

Zur Supervision stationärer psychotherapeutischer Gruppen: unlösbare Aufgaben lösen

■ S. Kretschmann

Zürich

Die therapeutische Vielfalt ist ein Charakteristikum der stationären Psychotherapie sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting. Der Aufschwung neuer, störungsspezifischer Diagnosekonzepte und Behandlungsmethoden zu Lasten des beziehungsorientierten Verstehens und Arbeitens mit Patientinnen und Patienten hat diese Vielfalt in den letzten Jahren weiter aufgefächert. Daraus resultieren wachsende Verständnis- und Kommunikationsprobleme.

Anhand einer dreijährigen Erfahrung als Supervisorin für Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter von stationären Psychotherapiegruppen in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik möchte ich diese Problematik näher ausführen.

1. Der Supervisionsauftrag

Im Spätherbst 2001 fragte mich der leitende Arzt des Psychotherapiebereiches einer Klinik telefonisch an, ob ich Interesse an der Leitung einer Supervisionsgruppe für Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter hätte. Er teilte mir ferner mit, dass Gesprächsgruppen auf allen Psychotherapiestationen stattfinden, dass die einzelnen Stationen nach unterschiedlichen Konzepten arbeiten und dass die Klinik wieder eine gemeinsame Supervision für Gruppenleitende anbieten möchte.

Die Anfrage freute und interessierte mich. Die Idee einer Supervision für Gruppenleitende unterschiedlich konzipierter Psychotherapiestationen und verschiedener therapeutischer Richtungen schien mir attraktiv. Ich habe beim Seminar für Gruppenanalyse Zürich SGAZ die Ausbildung gemacht, arbeite in meiner psychiatrisch-psychoanalytischen Praxis seit über zehn Jahren mit analytischen Gruppen und habe auch einige Erfahrung mit der Supervision von ambulanten und teilstationären Gruppen. Meine Erfahrungen mit dem Leiten von stationären Gruppen machte ich in den Achtzigerjahren als Assistenz- und Oberärztin auf einer Psychotherapiestation.

Mir schien der gruppenanalytische Zugang für eine solche Supervisionsgruppe geeignet. Die Gruppenanalyse beachtet sowohl den einzelnen Gruppenteilnehmer als auch das Geschehen in der Gruppe als Ganzes. Auf diese Weise bekommen die nach unterschiedlichen Konzepten arbeitenden Gruppentherapeuten ihren Platz in der Supervisionsgruppe. Der «gemeinsame Boden», auf dem alle Gruppenteilnehmer stehen, und jede Art von verbaler und averbaler Kommunikation in einer Gruppe werden mit dem gruppenanalytischen Konzept der «Matrix» beschrieben. Im theoretischen Verständnis mag dieser Begriff eine gewisse «Unschärfe» aufweisen, in der praktischen Arbeit mit Gruppen jedoch ist «die Matrix» erfahrungsgemäss hilfreich, um Gruppenprozesse zu erfassen und zu verstehen. Die Gruppenanalyse wurde von S. H. Foulkes (1898–1976) begründet und beruht auf Psychoanalyse und Gesellschaftswissenschaften.

Mir war klar, dass eine Supervisionsgruppe mit Teilnehmenden, die nach unterschiedlichen Methoden arbeiten, hohe Ansprüche stellt und störanfällig ist. Im Wissen um diese Schwierigkeiten vereinbarten wir eine erste Besprechung mit allen Beteiligten in der Klinik.

2. Die erste Besprechung

Bei der ersten Besprechung sind der leitende Arzt, eine Oberärztin, ein Oberarzt und alle Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter anwesend. Gleich zu Beginn wird die Vielfalt der verschiedenen Gruppenkonzepte deutlich, nach denen im Psychotherapiebereich der Klinik gearbeitet wird. Die Unterschiede machen sich vordergründig vor allem an den äusseren Umständen fest: Die Art der Gruppe (Gesprächs- oder Kunst-/Ausdruckstherapiegruppe), die Zusammensetzung der Gruppe, wie häufig die Gruppen stattfinden und wie sie in das Behandlungskonzept der Station eingebettet sind. Die ausgesprochenen und unausgesprochenen persönlichen Vorstellungen der Gruppenleitenden über Gruppentherapie und ihre leitende Funktion respektive Koeitungsfunktion haben grosse Auswirkungen auf die Vorstellungen über das Verständnis von Gruppentherapie und den Umgang mit dem Setting. Die Gruppenleitenden sind unterschiedlichen therapeutischen Ausrichtungen verpflichtet: Psychoanalyse, Kunst- und Ausdruckstherapie, Psychodrama oder Gestalttherapie. Einige

haben auch entsprechende gruppentherapeutische Erfahrungen, andere scheinen eher eklektisch zu arbeiten. Die Spannweite der klinischen Erfahrung ist sehr gross. Ferner sind verschiedene Berufsgruppen vertreten, Ärztinnen und Ärzte, Psychologinnen und Psychologen, Kunst- und Ausdruckstherapeutinnen und Pflegerinnen und Pfleger. Sie vertreten unterschiedliche Hierarchiestufen im Klinikalltag, mit den entsprechenden Funktionen und Verantwortungen.

Zum einen gibt es «reine» Gesprächsgruppen, deren Mittel ausschliesslich der verbale Austausch ist, und zum anderen «kombinierte» Gesprächsgruppen, die abwechselnd als Gesprächsgruppe oder als Kunst-/Ausdruckstherapiegruppe stattfinden. Auf gewissen Stationen ist die Gruppe für alle Patientinnen und Patienten verpflichtend, auf anderen Stationen ist die Teilnahme freiwillig. Je nach Stationskonzept haben die Gruppenleitenden gewisse Patienten aus der Gruppe auch in Einzeltherapie. Sämtliche Gruppen arbeiten mit Koeitungsleitung. Das Verständnis von Koeitungsleitung ist von Station zu Station verschieden. Das Spektrum reicht vom gleichberechtigten Leiterpaar, das abwechselnd leitet und sich wechselseitig unterstützt, bis zur Vorstellung einer leitenden Person sekundiert von einer beobachtenden Person.

Im Verlauf dieser ersten Besprechung nehme ich bei den Gruppenleiterinnen und Gruppenleitenden eine grosse Bereitschaft und ein Interesse sowohl für die Arbeit mit Gruppen als auch an einem gegenseitigen Austausch wahr, unterstützt und gefördert vom leitenden Arzt, der Oberärztin und dem Oberarzt.

Hingegen ist die Geschichte der Supervisionsgruppe nicht fassbar. Auf mein Nachfragen hin, wird mir lediglich mitgeteilt, dass es dieses Angebot schon früher gegeben habe und die damalige Gruppe Schwierigkeiten hatte, einen gemeinsamen Termin zu finden. Nachträglich ist mir dann die Frage durch den Kopf gegangen, ob in der «Matrix» dieser Supervisionsgruppe die erwähnten Schwierigkeiten nicht nur in bezug auf einen gemeinsamen Termin bestanden, sondern auch in bezug auf ein gemeinsames «Terrain». Die mögliche Ambivalenz gegenüber dieser Supervision kommt jedoch nicht zur Sprache. Auch ich bin vom Enthusiasmus der Gruppe beflügelt und explore nicht weiter, was präziser formulierte Anliegen und mögliche Ängste und Widerstände sein könnten. Davon ausgehend, dass die Supervision für alle Beteiligten ein Ort sein kann, sich über

Korrespondenz:

Dr. med. Susanna Kretschmann
Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Gruppenanalytikerin SGAZ
Neptunstrasse 14
CH-8032 Zürich
e-mail: skretschmann@hin.ch

Erfahrungen auszutauschen und damit das Schwierige und Belastende zu «halten» und zu verstehen versuchen, bleibe ich zu nahe beim Konzept der «guten Gruppe». Mögliche Konfliktpotentiale wie beispielsweise die Bedeutung hierarchischer Unterschiede in der Supervisionsgruppe werden kaum angesprochen, weder von mir noch von den Teilnehmenden.

Am Ende der ersten Sitzung entscheide ich mich, den Auftrag anzunehmen. Die Festlegung des Settings ist überraschend einfach – im nachhinein zu einfach. Die Supervision findet einmal im Monat statt und soll für Gruppenleitende von psychotherapeutischen Gruppen verbindlich sein. Jährlich ist eine Evaluation vorgesehen.

3. Von den Schwierigkeiten, eine gemeinsame Sprache zu finden

In den ersten Supervisionsitzungen wird anhand der vorgestellten Situationen aus den Gesprächsgruppen deutlich, wie schwierig und belastend die Teilnehmenden ihre Aufgabe als Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter erleben. Der Druck, unter dem vor allem die unerfahrenen Leiterinnen und Leiter stehen, wird auch in der Supervisionsgruppe spürbar. Für einige ist es vermutlich auch nicht so einfach, in diesem Kreis zu sitzen und von der eigenen Arbeit und den damit verbundenen Gefühlen zu erzählen. Andere hingegen haben mehr Selbstvertrauen und Erfahrung, sowohl mit dem Leiten von Gruppen als auch mit Gruppensupervisionen. Ich weise darauf hin, dass sich gegenseitig vertrauen zu können ein Prozess ist und seine Zeit braucht, sowohl in dieser Supervisionsgruppe als auch in Patientengruppen.

Mein gruppenanalytischer Zugang weckt möglicherweise widersprüchliche Gefühle, die jedoch nicht zur Sprache kommen. Für Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter, denen die analytische Haltung vertraut ist, ist es vermutlich einfacher; es gibt auch einige, die eher skeptisch sind, im Laufe der Supervision jedoch ein für mich überraschendes, intuitives gruppenanalytisches Verständnis entwickeln.

Die «en passant» geäußerten Vorstellungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowohl über Sinn und Zweck der Gruppentherapie als auch der Leitung sind überaus vielfältig. Mit hinein spielt dabei, wie die Gruppentherapie in das jeweilige stationäre Behandlungskonzept eingebunden ist, wie sich die Gruppe zusammensetzt, die «Matrix» der Station sowie die therapeutische Ausrichtung, Haltung und Persönlichkeit der Gruppenleitenden und der Koeitenden. Einige wünschen, mit Hilfe der Supervision mehr von ihren Gruppen und den laufenden Gruppenprozessen zu verstehen. Andere möchten einfach besser leiten können, ein Teilnehmer möchte «Managementmethoden» zur Führung von Gruppen lernen. Obwohl die Anliegen an die Supervisionsgruppe und die Vorstellungen über Gruppentherapie unterschiedlich sind, ist es für den Fortgang der Supervision hilfreich, dass diese Unter-

schiede zur Sprache kommen und thematisiert werden können.

Im ersten Jahr der Supervision überwiegt ein grundsätzliches Interesse an der Arbeit mit Gruppen, und es ist für mich eindrücklich, wie bezogen und hilfreich die Teilnehmenden aufeinander eingehen und sich in ihrer Arbeit unterstützen können.

Als Illustration eine Fallvignette aus einer Supervisionsitzung:

Frau A., Kunsttherapeutin, berichtet, dass kürzlich auf ihrer Station das Konzept geändert und beschlossen wurde, zwei Gesprächsgruppen zusammenzulegen. Für die erste Sitzung der neuen Gruppe plante Frau A. eine gestalterische Arbeit, die Patientinnen und Patienten sollten auf einem grossen Blatt Papier den eigenen Platz aushandeln und so miteinander in Kontakt kommen. Diese weigerten sich jedoch ihrer Aufforderung nachzukommen. Frau A. war über das Verhalten der neuen Gruppe sehr irritiert und verunsichert. Sie möchte mit Hilfe der Supervisionsgruppe verstehen, was da in Gang gekommen ist. Im Laufe der Supervisionsitzung zeigt sich, dass die Zusammenlegung der beiden alten Gruppen organisiert wurde, ohne dass die bevorstehende Veränderung in den Gruppen angekündigt wurde. Solche Settingsveränderungen haben jedoch immer eine grosse Auswirkung, sowohl auf die einzelnen als auch auf die Gruppe als Ganzes. Veränderungen im Hier und Jetzt reaktivieren auch alte Gefühle. Zum Beispiel Gefühle des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und Wut auf die mächtigen (elterlichen) Autoritäten und möglicherweise auch Erinnerungen an frühere «Gruppenzusammenlegungen», zum Beispiel im Rahmen der Bildung von Patchworkfamilien. Das «Nicht-Thematisieren» der bevorstehenden Veränderung verhindert diese Gefühle bekanntlich nicht, verstärkt allenfalls eine frühere traumatische Erfahrung, einfach vor Tatsachen gestellt zu werden und nichts zu sagen zu haben. Die Supervisionsgruppe zeigt jedenfalls grosses Verständnis für die Weigerung der Patienten. Ein Teilnehmer findet, eigentlich habe man den Gruppen doch etwas weggenommen und erst noch als besser verkauft. Das Verhalten der Patienten in der neu zusammengelegten Gruppe kann besser verstanden werden. Ich habe den Eindruck, dass die Gruppenleiter und Gruppenleiterinnen sich sowohl mit Frau A. und ihrem Eingebundensein in der Institution als auch mit den Patientinnen und Patienten, über die verfügt wurde, identifizieren konnten und dadurch ein vertieftes Verstehen der vorgestellten Situation möglich wurde.

Die Supervisionsitzungen verlaufen unterschiedlich, teilweise auch harzig und schwierig. Die Teilnehmenden stehen oft unter dem äusseren Druck der Aufrechterhaltung des Klinikbetriebes. Möglicherweise stehen sie auch unter innerem Druck. Sie bleiben unabgemeldet weg, kommen später, gehen früher. Diese Störungen können jedoch meistens nur beschränkt bearbeitet und verstanden werden, da die Supervisionsgruppe monatlich stattfindet und in ihrer Zusammensetzung ständig Schwankungen unterliegt.

Die Gruppenleitenden befinden sich mit ihren Patientengruppe in einer vergleichbaren Situation. Wir fragen uns: Was brauchen Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter für Rahmenbedingungen, damit sie gut arbeiten können? Welche Bedeutung kommt der äusseren Realität zu, und wo wird sie als Abwehr eingesetzt? In solchen Situationen erschweren die verschiedenen Gruppenkonzepte und vor allem die unterschiedlichen therapeutischen Haltungen ein vertieftes Verstehen. Es kommt mir manchmal vor, als ob die «Sprachen» so verschieden sind, dass ein Austausch nur in Ansätzen möglich ist.

Dies beschäftigt mich, und ich stelle mir immer wieder die Frage: Wie können wir eine gemeinsame Sprache entwickeln und uns über die Arbeit und das Leiten von Gruppen verständigen?

4. Bruchstellen oder der Zwang zum Handeln

Wegen einem komplizierten Armbruch, den ich beim Schlittschuhlaufen erlitten hatte, war ich gezwungen, eine Supervision kurzfristig abzusagen. In der folgenden Sitzung erfahre ich zu meiner grossen Überraschung, dass der Oberarzt und die Oberärztin das letzte Mal dabei sind und die Klinik verlassen. Die beiden hatten seit Beginn anderthalb Jahre zuvor an der Supervisionsgruppe teilgenommen.

Abschied und Trennung und die damit verbundenen Vorstellungen und Gefühle sind in Gruppen zentrale Themen. Mit dem Austritt zweier wichtiger Mitglieder ist die Supervisionsgruppe in dieser Sitzung in grossem Ausmass davon betroffen. Dennoch können weder die Gruppe noch ich diesen zweifachen Abschied angemessen thematisieren. In der Fallvorstellung hingegen geht es um Abschied, Trennung und Tod. Ein Koeiterpaar hat beschlossen, angesichts des Wegganges des einen Leiters, die stationäre Gesprächsgruppe zu beenden. Ich bin irritiert, dass die Gruppe deshalb sterben soll. In meiner Vorstellung ist die Gruppe das therapeutische Instrument, und es erscheint mir gerade in solchen Situationen wichtig, dass die Gesprächsgruppe weitergeht. Meine Bemerkung, dass die Koeitung in einer solchen Situation eine wichtige Funktion für die Kontinuität der Gruppe habe, kommt nicht an. Die unterschiedlichen Behandlungskonzepte und Vorstellungen zeigen sich in dieser Sitzung in aller Deutlichkeit. Die Stimmung in der Supervisionsgruppe bleibt angespannt und brüchig zugleich und lässt sich nicht klären.

Nachträglich habe ich mich gefragt, weshalb wir nicht über das Offensichtliche gesprochen haben: dass zwei für die Konstitution und das Bestehen dieser Supervision wichtige Personen die Gruppe verlassen und dass diese grosse Veränderung Angst, Verunsicherung, möglicherweise auch Neid und Wut, bei denen, die bleiben, auslösen könnte. Der zweifache Abschied hat, wie im weiteren Verlauf deutlich werden wird, nicht nur grosse Auswirkungen auf die Supervisionsgruppe, sondern auch auf die zwei, von diesen

Oberärzten geleiteten Psychotherapiestationen.

Die nächste Sitzung markiert den Wendepunkt in der Supervisionsgruppe. Noch ist der Weggang zweier Mitglieder nicht «verdaut». Die beiden neuen in Oberarztfunktion, ein Mann und eine Frau, sind zum ersten Mal dabei. Sie sind für einige der Teilnehmenden auch die Vorgesetzten auf der Station. Da beide aus Deutschland kommen und hochdeutsch sprechen, klären wir als erstes die Frage, in welcher Sprache wir uns verständigen. Vordergründig scheint dies kein Problem zu sein. Beide betonen, Dialekt zu verstehen, und würden sonst nachfragen. Bald wird jedoch spürbar, dass es um mehr geht, als um ein rein sprachliches Problem. Es prallen in gewisser Weise auch verschiedene therapeutische Sozialisationen und Kulturen aufeinander. Die beiden sind neu in der Schweiz, und es ist für sie vermutlich auch nicht leicht, sich in der Klinik mit ihren gewachsenen, zum Teil auch etwas verwirrenden Strukturen zurechtzufinden. Ein weiterer Umstand ist nicht zu unterschätzen, die Teilnahme an einer analytischen, das heisst wenig strukturierten, Gruppe kann Unbehagen und Angst auslösen, wenn man damit nicht vertraut ist.

Der neue Oberarzt wirft alte Fragen zum Setting dieser Supervisionsgruppe auf: Wer bestimmt, wer hier dazu gehört? Wieso gibt es auf den Psychotherapiestationen störungsspezifische Gruppen, deren Leiter hier nicht teilnehmen? Der Ton wirkt auf mich angriffig und scheint mir auf eine bis anhin nicht thematisierte Fragestellung hinzuweisen: den Stellenwert störungsspezifischer Gruppen in der Supervisionsgruppe. Ich fühle mich überrumpelt, und auch die Gruppe wirkt wie gelähmt. Die in der Gruppe herrschende Spannung, Verunsicherung und Angst haben sowohl mit dem, was nicht mehr ist, zu tun, als auch mit dem Kommenden, das «in der Luft» liegt. Die Spannung lässt sich nicht auflösen und führt gewissermassen zur «Flucht nach vorne». Wir versuchen zu arbeiten und verharren lange bei der ersten Fallvorstellung. Das Setting droht mir zu entgleiten. Vorgestellt wird eine schwierige Gruppensituation: Patientinnen und Patienten, die unabgemeldet wegbleiben und damit die Gruppe und den Gruppenleiter belasten. In gewisser Weise, so scheint mir, ist in dieser Fallvorstellung die aktuelle Situation und der weitere Verlauf der Supervisionsgruppe vorweggenommen. Die Luft ist dick, die Spannung gross. Gegen Ende der Sitzung entscheide ich mich, die neuen Teilnehmer, die im Verlauf der Sitzung immer ruhiger wurden, direkt anzusprechen. Der Oberarzt äussert sich mit einem heftigen entwertenden Affekt: hier zu sitzen sei reine Zeitverschwendung. Diese Aussage erlebe ich als einen Angriff, sowohl auf die Gruppe als auch auf mich. Nachdem ich mich etwas gefasst habe,

erwidere ich, die Unzufriedenheit mit mir als Supervisorin sei nun auf dem Tisch. Es gebe unterschiedliche Vorstellungen über Gruppentherapie, und es sei mir ein Anliegen, dass wir uns in einem ersten Schritt über die unterschiedlichen Vorstellungen austauschen könnten. Zur Diskussion kommt es nicht mehr, da wir die Sitzung aus Zeitgründen beenden müssen. Ich gehe davon aus, dass alle Beteiligten weiterhin ein Interesse an einem Austausch über das Leiten von Gesprächsgruppen haben.

Die Bruchlinie in der Supervisionsgruppe ist unübersehbar. Festgemacht an der Abwesenheit des neuen Oberarztes, welcher der nächsten Sitzung kommentarlos fernbleibt und auch später nicht mehr in die Gruppe kommt. Da der aufgebrochene Konflikt nicht mit ihm direkt geklärt werden kann, bleibt die Supervisionsgruppe über längere Zeit im Ungewissen. Es ist vorauszusehen, dass die Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter, die auf der Station dieses Oberarztes Gesprächsgruppen leiten, früher oder später in Loyalitätskonflikte geraten werden. Die betreffende Psychotherapiestation soll neu konzipiert werden. Vorgesehen ist eine Spezialstation für Patientinnen und Patienten mit Borderline- und Essstörungen mit dem entsprechenden Angebot störungsspezifischer Gruppen. Weil die neuen Gruppenkonzepte der geplanten Spezialstation Auswirkungen auf die schon bestehenden Gesprächsgruppen haben, werden diese auch in der Supervisionsgruppe zum Thema. Wie werden sich die störungsspezifischen Gruppen auf die Gesprächsgruppen auswirken? Wie wird es für die Gruppenleitenden sein, wenn gleichzeitig verschiedene Gruppentherapien angeboten werden? Solche Fragestellungen verunsichern einzelne Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter. Die neue Oberärztin lässt sich immer öfters mit Hinweis auf Terminkollisionen entschuldigen. Zwei Gruppenleitende mit einem analytischen Hintergrund verlassen die Klinik und deren Nachfolger kommen nicht mehr in die Supervisionsgruppe. Es wird schwieriger, das Setting zu halten, und ich bin mir öfters nicht mehr im klaren darüber, wer noch zu dieser Gruppe gehört und wie viele Stühle ich im Kreis aufstellen soll.

Im weiteren Verlauf der Supervision konstituiert sich eine kleine «Kerngruppe» von weiterhin interessierten und engagierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Es sind vor allem Gruppenleitende, die einen Zugang zum psychodynamischen Verständnis von Gruppen haben, salopp gesagt, mehr oder weniger «Gleichgesinnte».

Meine Bemühungen scheitern. Das ursprüngliche Setting mit Gruppenleiterinnen und Gruppenleitern unterschiedlicher therapeutischer Richtung ist nicht wieder herzustellen. Eine E-Mail-Aktion des leitenden

Arztes, der alle ursprünglich vorgesehenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer an die Supervisionsgruppe erinnert, bringt nicht den erwünschten Erfolg. Beim angesagten Termin war der Gruppenraum zum ersten Mal geschlossen, und eine zufällig vorbeikommende Gruppenleiterin erklärte mir verwundert, sie habe gemeint, ich sei in den Ferien.

Obwohl ich die kleine «Kerngruppe» und ihre Arbeit sehr schätze, entschliesse ich mich, diese Supervision zu beenden. Es braucht im stationären Setting eine gewisse Gruppengrösse, da Absenzen wegen Dienst, Notfällen, Krankheit und Ferien häufig sind. Ich komme nicht umhin, mir einzugestehen, dass diese Supervision für Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter, die nach unterschiedlichen Methoden arbeiten, gescheitert ist. Bei der jährlichen Evaluation am Ende des dritten Jahres gebe ich meinen Entscheid bekannt.

5. Unlösbare Aufgaben lösen

Die Supervision der stationären therapeutischen Arbeit, sowohl der Einzel- als auch der Gruppentherapie, findet mehrheitlich im Gruppensetting statt. Die Gruppe soll einen geschützten Ort bieten, damit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von schwierigen und belastenden Situationen in ihrer Arbeit sprechen, und diese besser verstehen und handhaben können. Eine gute Supervisionsgruppe fördert langfristig die therapeutische Kompetenz der Teilnehmenden.

Sind die Behandlungsmethoden, nach denen die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Supervisionsgruppe arbeiten, sehr unterschiedlich, wird es für die Supervisionsgruppe schwieriger, sich gegenseitig zu verstehen und zu unterstützen. Damit eine Supervisionsgruppe trotz zunehmender Methodenvielfalt arbeitsfähig bleibt, braucht es einen Konsens der ärztlichen Leitung und der nach unterschiedlichen Konzepten arbeitenden therapeutisch Tätigen. Erstens, dass eine gemeinsame Supervision notwendig und sinnvoll ist, und zweitens, nach welcher Methode die Supervisionsgruppe arbeiten soll.

Angesichts der vielschichtigen Anforderungen, die ein solcher Konsens beinhaltet, bietet sich die methodenspezifische Supervision als Patentlösung an. Der Erfolg scheint sicher, da die Verständigung unter Gleichgesinnten in aller Regel einfacher ist – aber um einen sehr hohen Preis. Ein unverzichtbares Element der stationären Psychotherapie besteht nach meinem Verständnis gerade in der Vielfalt, Intensität und dem Zusammenwirken unterschiedlicher Behandlungsmethoden. Wird den zunehmenden Kommunikations- und Verständnisproblemen zu wenig Beachtung geschenkt, ist die stationäre Psychotherapie als ganzes in Frage gestellt.