



Deutsche Fachgesellschaft für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT) e.V.

Schattauer

www.schattauer.de www.pdp-online.info Herausgeber: Harald J. Freyberger, Greifswald

Thomas H. Loew, Regensburg Rainer Richter, Hamburg

## Supervision – theoretische Grundbezüge und Versorgungsrealität

Wolfram Schüffel; Pierre Frevert

#### Schlüsselwörter

Supervision, Würde, Gleichheit, Beziehung, Leiblichkeit, Bewegung

#### Zusammenfassung

Supervision wird als gemeinsame Er-Örterung eines Problemes verstanden. Diese Erörterung ist ein Prozess der Reflexion von Grenzen und Gemeinsamkeiten zwischenmenschlicher Beziehungen. Er dient einer Verbesserung der professionellen Kompetenz des Supervisanden bzw. der Mitglieder des zu supervidierenden Teams. Der Prozess ist ein Bewegungsablauf von sinnlich empfundener Qualität. In seiner Bedeutungshaftigkeit mündet er in Sinnbezüge ein. Das Supervisionsangebot lautet: Jede Beschwerde bzw. jedes Symptom als bedeutungsvoll wahrnehmen, um diese anhand einer "Doppelproblematik" zu verfolgen. Unter Doppelproblematik sind die getrennt erhobenen Probleme von Behandler und Behandeltem zu verstehen. Die Lösung des anstehenden Problems ist immer vor dem Hintergrund derer beider Problemsichten zu verstehen. Es kommt zu einem Bewegungs-Wahrnehmens-Prozess, der eine zweifache Frage nach dem Individuum und dessen Wertvorstellungen erlaubt: Zweifach erörtern Supervisor und Supervisand den nächstmöglichen Kleinen Schritt. Die Beteiligten bringen sich ein in ihren subjektiv-empfindenden wie in ihren personalzeitgemäßen Eigenschaften. Betont wird, dass Bewegen und Wahrnehmen im averbalen Bereich von größter Bedeutung sind. Der Sinn ergibt sich erst durch die Einbettung des Gesagten in das leibliche Verhalten. Hierdurch freigesetzte emanzipatorische Kräfte beziehen sich in unmittelbarer Weise auf Grundwerte, festgehalten im Grundgesetz.

Ĺ

### Keywords

Supervision, human dignity, égalité, relationship, unitary-lived-embodiment, moving

### Summary

Supervision is considered mutually perceiving an unsolved problem within human relationship of professional character. The supervisor initiates a process which helps to improve the professional performance of a single person or members of a team. The process becomes the focus and will be perceived (sensed). A purpose is continuously present hence sense can be inferred. Each supervision starts by exploring the (bodily) sensations' or the symptoms' "purpose" as reported by the supervised doctor. This again is initiated by comprehending a "double problem", i.e. comprehending the doctor's and the patient's diagnostic/ therapeutic problems separately. Hereafter the sensation or the symptom is followed up. The resulting circle of moving and perceiving (sensing) allows a twofold perception of the process of taking the Next Step. The first perception is based on the doctor's subjective-sensual resources; the second perception is based on his personal-contempory resources. The circle of moving and perceiving (sensing) is of a profound averbal nature intertwined with thin threads of verbal origin. Its purpose and sense may be inferred by viewing at its roots as "unitary lived embodiment" (Leiblichkeit; Husserl). Unitary lived embodiment is seen to be a fundament of civil rights.

## Supervision: basics in theory and how to practice them

PDP 2009; 8: 87-98

upervision hat in der ärztlichen Aus-, Fortund Weiterbildung einen festen Platz eingenommen, sei es beispielsweise in der Facharztweiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Allgemeinmedizin, Gynäkologie oder in der Zusatzausbildung wie Schmerztherapie oder Spezialisierung wie Akupunktur oder Psychosomatische Grundversorgung. Das Gleiche gilt für psychologische Therapeuten. Darüber hinaus fordern interdisziplinäre Teams von Kliniken oder einzelne Ärzte in Praxen Supervision an. Am beeindruckendsten ist der individuelle Bedarf des einzelnen Therapeuten: Es gibt Supervisionsgruppen derartiger Einzeltherapeuten, die seit zehn und zwanzig Jahren zusammenkommen und nicht mehr vereinsamt und isoliert sind. Ich selbst (W. S.) genieße es, 14-tägig in einer Einzelsupervision zu sein. Als 70-Jähriger erfahre ich durch meine wesentlich jüngere Supervisorin Ressourcen wie blinde Flecken.

### Werte und deren Reflektion innerhalb einer Beziehung der Bewegenden Sinnlichkeit

Supervision dient der Sicherung und Verbesserung der Qualität beruflicher Arbeit und grundsätzlich der Entwicklung von Personen und Organisationen, wobei sie sich auf die Kommunikation und Kooperation in diesem Kontext bezieht. Sie wird als Reflektion und nicht als Instruktion, als gemeinsame Erörterung eines Problems und nicht als Schulung verstanden (DGSV, 2008).

Für den medizinisch-therapeutischen Kontext sind Fall- bzw. Teamsupervisionen, d.h. Einzelbzw. Gruppensupervisionen relevant. Supervision wird ständig neu zur gemeinsamen Reflektion zweier Parteien, d.h. von Supervisand und Supervisor, angesichts eines zu lösenden Problems aus dem zwischenmenschlichen Bereich. – Das Problem bringt der Supervisand als Einzelner oder

als Team ein. Der Supervisor ermöglicht i. d. R. ein breiteres wie tieferes Zu- und Einordnen zugrunde liegender Problematik in zwischenmenschliche Bezüge. Die Reflektion bezieht sich auf bisher nicht zugängliche Bezüge des Wahrnehmens. Das Gemeinsame verweist auf einen Qualitätssprung des Erkennens, der aus Interaktion und eben nicht aus Addition erfolgt. – Die Gegenwartsform des Wortes Werden, das Wort "Wird" verweist auf die ständig sich neuartig vollziehende verbale Erkenntnis und auf leibliche Befreiungsprozesse. Es verweist zugleich auf das Gewordensein wie auf ein zu bestimmendes Werden.

In der Supervision als Prozess sehen wir das ständige Bemühen, vier Grundwerte zu verwirklichen:

- Das Individuum als Subjekt wie als Person erkennen: die Würde des Menschen erkennen.
- Das Individuum als Einheit sehen, ohne Abstrich nach Geschlecht, Alter, Beruf, Religion: die Gleichheit der Menschen anerkennen.
- Das Individuum in seinen Beziehungen zu Anderen wahrnehmen, respektieren und schützen: Die Zensur ist abgeschafft.
- Das Individuum als Mitmenschen in seinem Leiden wie in seinen Leidenschaften anerkennen: Beziehung als Realität akzeptieren.

Die Autoren bringen unterschiedliche Supervisionserfahrung ein. Als Mitautor (W. S.) bringe ich Supervisanden- wie Supervisorenerfahrung aus den Jahren 1963 bis 2009 ein. Die Erfahrungen beziehen sich auf Supervisandenerfahrung, u.a. mit (zeitlich geordnet): P. Kuiper (Amsterdam/ Heidelberg), R. Adler (Bern/Ulm), H. Radebold (Ulm/Kassel), D. Ohlmeier (Ulm/Frankfurt), M. Balint (London/Ulm), W. Loch (Tübingen/Ulm), B. Luban-Plozza (Locarno und Ascona), H. Wolf (London/Marburg), E. Müller (Boston/Marburg), J. Kütemeyer (Marburg; als Supervisorin der von mir geleiteten Klinik), M. Afflerbach (Marburg). Die Supervisionserfahrung, d. h. als Supervisor tätig, bezieht sich auf: Weiterbildungsstätte Marburg-Kassel-Giessen; Hilfsprogramm Grubenunglück Borken, 1988 (1988 – 1992); Anamnesegruppen als wissenschaftliches Forschungsprojekt (DFG 1971 – 1978) und als elektives Ausbildungsprogramm besonders engagierter Studenten im deutschsprachigen Bereich (1970 laufend); Psychosomatisches Curriculum LÄKH Bad Nauheim (1988 lfd.); laufende Klinikssupervisionen. Als Autor bringe ich (P. F.) meine Supervisionserfahrung als Psychoanalytiker, der von der Deutschen Gesellschaft für Supervision e.V. als Supervisor ausgebildet wurde, ein. Für die Förderung der psychoanalytischen Ausrichtung meiner Supervisionspraxis möchte ich u.a. die Ausbildungsleiter Dr. Bernd Oberhoff, Kassel und Edeltrud Freitag-Becker, Essen sowie Dr. Benjamin Bardé, Frankfurt nennen. Als Gründungsmitglied der bundesweiten und inzwischen aufgelösten Projektgruppe (psycho)dynamische Organisationsberatung konnte ich den ärztlichen und psychoanalytischen Blick um die Bewertung des Umwelt- und Organisationszusammenhanges erweitern. Meine Supervisionserfahrungen betreffen langjährige Begleitung von Teams in der Psychiatrie sowie Altenpflege und Einzelsupervisionen zu Fragen der Teamleitungskompetenz.

Eine der wichtigsten Wurzeln moderner Supervision entstammt der nach Michael Balint genannten Gruppenarbeit. Die Balintgruppenarbeit sehen wir geradezu als die am weitesten verbreitete Form von ärztlicher Supervisionsarbeit an. Die vorliegende Arbeit basiert zu einem wesentlichen Teil auf den hier gemachten Erfahrungen bzw. auf denjenigen Erfahrungen, die aus der Weiterentwicklung der Balintgruppenarbeit wie im Falle eigener Kliniktätigkeit, studentischer Anamnesegruppenarbeit und Beteiligung an psychosomatischer Grundversorgung entstammen. Die Balintgruppenarbeit vermittelt im Sinne der Beziehungsdiagnostik Einsichten in die emotionale Beziehung.

Das Sprechen mit dem Patienten, das Verstehen (Luban-Plozza 1998) und vor allem das Nachspüren (Fuchs, 1974) seiner Symbolsprache und seiner Körpersprache gehören zu einem Prozess, der Beziehungsdiagnostik zugrunde liegt. Sprechen, Verstehen und Nachspüren helfen, das ärztliche Mitagieren zu erkennen und mitzuempfinden und im gegebenen Falle zu fördern. Bei der Balintgruppenarbeit handelt es sich um eine

Form von begrenzter Selbsterfahrung, die die Erkenntnisse der Zusammenhänge zwischen professioneller Rolle und Persönlichkeit des Rollenträgers zum Gegenstand hat (Rappe-Giesecke, 2003, S. 35). In der Balintgruppenarbeit erwerben die Ärzte psychotherapeutische Fähigkeiten, die ihnen erlauben, eine ganzheitliche, d. h. patientenorientierte Medizin zu betreiben.

Gegenüber dem Anspruch von Balint habe die moderne *Supervision*, so ein Zitat, die Verbesserung der professionellen Kompetenz des Supervisanden im Blick (ebenda S. 36). In unserem hier vorgestellten Modell von Supervision wird Supervision dem Inhalt und Ablauf nach als ein ganzheitlich-phänomenologisches Vorgehen gesehen, das verbunden ist mit einem (gruppen-)psychodynamischen Ansatz. Bei diesem Vorgehen steht die *Unmittelbarkeit* der Arzt-Patient-Beziehung und der Symptombedeutung im Vordergrund. In den Hintergrund tritt das Mittelbare der üblichen Supervisionsansatzes wie auch des Ansatzes der Gruppensituation nach Balint.

Hierbei wird in einer "Doppeltechnik" ein siebenphasiges Austauschen von Arzt und Patient eingeleitet. Eine siebenstufige problemlösende Gruppenarbeit schließt sich an. Sie verläuft lösungsorientiert entlang den vier Bedeutungen des Hauptsymptoms, um in den "Nächsten Schritt" einzumünden (Schüffel 2005). Die im biografischen Gespräch gewonnenen Angaben werden auf einer (geometrischen) Parabel aufgetragen, deren beide Schenkel durch Geburt und Sterben bestimmt sind. Die Parabel ist unskaliert. Sie wird in gemeinsamer Arbeit von Behandler und Patient erstellt. Bei dieser Herangehensweise kommt der Supervisand, also der (Haus)Arzt mit seinem Patienten, persönlich zur Supervision. Wie in der Balintgruppenarbeit wird der Arzt (Supervisand) vom Kursleiter (Supervisor) nach seinem Problem in der aktuellen Arzt-Patienten-Beziehung gefragt. Anschließend fragt der Leiter/Supervisor den Patienten (des Supervisanden) nach seinem eigenen Problem in der Behandlung. Damit wird der "Doppelproblematik" Rechnung getragen, dass sowohl Arzt als auch Patient unterschiedliche Auffassungen von der gleichen Situation in der Arztpraxis haben. Die Parabel hängt vor den Augen von Arzt und Patient und wirkt in ihrer sinnlich-visuellen Qualität.

Dieser Aspekt einer bewegenden Sinnlichkeit zwischen Geburt und Sterben wird in der klassischen Balintgruppenarbeit nur ungenügend erfasst. Hierdurch kommt es zum "Einverständnis im Missverständnis" (Brucks et al 1999).

Das Gespräch mit dem Patienten entlang (körperlicher) Symptome wird beobachtet von der Gruppe teilnehmender Ärzte, die ebenfalls Supervisanden sind und von zusätzlichen Leitern (Supervisoren) aufgefordert werden, ihre Eindrücke mitzuteilen, die in einem in Schritten unterteilten Ablauf gemeinsam mit dem Kursleiter (Supervisor) und unter Beteiligung sowohl des Supervisanden (Haus-)Arztes als auch seines Patienten den nächsten kleinen Lösungsschritt erarbeiten (Schüffel et al. 2008). Diese Form der Supervision wird seit 1987 kontinuierlich in Bad Nauheim praktiziert und ist für die Curricula Psychosomatische Grundversorgung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung weiterentwickelt worden. Sie richtet sich an alle Ärzte, die sich mit einem ganzheitlichen und fundierten Ansatz dem psychosomatisch relevanten Versorgungsbedarf in den Praxen und Kliniken mit psychosomatischer Kompetenz stellen wollen.

Der VI. Veranstaltungsblock des 14. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung /Bad Nauheim, 21.-23. November 2008 wird als Beispielfall derzeitiger Probleme der Supervision und der Versorgungsrealität auf psychosomatisch-psycho-therapeutischem Sektor genommen und hier vorgestellt. Danach wird auf teambezogene Supervisionsarbeit eingegangen.

In der hier erfolgenden Hervorhebung des Subjektes greifen wir auf einen medizinisch-anthropologischen Ansatz (V. v. Weizsäcker 2008) zurück. Es handelt sich konzeptionell um eine genuine ärztliche Vorgehensweise entsprechend dem ärztlichen Versorgungsauftrag. Es handelt sich also *nicht* um ein additives Vorgehen, weder im theoretischen noch im pragmatisch-handlungsmäßigen Sinne. In der Verfolgung der einzelnen Betrachtungsebenen verdanken wir dem phänomenologischen Ansatz entscheidende

Hinweise (Welton 2000; Fuchs 2008). Zur Auseinandersetzung mit psychischen Realitäten folgen wir der Vorgehensweise der psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Psychotherapie. Entsprechend dieser Konzeption werden die Voraussetzungen für theoriegeleitetes interdisziplinäres Arbeiten geschaffen.

### Das Angebot: Jetzt die Bedeutung vorwegnehmen; eine Hypothese wagen

Die Versorgungsrealität und die hierbei entstehenden Supervisionsbedürfnisse wurden hier wiedergegeben durch die drei Tage des Wochenendes der Fortbildung vom 21. bis 23. November 2008 in der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Hessischen Landesärztekammer. Hieran beteiligten sich als Teilnehmer 30 bis 40 Ärztinnen und Ärzte verschiedenster Disziplinen im Durchschnittsalter von ca. 46 lahren. Die vier beteiligten Dozenten repräsentierten die Facharztbezeichnung "Psychosomatische Medizin und Psychotherapie", "Innere Medizin", "Psychiatrie" und die Gebietsbezeichnung Psychoanalyse. Die Dozenten sind sämtlich Balint-Gruppenleiter und Mitglied der Deutschen Balintgesellschaft. Die Teilnehmer werden als Supervisanden, die Dozenten als Supervisoren bezeichnet.

Die Supervisanden und Supervisoren setzten sich schwerpunktmäßig mit den Beschwerden bzw. Symptomen und zugrunde liegenden Krankheiten zweier anwesender Patienten auseinander. Exemplarisch handelte es sich um zwei ältere Patienten, nämlich um eine 66-jährige verheiratete Frau R. mit Atemnotsymptomatik und einem 80-jährigen verwitweten Mann Herrn K. mit von ihm so empfundenen Gedächtnis- sowie Schlafstörungen. Obwohl beide Patienten der höheren Altersgruppe angehörten, verlief die Bearbeitung der beiden Krankengeschichten und

damit der Beziehungsproblematik in grundlegend verschiedenen Richtungen: Die Bearbeitung wird aus dem "Hier und Jetzt" dargestellt. In der Sprache der Parabel ausgedrückt heißt das, in einem Falle wird die Richtung Geburt, im anderen Falle die Richtung Sterben verfolgt. Die Veranstalter gehen hierbei von einem Grundkonzept der Fortbildung aus, das "affektives Lernen am Fall" anstrebt. Es ist verbunden mit kognitiven und psychomotorischen Lerngegenständen. Die Teilnehmer erhielten eine entsprechende schriftliche Einführung, die im Februar 2008 im Hessischen Ärzteblatt veröffentlicht wurde (Schüffel, Merkle, Frevert et al. 2008). Sie beruht auf den Erfahrungen, die innerhalb von 14 Curricula seit 1988 gesammelt wurden und auf Vorarbeiten aus den Jahren 1981 bis 1987 basieren. Der Ausgangspunkt des Arbeitens ist im Angebot enthalten, aus dem vorliegenden Symptom heraus jetzt die Bedeutung vorweg zu nehmen. Das angesprochene Wagnis und die darin enthaltene Hypothese lautet: Durch sinnliches Ansprechen erreichen wir Bewegen, damit Fortschritt, Fortschreiten.

## Was ist wann, wo und wie eine Supervision?

Wir vertreten die These, dass dem Modell einer "bewegenden Sinnlichkeit" zwischen Geburt und Sterben jeder Supervisor in jeder Supervision folgt. Der Supervisor folgt hierbei der Schilderung des Supervisanden. Dieser orientiert sich seinerseits an der Hauptbeschwerde des Patienten. Auf eine möglichst wörtliche Darstellung der Beschwerden wird geachtet. Erfreulicherweise hat sich diese Forderung generell in der Psychotherapie durchgesetzt. Das ist keine Selbstverständlichkeit, wenn man ärztlich-praktische, klinische wie psychologisch-praktische Tätigkeit des Alltags verfolgt. Üblicherweise beginnen Patientenvorstellungen unter Zitieren von Befunden und deren Interpretationen bzw. von Diagnosen. Behandler, insbesondere jüngere neigen dazu, sie zu übernehmen. Hier wird dagegen die Stimmung des Treffens geschildert, die Situation mit den hieran beteiligten Personen und ihren derzeit vorherrschenden Formen des Auftretens (Einstellung) werden beschrieben. Die Bearbeitung von Stimmung, Situation und Einstellung orientiert sich an den Fragen was, wann, wo, wie? Hierbei wird von der beschriebenen symptomgeleiteten Doppelproblematik von Arzt und Patient ausgegangen.

Was? – Hiermit ist die subjektiv-persönliche Ausdrucksweise des Patienten gemeint, worüber er klagt, worüber er sich beschwert. Mit dem Was ist also das Symptom gemeint, das bei Frau R. die Atemnot ist, die sie im Gespräch erstmals für das achte Lebensjahr erinnert, als sie Fahrrad fahren lernen sollte und das auf Anraten ihres Großvaters nicht tun brauchte bzw. sollte. Sie hatte keine Balance finden können. Später wird sie immer wieder atemlos und kommt jetzt als 66-Jährige wegen dieser Atemnot bei nicht ausreichender Balance zur Ärztin. Diese hat peinlich genau alle Möglichkeiten moderner Diagnostik ausgeschöpft. Bei Herrn K. ist es das Symptom des "Wegschlafens" und des "Einschlafens". Das Symptom des Wegschlafens ist vierzig Jahre alt und hat erstmals in Gegenwart mehrerer Ehepaare begonnen. Damals wurde er plötzlich blass, so wurde damals im Kreise der Eheleute gesagt. Heute wird das Blass-Werden retrospektiv als ein Sick-Sinus-Syndrom diagnostiziert. Bei dem Einschlafen handelt es sich um eine Schlafstörung, die vor drei Jahren auftrat. Zeitlich folgte sie einer Nephrektomie wegen Krebs. Sie ist eher mit albtraumähnlichen Empfindungen verbunden; nach dem Erwachen ist sie begleitet von Augendruck beidseits. Hier war also eine klare und unterscheidende Beschreibung zweier zunächst identisch erscheinender Beschwerden und Symptome des gestörten Schlafes erforderlich. Es ist zu beachten, dass wir Beschwerden von Symptomen unterscheiden. Den Begriff des Symptoms verstehen wir im herkömmlich deutschsprachigen Sinne (in Abgrenzung zum Angelsächsischen).

Wann? – Hier zeigt sich, dass die Beschwerdesymptomatik in Frau R.'s frühe Lebensabschnitte reicht. Würde man weiter fragen, kämen Proble-

me des perinatalen und des intrauterinen Erlebens zum Vorschein: Die Mutter war schwanger, als der Vater im Krieg war und noch vor der Geburt des Kindes als vermisst gemeldet wurde. Es gibt viele Hinweise, dass die Mutter noch während der Schwangerschaft geradezu erstarrte und dann in das eigene Elternhaus zurückging (mit drei Kindern gemeinsam). Bei Herrn K. handelte es sich darum, dass ein alter Mensch sich mit all den hiermit verbundenen Problemen auf das Sterben einstellt. Er hält sich im Bad Nauheimer Gespräch zunächst zurück. Er ist "bärbeißig" (so die Formulierung des Interviewers), verweist aber schon sehr bald auf sechs Enkel, mit denen er im selben Haus zusammen wohnt. Schon hier wird seine soziale Eingebundenheit deutlich.

Wo? – Bedeutsam wird das Symptom inmitten der Kleinfamilie von Frau R., deren nunmehr gealterter Mann im Zustand nach mehrfachem Bypass zu Hause lebt und die sich um ihren gemeinsamen Sohn mit Tourette-Syndrom (die Fantasie hätte kein treffenderes Bild finden können. als es das Leben mit diesem impulsartigen Tic tat) kümmert, der im 38. Lebensjahr weiterhin bei den Eltern lebt. Bei Herrn K. handelt es sich um eine größere Familie, deren zwei Söhne verheiratet sind. Er lebt mit einem der beiden Söhne und dessen Familie im selben Haus. Er geht mittags und abends zum Essen ein Stockwerk tiefer. Er besucht regelmäßig den Stammtisch und beobachtet hierbei sein Skatspielen: Inwiefern kann er kognitiv dem Spiel folgen? Wo, d. h. im Rahmen welchen Leistungsabfalls muss er sich entscheiden, d. h. dem älteren Kameraden vergleichbar sich aus der Skatrunde verabschieden, der seinerseits die Zeichen der Zeit eines Verabschiedens erkannt hatte. Das wäre wieder ein Schritt in Richtung des Sterbens.

Wie? – Unter salutogenetischen Aspekten gesehen findet sich bei Frau R. ein Kohärenzgefühl, das untrennbar verschmolzen ist mit dem Wunsch, sich mit der Ärztin eine Ersatzmutter einzuverleiben. Es handelt sich um eine langwierige Übertragungsreaktion. Dementsprechend wird es sehr schwierig werden, mit der Patientin darüber zu sprechen, dass ihre bisher geheimen Wünsche darin bestanden, eine "Wohngemein-

schaft" (auch) mit ihrer Ärztin, der Supervisandin, herzustellen. Darüber hatte sie in Bad Nauheim im Laufe des Bewegenden Seminars gesprochen. Diese Wünsche wurden nunmehr öffentlich. Scham entstand. Daraufhin warf sie ihrer Ärztin vor, der Interviewer hätte ihr den Grossvater weggenommen. Der Interviewer (W. S.) hatte sie nämlich mit dem überbehütenden Verhalten des Großvaters konfrontiert. Der hatte gesagt, dass es im 68. Lebensjahr keinen Großvater mehr gibt, der für sie das Fahrrad hält und fährt. Sie selbst müsse fahren. Die Hausärztin könne die körperliche Ausgangsbedingung klären. Anders ist das bei Herrn K.: Er ist bereit, auf das Sterben einzugehen. Wichtig wird es hier sein, dass der Arzt und Supervisand den Wunsch des Patienten berücksichtigt, nicht übermäßig zu Fachärzten gehen zu müssen. Hiermit hatte der Arzt zunächst unbefriedigend umgehen können. Er will lieber bei seinem Arzt bleiben, den er als kompetenten Fachmann einschätzt, der auch fachärztliche Handlungen verrichten kann. Der auch Sterbebegleitung bietet. Hier wird beeindruckend deutlich, wie in der Bundesrepublik Deutschland derzeit verschiedenste Angebote einer Fortbildung in der Palliativmedizin bis hin zur Hospizarbeit aufgegriffen werden.

Sowohl das Problem der abgewehrten Ersatzmutter wie das Problem eines sich nicht als ausreichend kompetent fühlenden Sterbebegleiters konnten weitgehend gelöst werden.

# Supervisand und Supervisor als Teamspieler: Motivation, Krankheitsbilder, subjektiveempfindende Kräfte

Uns erscheint es extrem wichtig, die Frage nach der Motivation zur Supervision auf *beiden* Seiten zu verfolgen. Der Supervisand sucht aus einer professionell-entwicklungsmäßig gesehenen Sicht, also aus seiner eigenen Berufsentwicklung

heraus gesehen die Supervision deswegen auf, weil sie Teil des Aus- bzw. des Weiterbildungskataloges ist. Man muss sich abschminken zu meinen, dass die meisten Supervisanden aus eigenem Bedürfnis eine Supervision aufsuchen. Vielmehr stehen zunächst äußere Zwänge dahinter, nämlich die Verpflichtung, formellen Richtlinien zu genügen. Noch hat der Supervisand von einem Supervisionsangebot keine ausreichende Erfahrung gemacht, um es in seiner Tragweite einschätzen zu können. Der Supervisor seinerseits ist Vertreter der Aus-, Fort- und Weiterbildungsstätte. Er ist deren Katalogen und theoretischen Konzepten verbunden. Er hat aber auch Freude an dieser Form des kollegialen Austausches. In dieser Phase der Supervision herrscht das Motto vor, "Wir lernen für die Schule." Geht es gut, so versteht der Supervisor mit dem Supervisanden ein Spiel zu starten. Es geht um hier so bezeichnetes personalzeitgeschichtliches Verhalten.

Jenseits dieses Abschnittes und diesem Abschnitt nachfolgend, tritt mehr und mehr eine Stimmung, eine Situation und eine Einstellung in den Vordergrund, die insgesamt dem Motto verpflichtet sind: "Wir lernen für das Leben und nicht für die Schule." Der Supervisor wird mehr zum Begleiter und zum Berater. War es zuvor darum gegangen, die Theorie in den Phänomenen wiederzufinden, so geht es nunmehr darum, mit neu gemachten und theoriegeleiteten Erfahrungen die Praxis zu durchdringen; die Praxis ihrerseits wiederum den theoriegeleiteten Ausblick beeinflussen lassen. Es geht stärker um subjektivempfindendes Verhalten.

Zunehmend werden aus dieser wechselseitigen Durchdringung neue Perspektiven bzw. Horizonte erkannt. Auch rücken die Rahmenbedingungen der Arbeit in den Vordergrund. Fragen kommen hoch, wie Rahmenbedingungen der Praxis und des Krankenhauses und die vorbestehende Theorie beeinflusst werden und umgekehrt. Insbesondere gilt das für Supervisionen bezogen auf ein Team. Die geglückte Supervision hat nun dazu geführt, schöpferische Kräfte freizusetzen. Der Supervision als Teamspieler. Er wendet die Regeln des gelernten/mitgebrachten

Teamspieles in seinem Arbeitsfeld an (s. u., Beispiel des Kreativtherapeuten).

Frau R. und Herr K. repräsentieren die Problematiken der Patienten mit somatoformen bzw. mit autonomen Funktionsstörungen. Aus diesem Kollektiv heraus werden über weite Abschnitte nicht nur die Arbeitsabläufe in den Praxen, sondern die Arbeitsabläufe in den psychosomatischen Fachkliniken bestimmt. Es ist wichtig festzuhalten: Diese Gruppierungen beinhalten in der Regel auch das riesige Kollektiv der traumatisch gestörten Patienten. Denn diese werden (mit Ausnahme der Anpassungsstörungen) primär nicht diagnostiziert.

Eine dritte Gruppierung, neben den somatoformen und traumatisierten Patienten, sind die Patienten mit Problemen der Krankheitsverarbeitung. – Schließlich ist als vierte Gruppierung der Problembereich der psychosomatisch Erkrankten im engeren Sinne zu sehen, die früher als organisch Kranke bezeichnet wurden. Damit ergeben sich nacheinander aufgelistet:

- Patienten mit autonomen somatoformen Störungen; früher als funktionell Kranke bezeichnet; auch "Ausdruckskrankheiten" (Th. v. Uekküll, 1963)
- Probleme der traumatisierten bzw. retraumatisierten Patienten
- Probleme der Krankheitsverarbeitung
- Probleme der psychosomatisch Erkrankten im engeren Sinne, früher als organisch Kranke bezeichnet; auch "Bereitstellungskrankheit" genannt (v. Uexküll, a. a. O).

Diese vier Problembereiche bzw. Gruppen von Krankheiten werden aufgezählt, weil es in der Supervision pragmatisch gesehen darum geht, die Wechselwirkungen zwischen den vier Problembereichen zu unterscheiden.

Eine Supervision, die sich über ein konzeptionell so beschriebenes Arbeitsfeld erstreckt, bezieht sich auf die Lebensereignisse, die Ereignisverarbeitung und die Lebensgestaltung in dessen gesamtem Ablauf. Es geht also um Fragen der Bedeutung. Letztlich geht es um die Sinnfrage.

Die Krankengeschichten von Frau R. und Herrn K. umfassen geradezu rahmenartig das ganze Spektrum einer Supervision, wie sie hier verstanden wird. Zwischen Geburt (bei Frau R. kennzeichnenderweise in den Kriegsjahren 1939 bis 1945 und inmitten der größten menschlichen Massenkatastrophe, hier kennzeichnenderweise ein Wehrmachtssoldat und Gefangener in Russland) und einer nach außen geordneten Zivilisation des Jahres 2008/2009 kommen zeitgeschichtlich wirksame Kräfte zum Tragen, die Supervisand und Supervisor immer wieder in ihre Betrachtung einbeziehen müssen.

Subjektiv empfindendes und personal-zeitgeschichtliches Verhalten: Supervisand und Supervisor waren als Teamspieler angesprochen worden. Sie kommen sich, so war ausgeführt worden, über ihre beiderseitigen Motivationen näher, die Regeln des Teamspieles nachzuvollziehen. Das Teamspiel sind die Behandlungsabläufe in Praxis wie Klinik in ihrer hohen Differenziertheit. Diese Differenziertheit beruht auf Behandlerseite auf dem Selbstverständnis des Behandlers. Es beruht ergänzungsartig auf dem Verständnis der anderen Behandler, sich als Mitbehandler zu sehen. Als Autoren sprechen wir von einer zweifach gestellten Frage nach dem "Wer?", die Frage nach einem subjektiven (empfindenden) Wer und nach einem personalen (zeitgeschichtlichen) Wer.

## Das subjektive (empfindende) Wer

Dieses erste Wer gibt sich zu erkennen durch eine vierfache Frage nach dem Mut (Selbstkongruenz), der Sinnsuche (Authentizität), dem Erwerb von Kompetenz (Selbstkompetenz) und schließlich um die Frage, wie erwirke ich Sinnvolles (Entscheidungskraft)?

Ein Beispiel aus einer Kliniksupervision: Der Supervisor hatte in der Klinik vor dem Problem gestanden, dass an den von ihm geleiteten Sitzungen ein fester Kern von Teilnehmern zu finden war, sich je nach Jahreszeit Praktikanten, Famulanten und weitere Weiterbildungsteilnehmer einfanden. Das hatte zur Folge, dass die aus der Kerngruppe stammenden Beiträge deutlich weni-

ger persönliche Noten und weniger subjektive Konnotationen trugen und dass Diskussionen zu versanden drohten. Der Supervisor brachte diese Beobachtungen in die Gesamtgruppe ein und verband sie mit dem Angebot: Bitte überlegen Sie sich, wer zur Kerngruppe gehört. Wenn Sie das festgelegt haben, überlegen Sie als Angehöriger der Kerngruppe, was sie am liebsten sagen möchten, und sagen könnten, wenn die zeitweiligen Teilnehmer der Gruppe nicht zugegen wären. Wenn der Einzelne für sich geklärt hat, dass er in Abwesenheit der so definierten Anderen sprechen könnte, möge er sich bitte entsprechend äußern. Der Supervisor würde die zeitweiligen Mitarbeiter bitten, den Raum zu verlassen. Der Supervisor betonte, dass es sich keinesfalls um einen feindseligen Akt handelt. Die Intervention sei vielmehr dazu gedacht, die Arbeitskraft Aller zu fördern, nicht zuletzt die der zeitweiligen Mitarbeiter. Diese würden nämlich von einem jeweils festzulegenden Kernteilnehmer informiert, was als Nächster Schritt erarbeitet worden ist. Für den Supervisor überraschend wurde auf dieses Angebot sehr schnell zurückgegriffen. Zunächst wurde als Supervisionsfall die Problematik eines Morbus Crohn-Vaters und seiner depressiv-übergewichtigen Tochter eingebracht. Die Tochter wurde zur Index-Patienten dieser über Generationen "vermaschten" Morbus Crohn-Familie. Als jetzt die Unterscheidung der Generationen und ihrer Bedürfnisse in der Supervisionssitzung anstand, wünschte ein Mitglied der Kerngruppe, die zeitweiligen Teilnehmer mögen den Raum verlassen. Das geschah, Die Kerngruppe erarbeitete zielorientiert den nächsten Schritt und beauftragte einen Sprecher, die Hinausgegangenen über die Natur des nächsten Schrittes zu informieren. – Zur Interpretation des Abgelaufenen:

Wer hat Mut? Der Mut basierte auf einer stimmungsmäßigen "Ab-Stimmung" der tragenden Teammitglieder mit dem Supervisor, die Situation empfindensmäßig, d.h. sinnlich zu erfassen: Der Supervisor brachte nunmehr das Angebot ein, sich *innerhalb* erweiterter Perspektiven zu bewegen. Der Sinn erwuchs aus *sinnlicher* Wahrnehmung, in der sich der einzelne Supervisionsteil-

nehmer in Übereinstimmung mit dem Anderen empfand und wahrnahm.

Wer ersinnt? So wurde zu diesem Zeitpunkt der Supervision von einer bewegungstherapeutischen Teilnehmerin angesichts vorhandener "Vermaschung" und scheinbarer Erstarrung empfohlen, einen sog. "lady bump" auszuführen. Es wurde also auf einen Tanz der 70er-Jahre zurückgegriffen, als Frauen hüftschwingend Bewegung unter den Tanzenden induzierten. Die Bewegung zwischen den Geschlechtern wurde diesmal nicht tonangebend, sondern bewegungsangebend von einer Frau veranlasst. Das erschien zur damaligen Zeit sinnvoll. In der neuen Kliniksituation war es nicht anders.

Wer erwirbt? Die Arbeit am Selbst beinhaltet eine Ökologie wie eine Ökonomie im Einsatz bio-psycho-sozial-ethischer Ressourcen. Eine weitere Teilnehmerin der Sitzung entschloss sich, nunmehr ihren Wunsch bekanntzugeben, die Intimität der Kerngruppe herzustellen. Herstellen der Kerngruppe bedeutet ein Diskriminieren zwischen Kerngruppe und Schalengruppe. Mitglieder der Schalengruppe äußerten später ihren Ärger bis hin zur Wut, ausgeschlossen worden zu sein. Mitglieder der Kerngruppe wiederum äu-Berten später, Beklemmung, Herzklopfen empfunden zu haben. Der vorstellende Behandler, der ursprünglich als Übermittler der Nachricht vom Nächsten Schritt an Schalenmitglieder vorgesehen war, erkrankte gar eine Woche lang an einem fieberhaften Atemwegsinfekt. Die Folge war, dass jedes Mitglied der Gesamtgruppe, als Kern- wie Schalenmitglied subjektiv empfindend vor vergleichbaren Aufgaben stand: Jedes Mitglied musste sich auf eigene Kräfte besinnen, sich haushalterisch und sinnbezogen neuartig zu bewegen, damit eigene Einstellungen bewegungsmäßig zu hinterfragen.

Wer erwirkt? Es geht um Entscheidungskraft, die im vorliegenden Supervisionsfalle eine Stärkung des Selbst nahezu jedes Teammitgliedes zur Folge hatte: Jeder war auf sich verwiesen worden, sich wechselseitig in seinen Ressourcen wie Schwächen zu sehen. Nach außen manifestierte sich das in einer konstanteren und vollzähligeren Teilnahme an den folgenden Supervisionssitzun-

gen. Es kam sogar der Vertreter einer Berufsgruppe hinzu, die bisher nicht vertreten war. Zugleich war eine deutlich erhöhte Gruppenkohärenz spürbar.

Zusammenfassend: Der Umgang der Mitglieder des therapeutischen Teams hatte sich unter Supervisionsbedingungen deutlich im Sinne neuer Bewegungsmöglichkeiten verändert. Das war durch ein Mitglied des Teams wie durch Vorgaben des Supervisors *erwirkt* worden.

## Das personale (zeitgeschichtliche) Wer

Dieses zweite Wer gibt sich zu erkennen durch ein dreifaches Fragen nach dem Mitteilen (geradezu vererbend teile ich einen bio-psycho-sozial-ethischen Inhalt mit und tausche mich natürlich über Ablauf und Inhalt des Geschehens aus), nach dem Er-Teilen (Teile des Ererbten gebe ich weiter), nach dem Ur-Teilen (ich führe etwas auf Ursprüngliches zurück und teile es, trenne es von allem Ballast).

Angeführt wird zunächst ein Beispiel aus der klinischen Teamsupervision, dann aus der Situation eines Hochleistungssportlers im Teamverband. - Ein klinischer Kreativtherapeut entwickelte über ein halbes Jahr hin ein Bewegungsprogramm von 15 Minuten Dauer. Dieses Programm enthielt musikalische, formend-modellierende und erzählerische Momente. Es war als Angebot für alle Klinikangehörigen gedacht. Es wurde einmal pro Woche zu einer festen Zeit von 12.45 Uhr bis 13.00 Uhr angeboten, d.h. nach dem Mittagessen, vor der Schichtübergabe der Pflege. Das Angebot verursachte erfreute Zustimmung wie empörten Aufruhr. Die Zustimmung: Selbst nach wenigen Minuten, so berichtete ein Teilnehmer, hatte er sich inmitten des Kreises der Mitarbeiter aufgehoben und wohl gefühlt. Der Aufruhr: Man müsse schneller essen: man könne nicht mehr die erforderlichen Telefonate des Tages führen; man sei nicht bei der Entwicklung des Angebotes beteiligt gewesen; man könne sich dem Angebot nicht entziehen, ohne als Außenseiter dazustehen.

### In der Supervision wurde erarbeitet:

Wer teilt mit? – Ein Kreativtherapeut teilt mit und ver-Mittelt, was aus seiner Sicht die Mitte schöpferisch-bewegungsmäßiger Art in einer Klinik ist. Er teilt diese Mitte mit den Mitarbeitern dieser Klinik über 15 Minuten von insgesamt 2 400 Minuten/Woche (!). Befremden positiver wie negativer Form kommt angesichts dieser Zeitverhältnisse hoch. Wie füge ich mich (nicht) in den Zeitablauf ein? Was geben die 15 Minuten von mir wieder? Welchen Ausschnitt des Arbeitslebens teile ich mit dem Anderen?

Wer er-Teilt? – In der Teamsupervision befanden sich anlässlich der Besprechung dieses 15-Minuten-Angebotes alle therapeutisch Tätigen, also die Pflege ebenso wie die Leitung. Sowohl Pflege wie Leitung, wie Physiotherapie und Psychologen, wie Ärzte sahen sich der Frage gegenüber: Kann ich ein derart erteiltes Angebot annehmen? Wenn ja, mit welchen Konsequenzen?

Wer ur-Teilt? – Es ging um die Frage, was die Urbestandteile der tiefsten Anteile eines therapeutisch wirksamen Teams sind. Ihnen wurde nachgespürt. Lohnte es sich, schneller zu essen oder früher zu essen? Lohnte es sich, Telefonate ausfallen zu lassen oder zu verschieben? Jeder und Jede wurde nach ihrem Platz im Team gefragt. Der Platz im Team wurde zum Ur-Bestandteil.

In dieser Teamsupervision konnten viele Fragen verbalisiert werden. Dennoch wurde an Mimik, Gestik und Tonfall vieler Mitglieder deutlich, dass es lohnt, körperliche Zeichen in ihren leiblichen Bezügen aufzugreifen, wie das Beispiel eines Hochleistungssportlers im Teamverband an einem anderen Orte zeigt.

Anlässlich des 28. Maitreffens der Anamnesegruppen in Freiburg 2008 hatte sich eine "Gesundheitsgruppe" gebildet zur Frage "Was hält mich gesund?" Mit dem "Was" (vgl. oben) war das Empfinden gesunder Bewegungsabläufe gemeint. Piet, 28 Jahre, ursprünglich Krankenpfleger, jetzt Medizinstudent, beschrieb, wie er sich gesund hielt. Er betonte, dass ihm dies durch Leistungssport und hochwertige Nahrung gelinge. Piet gehört zu den hundert besten deutschen Sportlern seiner Disziplin. Trotz widriger Umstände (Trinkervater, Mutter als Co-süchtige) war es ihm gelungen, sich gesund zu halten. Nur hin und wieder gerate er beim Radfahren außer Atem. Er schilderte eine völlig flache Strecke von ca. 2 km Länge, die er zum Klinikum zu absolvieren hatte und die selbst den Untrainiertesten nicht außer Atem brächte. Der Supervisor hielt den unregelmäßigen Atemrhythmus, das Außer-Atem-Kommen für sich selbst fest, ohne es zu kommentieren. Er bemerkte zusätzlich einen Schweißfleck in Piets T-Shirt, der sich während des Gespräches im Bereich des epigastrischen Winkels herausbildete.

Piets Mit-Teilungen kreisten um die häusliche Situation, um Vaters Geringschätzung des pflegerischen und unakademischen Berufes, um sein jetziges und vom Vater geradezu angeforderten Medizinstudium und um den unerträglichen Druck, der bisher von Daheim ausgegangen war. Diese Äußerungen wurden von zehn Mitgliedern der Anamnese-/Gesundheitsgruppe als überzeugend bewertet. Die Leiter der einzelnen Diskussionsabschnitte er-Teilten dem Diskussionsablauf keine neuartigen Impulse, obwohl sie in einer Pausenbesprechung das Außer-Atem-Sein als bemerkenswert gefunden hatte. Dieses Beschwerdebild wurde von keinem (!) der zehn Teilnehmer diskutiert. Erst die Deutung der Übertragungssituation unter Hinweis auf den Schweißfleck ermöglichte die Akzeptanz folgenden Bildes: Piet radelte unbewusst gegen seinen Willen zum Medizinstudium, weil er seinem Trinkervater Achtung abgewinnen wollte. Er war sein Vater und blieb sein Vater, von dem er sich Anerkennung ersehnte

Das Ur-Teil dieser Szene ist der Schweißfleck. Es ist der schwitzende Körper in seiner leiblichen Beziehung zu Vater und Mutter, der über Sinn und Motivation das eigentliche Urteil abgibt. Das Ur-Teil erwächst aus einer Frage nach dem Hier als "personales (zeitgeschichtliches) Wer." Darunter ist zu verstehen, dass die beschriebene Doppelproblematik, die vierfache Frage nach Was, Wann, Wo, Wie und damit die erste, die subjektive (empfindende) Frage nach dem Wer folgerichtig zu einer zweiten Wer-Frage führt. Sie

ermöglicht Sinnfindung. Diese zweite Frage wird deshalb als personale (zeitgeschichtliche) Wer-Frage bezeichnet, weil aus ihr heraus die salutogenetische Frage (Antonovsky 1987; Schüffel, Brucks, Johnen et al 1998) gestellt werden kann: Was hält mich gesund, wie erhalte ich mich gesund? Aus dem Zusammenwirken mit dem Anderen erwächst das Kohärenzgefühl. Mit Hilfe dieses Kohärenzgefühles handhaben wir die Geschehnisse unseres Lebens, wir nehmen Ereignisse und Abläufe vorweg und wir kommen zu Sinnbezügen.

### Diskussion: Supervision als emanzipatorisches Bewegen

Die Arbeit ist an der Versorgungsrealität orientiert. Stilbildend für diese Versorgungsrealität hat sich im deutschsprachigen Raum unter der Anleitung von U. Egle und Mitarbeitern (1993, 2007) Gruppenarbeit mit Schmerzpatienten ausgebreitet. Egle ging symptomzentriert, also körperbezogen, eigentlich leibbezogen vor, indem er die Bedeutung des Symptoms als Indikator für schwerste biografische Bedeutung wie für aktuelle Übertragsungs-/Gegenübertragungsverhalten wertete. Dieser Ansatz einer körperbezogenen Arbeit wurde allgemein aufgegriffen (Joraschky, Loew, 2008). psycho-Röhricht Dieser primär dynamisch-psychotherapeutische Ansatz wurde im VT-Bereich parallel entwickelt (Köllner 2005). Köllner spricht von einer Situation des "Sokratischen Gespräches".

Es gilt nunmehr, Arzt/Therapeut und Patient/ Klient gemeinsam an einem Bewegungsprozess teilhaben zu lassen, der durch leib-Haftige, also leibteilhabende Erfahrungen gekennzeichnet ist. Gruppenarbeit bietet sich als das therapeutische Modell der Wahl an. Diese Gruppenarbeit wird zwar von professionellen Behandlern getragen. An ihr beteiligen sich jedoch Patienten und Klienten als genuin Leidende. Diese Gruppenarbeit folgt ihren eigenen Regeln. Sie werden für den Coaching- und Beratungsbereich als entschei-

dend wichtig beschrieben (Migge 2005). Es ist eindrucksvoll zu lesen, wie im Coachingbereich nicht nur auf tiefgreifende zwischenmenschliche Beziehungen im Sinne einer Dyade zurückgegriffen wird. Es ist vor allem eindrucksvoll zu sehen, wie es in diesem primär nichttherapeutischen Bereich vor Pathologien geradezu wimmelt. Migge (2005) diskutiert u. a. die Gruppenmodelle von Foulkes, Schindler, Bion und im weiteren Sinne von Bateson bzw. Watzlawik. Sie erscheinen uns nicht nur kompatibel mit unseren eigenen Supervisionserfahrungen (einschließlich Intervision). Sie erscheinen vielmehr geeignet, Supervisionserfahrungen unter anthropologisch-phänomenologischer Perspektive (V. v. Weizsäcker 2008) zu verfolgen. Hierbei wird es möglich, Abstimmungen innerhalb eines "Netzwerkes von Bewegungen" durchzuführen (Schüffel 2009). Sie würde eine weitgehende Überwindung des Leib-Seele-Dualismus ermöglichen.

Diese weitgehende Überwindung des Dualismus – sie ist nie vollständig – erfolgt im Bewegen. Sie erfolgt als *bewegende Sinnlichkeit* im Ablauf des Lebens. Die Richtung ist nie im Voraus festgelegt. Hierdurch ist sie bewegend im wörtlichen wie im übertragenen Sinne. Freilich ist das eine weitgesteckte Perspektive. In voller Absicht wurden zu Beginn der Arbeit Grundwerte aufgeführt, die sich auf das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland beziehen: Artikel 1, 3, und 5 (Grundgesetz 1949). In anderen Worten: Supervision ist in ihrem Kern ein *emanzipatorisches*, ein basisdemokratisches Verfahren.

#### Literatur

Deutsche Gesellschaft für Supervision e. V. (2008). Konzept, www.dgsv.de

Luban-Plozza B (1998). Über die Entwicklung der Balintarbeit, In: Luban-Plozza B, Heide Otten U, Petzold E. Grundlagen der Balintarbeit-Beziehungsdiagnostik und -therapie, Leinfelden-Echterdingen: Bonz Verlag,

Fuchs M (1974). Funktionelle Entspannung – Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem, Hippokrates, Stuttgart

Rappe-Giesecke K (2003). Supervision für Gruppen und Teams, Heidelberg: Springer.

Schüffel W (2005). Das Erstgespräch aus ärztlich-phänomenologischer Sicht: Symptomzentriert. In: pdp – Psychodynamische Psychotherapie 4: 68–84.

Brucks U, Wahl B, Schüffel W (1999). Die epikritische Fallbetrachung, Prozessentwicklung und Qualitätssicherung in therapeutischen Beziehungen. Heidelberg: Asanger. Schüffel W, Merkle W, Frevert P, Rackwitz L, Atmanspacher D, Schoeppner A (2008). Freude haben an der Fortbildung. Psychosomatische Grundversorgung, Bewegendes Seminar, Symptomzentrierung und Sinnfindung. Hessisches Ärzteblatt 2: 88–90.

von Weizsäcker V (2008). Warum wird man krank? – Ein Lesebuch, herausgegeben von W.Rimpau, mit einem Vorwort von K. Dörner und W. Rimpau. Frankfurt: Suhrkamp.

Welton D (2000). The Other Husserl. The Horizons of Transcendental Phenomenology. Bloomington: Indiana University Press.

Fuchs T (2008). Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer.

von Uexküll T (1963). Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Hamburg: Rowohlt.

Mayrhofer D, Oude-Aost J, Schönbohm S, Schüffel W (2009). Gesundheitsgespräch auf dem Maitreffen der Anamnesegruppen. Frankfurt: POM 25.

Antonovsky A (1987). Unraveling the Mystery of Health; San Francisco: Jossey-Bass.

Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hrsg) (1998). Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden: Ullstein Medical.

Egle U, Hoffmann SO (1993). Der Schmerzkranke Stuttgart: Schattauer.

Egle U, Derra C, Gruner B, Kappis B, Köllner V, Maatz E, Schoof M, Schubert U, Schwab R (2007). Fibromyalgie und Leistungseinschränkung, Psychotherapeut 6: 436–442.

Joraschky P, Loew T, Röhricht F (2009). Körpererleben und Körperbild: Ein Handbuch zur Diagnostik. Stuttgart: Schattauer.

Köllner V, Broda M (Hrsg) (2005). Praktische Verhaltensmedizin. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.

Migge J (2005). Coaching und Beratung. Weinheim-Basel: Handbuch –Beltz Verlag,

Schüffel W (2009). Medizin IST Bewegung; Projekte Verlag

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949.

### Korrespondenzadresse

Prof. em. Dr. med. Wolfram Schüffel Kaffweg 17a 35039 Marburg Tel. 06421–176330 E-Mail: wolfram@schueffel.de Homepage: www.schueffel.com