Zeit vor dem Klinikaufenthalt – einig, dass sie mit der Kollegin weiter zusammenarbeiten wollten. Ich als Supervisorin lernte das Team kennen, kurz bevor sich die Kollegin in stationäre Behandlung begab.

Aus den Sitzungen erinnere ich mich an eine bemerkenswerte Episode, die sich in der Zeit abspielte, als die Kollegin nach dem Hamburger Modell sukzessive wieder in die Arbeit einstieg. Es tauchten Spannungen im Team auf, die sich um das Thema »Zuverlässigkeit und Überlastung« drehten. Weil die psychiatrie-erfahrene Kollegin sehr darauf achtete, pünktlich von der Arbeit nach Hause zu gehen, fühlten die anderen sich aufgefordert, kommentarlos länger zu arbeiten und liegen gebliebene Arbeit zu erledigen. Während die psychiatrie-erfahrene Kollegin erklärte, dass sie unbedingt darauf achten müsse, sich nicht zu überfordern, waren die anderen der Meinung, dass sie die Verantwortung dafür hatten, bis zur Erschöpfung die Liste der Erledigungen erst vollständig abarbeiten zu müssen, bevor sie es sich erlauben durften, nach Hause zu gehen. Sie waren gleichzeitig verärgert über die Kollegin, die keine Überstunden machte und beschämt über ihren eigenen Ärger. Abgesehen davon, dass sich bei der Gelegenheit herausstellte, dass es für das Team keine Prioritätenliste gab, in der geregelt war, was in Zeiten reduzierter personeller Besetzung auf jeden Fall gemacht werden muss und was weggelassen darf, wurde aber auch noch ein anderes Problem sichtbar. Die Teammitglieder waren der Kollegin gegenüber auf Zehenspitzen unterwegs. Sie verschonten sie sowohl vor bestimmten Leistungsanforderungen, als auch vor kollegialen Verhandlungen und Auseinandersetzungen. Dieses Verhalten ärgerte die Kollegin und brachte sie dazu, in der Supervision drei Dinge richtigzustellen. Erstens sei sie nicht verantwortlich dafür, dass Kolleginnen und Kollegen Überstunden machten und sich dabei übernehmen. Zweitens wollte sie im Rahmen ihrer zeitlichen Möglichkeiten nicht als Reha-Patientin, sondern als belastbare Kollegin behandelt und anerkannt werden. Und drittens brauchte sie nicht Schonung, sondern normale Anforderungen, um ihre Belastbarkeit nach der Erkrankung überhaupt prüfen zu können. Für die Orientierung der Teamkollegen und Kolleginnen sowie in Richtung Normalisie-

rung der kollegialen Verhältnisse waren das wichtige Klärstellungen, die übrigens so gleich vom Teamleiter bestätigt wurden.

#### **Die Perspektive der Betreuerinnen und Betreuer, die gesund bleiben wollen**

Was, so fragten sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen, müsste ich tun, um in wenigen Monaten in bedenklicher seelischer Verfassung zu sein?

- ... nach der Arbeit keine Umwege mehr fahren. Überhaupt: nicht mehr Mitglied im Biker-Club sein und mein Motorrad abschaffen.
- ... mich in Gedanken nur noch mit meiner Arbeit beschäftigen und dafür meinen Mann und meine Kinder anschnauzen, wenn sie etwas von mir wollen.
- ... keine Zeit mehr in meinem Garten verbringen, nicht mehr die Hecke schneiden, nicht mehr Unkraut bekämpfen, nicht mehr Rasen mähen – obwohl ich meinen Garten oft verfluche.
- ... nicht mehr wandern gehen und mich überhaupt von meiner Wandergruppe abmelden.
- ... ich müsste den Hund und die Pferde abschaffen. Im Grunde auch die Kinder und meinen Mann.
- ... nicht mehr abschalten und am Wochenende keine schönen Sachen mehr mit anderen Leuten unternehmen, die nichts mit Psychiatrie zu tun haben.
- ... mich dauernd für Überstunden zur Verfügung stellen, nicht mehr Basketball spielen und auch sonst keinen Sport mehr machen, dann dauert es kein halbes Jahr, und ich bin fertig.
- ... mich total von der Arbeit vereinnahmen lassen und das als Grund nehmen, um nicht mehr im Chor zu singen und an Wochenenden an anstrengenden Proben, Wettbewerben und Auftritten teilzunehmen.

#### **Epilog**

Eine weitere bemerkenswerte Episode in der Supervision des bereits erwähnten Stationsteams spielte sich ab, als die psychiatrie-erfahrene Kollegin schon seit zwei Monaten wieder im normalen Schichtdienst arbeitete. Ihr war von der Bereichsleitung ein Fehler bei der Aufbewahrung von Medikamenten nachgewiesen worden, für den sie eine Ermahnung erhielt. Im Team kamen zum einen Bedenken auf, ob die Kollegin dem Vorwurf

und der Ermahnung gewachsen sei. Darüber hinaus war Misstrauen spürbar in Bezug auf ihre Zuverlässigkeit – beides irgendwie und unausgesprochen an ihre psychische Erkrankung gekoppelt. Eine Weile quälte sich das Team in dieser Sitzung mit den widerstrebenden Wünschen nach Loyalität gegenüber der Kollegin auf der einen Seite und der Sorge um die Sicherheit und das Image als kompetente und zuverlässig arbeitende Einheit auf der anderen Seite herum. Die Kollegin wirkte verzweifelt unglücklich, wie aus dem Boot gekippt. Schlussendlich rang sie sich durch zu einer Erklärung: Ich sage jetzt etwas, setzte sie an, was ich hier im Team nie sagen wollte und wovon ich große Angst habe. Ich glaube aber, es geht nicht anders. Ich liebe meinen Beruf. Ich bin nach meiner Depression und dem Klinikaufenthalt gerne wieder hierher gekommen, und ich glaube, ich mache meine Arbeit gut. Ich habe mit der Aufbewahrung der Medikamente einen Fehler gemacht, dazu stehe ich. Aber ich will nicht, dass dieser Fehler auf meine Krankheit zurückgeführt wird. Dieser Fehler hätte mir auch ohne die Depression unterlaufen können. Und so möchte ich das Thema behandeln. Ich wünsche mir hier im Team erhöhte Aufmerksamkeit, was meine Arbeit betrifft, aber eben: Aufmerksamkeit, und nicht Misstrauen und Kontrolle.

Bemerkenswert an diesem Statement der Krankenpflegerin war die Tatsache, dass sie zwar mit jedem einzelnen Teammitglied schon einmal über ihre depressive Erkrankung gesprochen hatte, aber noch nie gegenüber dem gesamten Team. Auch mir war entgangen, dass in den vergangenen Supervisionssitzungen im Beisein der Pflegerin, aber auch in ihrer Abwesenheit, immer verständnisvoll von »der Krankheit«, »dem Klinikaufenthalt« und »der Behandlung« gesprochen worden war, ohne die Krankheit jemals beim Namen zu nennen. Alle Beteiligten hatten miteinander einen Weg gefunden, das Tabu, das psychische Krankheiten umgibt, gleichzeitig zu umschiffen und zu erhalten.

Dass das Team in dieser Sitzung für sich wirklich klären konnte, wie es gemeinsam mit der Verantwortung für Medikamente sowie der Verantwortung füreinander umgehen wollte, ist der Initiative der psychiatrie-erfahrenen Pflegerin zu verdanken, denn kaum jemand anderes hätte zu diesem Zeitpunkt diesen Schritt ohne gravierende Risiken für die Integrität der Individuen und das Vertrauen im Team unternehmen können. Sie hat sich radikal umentschieden



und nach vielen Monaten ihre Strategie geändert. Sie hat dem Team zugemutet (aber auch zugetraut), mit der Veröffentlichung ihrer Diagnose und dem damit einhergehenden Tabubruch umzugehen. Sie hat sich darüber hinaus getraut, die Intimität und den Schutz von Gesprächen unter vier Augen zu verlassen und sich mit ihrer Diagnose einer organisationsbezogenen Öffentlichkeit auszusetzen. Das war ein wichtiger, aber risikoreicher Schritt, der sie und das Team in die Lage versetzte, den Fehler mit der Aufbewahrung der Medikamente auf professioneller Ebene zu besprechen.

Ich halte es für eine selbstverständliche, mitmenschliche Reaktion – erst recht in helfenden Berufen –, unpässlich, krank oder rekonvaleszent wirkende Kollegen und Kolleginnen zu schonen und an ihrer Stelle ein bisschen mehr Arbeit zu übernehmen. Ebenso normal und selbstverständlich ist es aus der Sicht der psychiatrie-erfahrenen Kollegin, besonderen Wert zu legen auf ihre – eventuell beschädigte – Reputation als zuverlässige und leistungsfähige Arbeitskraft. Sie will anerkannt und gefordert werden, wenn sie nach einer Krankheit an den Arbeitsplatz zurückkehrt. Umgekehrt würde es jedoch auch wenig Sinn machen, wenn Kolleginnen und Kollegen keinerlei Rücksicht nähmen auf die Verfassung der anderen. Die Arbeit würde in zunehmender sozialer Kälte stattfinden und in Unproduktivität erfrieren. Und wenn jemand, der an seinen Arbeitsplatz zurückkehrt, sich nicht zu seiner Krankheit und seiner lädierten Verfassung bekennt, wird er die Unterstützungsbereitschaft der anderen nicht anerkennen, sondern zurückweisen oder ignorieren, die anderen vor den Kopf stoßen, ihr professionelles Wissen ignorieren und sie in Ärger oder Unsicherheit zurücklassen.

Es geht gar nicht anders: Teams müssen in Zeiten der Belastungserprobung eines Kollegen oder einer Kollegin und beim Übergang in den normalen Team-Alltag miteinander Klippen umschiffen, und unvermeidlicherweise rumpelt es dabei. Werden die Klippen mutig und taktvoll umschiffen, können Gefahren wie Kränkungen durch Gesichtsverlust oder durch Zurückweisung klein gehalten (aber wahrscheinlich nicht 100-prozentig vermieden) werden. Diese Neu-Justierungen im Umgang miteinander brauchen Zeit, weil sie sich nur in der Interaktion und durch die Interaktion der Teammitglieder herstellen. Neu-Justierungen sind notwendig, um das professionelle Selbstverständnis der Beteiligten zu sichern oder wiederherzustellen. Sie machen effektives und auf gute Weise routiniertes Handeln überhaupt erst möglich.

Am Ende bleiben Fragen übrig, Fragen zum Tabu und der Geltungskraft des Tabus um das Phänomen psychischer Erkrankungen unter Kollegen und Kolleginnen. »Diese Fragen sind nicht zu beantworten. Es sind gute Fragen, aber man kann die Antworten nicht wissen.«<sup>7</sup>

#### Danksagung

Prof. Dr. phil. Wolfgang Wölwer, Leiter der Netzwerkzentrale des Kompetenznetzes Schizophrenie, LVR-Klinikum Düsseldorf – Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf verdanke ich ein erhellendes Gespräch über die »zweite Erkrankung«, die mit psychischer Erkrankung einhergeht.

Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Supervisionsgruppe schulde ich Dank für eine besondere Erfahrung als Supervisorin und einen tiefen Einblick in die Tabuzone

psychischer Erkrankung. Als Autorin habe auch ich mich an das Tabu gehalten und die Beiträge der Teilnehmenden – hoffentlich hinreichend – anonymisiert.

#### Anmerkungen

- 1 DELEUZE G, GUATTARI F (2002) Tausend Plateaus. Berlin; zitiert nach: WIEDEMEYER N Werk-Raum. Gefüge der Arbeit. In: Begleitbuch zur Ausstellung »Arbeit. Sinn und Sorge« des Deutschen Hygiene-Museums im Programm »Arbeit in Zukunft« der Kulturstiftung des Bundes. 25. Juni 2009 bis 11. April 2010, S. 363
- 2 NAI PAUL VS (2003) Ein Haus für Mr. Biswas. Berlin: List Verlag, S. 363
- 3 NECKEL S (1991) Status und Scham. Zur symbolischen Reproduktion sozialer Ungleichheit. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag, S. 56
- 4 STRUSS E (2008) Müssen wir dich jetzt siezen? Interaktion und Führung beim Aufstieg im Team. Berlin: Carl-Auer Verlag, S. 164
- 5 GAMM G (2000) Nicht nichts. Studien zu einer Semantik des Unbestimmten. Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 216
- 6 <http://www.ex-in.info> abgerufen 1. April 2010
- 7 ROTH P (2010) AUS: ROTH P, DAVIS T Zwangslagen. Aufmerksamkeit, Erinnerung, Reaktion – Über das Schreiben als Handwerk. Philip Roth spricht mit Thomas Davis. In: Lettre International Frühjahr 2010, S. 113

#### Die Autorin

##### **Edelgard Struß**

Supervisorin (DGsv, SG)  
Beratung und Bildung für berufliche  
Kommunikation und Praxis  
Yorckstr. 32  
50733 Köln  
[www.edelstruss.de](http://www.edelstruss.de)