

Trauma, Organisation, Psychose – Gruppenanalytische Supervision im Feld der Psychiatrie*

Rudolf Heltzel

Einleitung

Im März 1962 präsentierte Winnicott vor der British Psycho-Analytical Society einen kurzen Vortrag mit dem Titel „Die Ziele der psychoanalytischen Behandlung“. Er begann so:

„Wenn ich Psychoanalyse betreibe, habe ich drei Ziele:

lebendig zu bleiben;

gesund zu bleiben;

wach zu bleiben.

Mein Ziel ist, ich selbst zu sein und mich gut zu benehmen“ (Winnicott 1965/1984, S. 217).

Er habe, führte Winnicott weiter aus, Freude daran Analyse zu betreiben. Wenn der Patient aber *keine* Standardanalyse brauche oder wenn er sie nicht vertrage – etwa weil Angst vor dem Verrücktwerden den Schauplatz beherrsche – dann arbeite er als Psychoanalytiker und mache etwas anderes, das der Situation angemessen sei. „Und warum nicht?“ beschloss Winnicott seinen Vortrag (Winnicott 1965/1984, S. 222) – Offenbar sah er es so, dass wir uns keine Sorgen um den Sinn unserer Therapien machen sollten, solange wir uns *selbst* lebendig und schwungvoll in den Behandlungsprozess einbringen können, und solange wir uns angemessen auf unsere Patienten und ihre Bedürfnisse einstellen. Oder so formuliert: An die Patienten angepasste Therapien halten lebendig, und lebendige Therapeuten sind die Voraussetzung guter, auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmter Therapien. *Das wird manchmal nicht so gesehen:* Der Therapeutische Leiter einer Einrichtung, die sich für „Need-adapted-Treatment“ einsetzt, sagte mir im persönlichen Gespräch: „Na klar, wir pressen unsere Mitarbeiter aus wie Zitronen. Wir verheizen sie. Unseren Patienten kommt das aber zugute!“ Ich kenne auch andere Leitungen, die große Empathie, Sensibilität und Fürsorge in *Patientenkontakten* aufbringen können, diese Qualitäten im Umgang mit *Mitarbeitenden* aber weitgehend vermissen lassen. Sie könnten auf diese Weise zum „Burnout“ ihrer Mitarbeiter beitragen, auch wenn sie dies nicht so offen ausdrücken wie mein Gesprächspartner.

Das Statement Winnicotts hat natürlich etwas Idealtypisches, und die Situation in der psychoanalytischen Einzelpraxis lässt sich nur sehr eingeschränkt auf multidisziplinäre Teamarbeit in der institutionellen Therapie übertragen. Ich möchte daher meine Überlegungen mit einem *realen Praxisbeispiel* solcher Arbeit fortsetzen:

In einer langjährig erfahrenen, engagiert geführten sozialpsychiatrischen Komplexeinrichtung leite ich blockweise Fallsupervisionen verschiedener Teams, in denen es (ergänzend zu regelmäßigen Teamsupervisionen bei einer anderen Supervisorin) spezifisch um die Reflexion von Betreuungen *forensisch* eingebundener Bewohner geht. Der Anteil dieser Patienten an der Klientel gemeindepsychiatrischer Einrichtungen nimmt bekanntlich zu, wobei die meisten dieser neuen Patienten an Psychosen leiden. – Ich kenne viele Mitarbeitende und die Leitungen dieser Komplexeinrichtung gut und schätze sie sehr wegen der sozialpsychiatrisch fundierten, von einer humanistischen Haltung getragenen Beziehungsarbeit, die auch reflektierte Grenzsetzungen beinhaltet. Neben der kontinuierlichen Bearbeitung von Gegenübertragungsreaktionen in der forensisch eingebundenen Arbeit geht es zentral um die Reflexion unabdingbarer Kooperationen (also um „Connecting“, um Vernetzung) nicht nur in der Einrichtung selbst, sondern auch mit niedergelassenen Ärzten, Rechtsbetreuern und Vertretern der Forensischen Psychiatrie.

In dieser Sitzung treffe ich ein mir vertrautes Team und die zuständige Abteilungsleitung, die in zwei Tagen umziehen und ihre Anstellung wechseln wird. Auch ihre Nachfolge, die bereits ein anderes Großteam als Abteilungsleitung verantwortet, wirkt mit (die Einrichtung wird umstrukturiert, die Anzahl der Leitungen reduziert, die Leitungsspanne erweitert). Die Teamleitung fehlt entschuldigt wegen einer Pflichtfortbildung über „Burnout“. Für diese 90-minütige SV-Sitzung liegen zu viele dringende Themen an: Zwei forensische Betreuungen müssten besprochen werden, vordringlich aber ein psychotischer Bewohner, für den *kein* forensischer Rahmen besteht. Ob das möglich sei? Der Fall beinhalte auch strukturelle Fragestellungen, v. a. solche, die die Kommunikation zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen betreffen. Die Verbindung zwischen Team und Leitung sei unterbrochen, so könne eine solch schwere Arbeit nicht aufrecht erhalten werden. Insbesondere eine engagierte Mitarbeiterin möchte diese strukturellen Fragen unbedingt mit einbeziehen – ob das ausnahmsweise vorstellbar sei?

Kasuistik

Ich stimme zu, und so steigen wir in die aktuelle Kasuistik ein. Es geht um Herrn Z., einen etwa vierzigjährigen Bewohner, der an einer psychotischen Erkrankung leidet und sich derzeit in einer akuten Krise befindet. Wieder einmal habe er das Neuroleptikum abgesetzt, worauf sich seine Verfassung erwartungsgemäß verschlechtert habe. Nun leide er unter ausgeprägten Wahnideen, bizarren Körperbeeinflussungserlebnissen und ernsthaften Denkstörungen. Er wirke getrieben und aggressiv gespannt, sei ständig unterwegs und rede ganz

wirr. Dabei werde seine Verfassung auch durch eine andere, ebenfalls gravierend psychotische Bewohnerin beeinflusst, die ständig in seiner Nähe sei und die Atmosphäre durch laut vorgetragene wahnhaftige Gedanken auflade. Auch die ebenfalls betreute Freundin des Patienten trage nicht zur Entspannung der Situation bei, da sie Herrn Z. rate, die Betreuung und Behandlung zu beenden...

In den letzten Wochen hat Herr Z. zweimal die Klinik aufgesucht, wurde von dort aber in unverändertem Zustand und ohne Absprache wieder entlassen. Wenige Tage vor der Supervision eskaliert die Situation an einem Sonntag: Die allein im Dienst befindliche Mitarbeiterin findet Herrn Z. an der Musikanlage. Den Kopf unmittelbar über die Lautsprecher gebeugt, hat er die Musik maximal aufgedreht. Die psychotische Mitbewohnerin läuft im Kreis um ihn herum, gestikuliert unentwegt, redet unzusammenhängend und bezichtigt Herrn Z. in offenbar wahnhafter Verkennung verschiedener Übergriffe. Als die Betreuerin den augenscheinlich gequälten Bewohner ruhig und freundlich anspricht, um Kontakt zu ihm aufzunehmen, dreht er sich unvermittelt um und schlägt ihr mit der Hand heftig auf der Kopf. Sie erschrickt sehr und ist sprachlos. Auch Herr Z. scheint über sich selbst und seine Reaktion erschrocken. Er deutet irgendwie an, dass es ihm leid tue, dann zieht er sich wieder in seine psychotische Welt zurück und ist im Kontakt nicht mehr erreichbar...

Die Mitarbeiterin bittet daher die in Rufbereitschaft befindliche Abteilungsleitung um akute Unterstützung. Diese fährt sofort in die WG und ruft gleichzeitig die Polizei. In Gegenwart der schnell eintreffenden, umgänglichen Beamten spricht sie mit Herrn Z.: Er dürfe niemandem körperliche Gewalt antun, und er müsse sich in seiner gegenwärtigen Verfassung in stationäre Behandlung begeben. Herr Z. stimmt zu und lässt sich von den Polizeibeamten in die Klinik fahren. Wenige Tage später kehrt er wieder in die WG zurück, ohne dass sich etwas geändert hätte. Erneut kommt es zu aggressiv aufgeladenen Krisensituationen, und wieder muss die Polizei gerufen werden. Da Herr Z. heftige Drohungen ausstößt und eine Fahrt in die Klinik kategorisch ablehnt, wird er von den Polizeibeamten überwältigt und in Handschellen in die Klinik gebracht. Diese Situation dürfte Herr Z. als traumatisch erlebt haben, und so geht es auch dem Mitarbeiter, der in der SV davon berichtet. Er betreut den Patienten seit Jahren und hat schon viele schwierige Situationen mit ihm durchgestanden. Jetzt fühlt er sich außerordentlich belastet und überlegt, die Betreuung abzugeben. Die in der Entwicklung zum Ausdruck kommende Destruktivität hat ihn offenbar zermürbt.

In der vor dieser Sitzung durchgeführten, parallel laufenden Teamsupervision, die ohne Beteiligung der Abteilungsleitung stattfand, hatten sich die Beteiligten mehrheitlich für die sofortige Kündigung des Mietvertrages mit Herrn Z. ausgesprochen. Die Abteilungsleitung hielt

dies nach Abwägung aller Umstände aber für *nicht* vertretbar. Sie hat dem in der Klinik befindlichen Patienten einen Brief geschrieben, den sie in der Supervision vorliest. Darin teilt sie Herrn Z. mit, dass körperliche Gewalt in der Einrichtung tabu sei und keinesfalls toleriert werden könne. Sein weiteres Verbleiben in der WG setze voraus, dass er sich angemessen behandeln lasse, Übergriffe dieser Art dürften sich nicht wiederholen. In der Sitzung fügt sie hinzu, dass der Vertrag mit Herrn Z. gekündigt werde, wenn er gegen diese Auflage verstoße. Der Bewohner habe aber eine ernsthafte Chance verdient, auch juristisch sei dies gefordert. Hier stimmt auch die Mitarbeiterin zu, der Herr Z. am Wochenende auf den Kopf schlug: Sie habe sich zwar sehr erschrocken und keine Worte dafür gefunden, der Patient habe aber Tränen in den Augen gehabt und signalisiert, dass es ihm leid tue. Sie frage sich, ob er ihr nur auf diese Weise habe demonstrieren können, was in *seinem* Kopf vorgegangen sei: Nämlich eine unglaubliche Anspannung, in der er nicht mehr habe denken und kommunizieren können.

So weit meine Kasuistik, die von belastender Beziehungsgestaltung, von notwendigen Grenzsetzungen und von komplexen Kooperationen in der Arbeit mit Menschen handelt, die an Psychosen leiden.

Die Belastungen, Ängste und Sorgen, die der aggressiv gespannte Patient auslöst, dürften verschiedene Quellen und Auslöser haben. Ich kann sie hier aus Zeitgründen nur kurz skizzieren: Die *Vernichtungsängste des Patienten* vermittelten sich seinem Umfeld vermutlich auf dem Weg projektiver Identifizierungen: So wie sich manche WG-Betreuer fühlten – am Ende ihrer Kräfte, verlassen, traumatisiert, hilflos, wütend, explosiv und unfähig zu denken – etwa so könnte sich auch Herr Z. in seiner akuten Krise gefühlt haben. Dies zu „containen“, ist eine große Herausforderung.

In der Geschichte steckt aber noch mehr: Die Umstrukturierung der großen Einrichtung hat nicht nur fachliche, sondern wohl auch *ökonomische* Hintergründe. Es muss gespart und umstrukturiert werden, da die von den Kostenträgern zugestandenen Fallpauschalen sinken, während die Personal- und Sachkosten steigen. Dieser ökonomische Druck löst Ängste aus, die sich teils auf den Bestand des Arbeitsplatzes, teils auf den Erhalt der bisherigen Qualität beziehungsorientierter Arbeit beziehen. Da die Betreuung forensischer Patienten aus alternativen Geldtöpfen finanziert wird, können die ökonomischen Risiken des „Kerngeschäftes“ durch die Aufnahme dieser neuen Patienten abgepuffert werden. Die Verbindlichkeiten in der Kooperation mit forensischen Institutionen vermitteln Sicherheit. Auch das allmählich wachsende Gefühl, mit der Betreuung dieser Patienten eine sozialpsychiatrische Aufgabe zu erfül-

len, die die gewachsene Berufsidentität erweitert und Anerkennung verdient, führt zu einem Zuwachs an innerer Sicherheit.

Dieser wird jedoch wieder in Frage gestellt, denn forensische Patienten sind psychisch kranke Menschen, die teils schwere *Straftaten begangen* und Mitmenschen ernsthaften *Schaden zugefügt* haben (etwa die Hälfte von ihnen sind Menschen mit Psychosen). Der persönliche Austausch mit ihnen und die Schwere der Verantwortung, die die Betreuung dieser Patienten unausweichlich mit sich bringt, lösen unbewusste Vernichtungsängste aus und wecken destruktive Potenziale, die wahrgenommen, reflektiert und verarbeitet werden müssen. Betreuungen forensisch überwiesener Patienten werden daher von vielen als besonders belastend erlebt. Zugleich bieten sich die Erfahrungen dieser spezifischen Arbeit als *Abwehr* von Ängste an, die sich *ohnehin* in *allen* psychiatrischen Betreuungen aufdrängen (wie die Betreuungsgeschichte von Herrn Z. zeigt).

Die Einrichtung stellt viele Angebote bereit, um Leitungen und Mitarbeitende bei der Bewältigung dieser komplexen Herausforderungen zu unterstützen: Dazu zählen spezifische Fortbildungen, Teamsupervisionen und Fallberatungen, vor allem aber *gute Führung* (Heltzel 2013): Nach meinem Eindruck wird umsichtig, achtsam, persönlich engagiert und verantwortungsvoll Leitung und Führung ausgeübt – bis zum letzten Tag des Berufslebens. Dies erscheint mir von zentraler Bedeutung, denn wenn es an guter Führung mangelt, droht Traumatisierung. Das führt mich zum nächsten Punkt.

Trauma und Organisation

Der Soziologe und Gruppenanalytiker Earl Hopper publizierte kürzlich einen Band über *Trauma und Organisationen* (Hopper (Ed.) 2012). In der Einführung stellt er unter Bezug auf Winnicott und Bion dar, wie extreme Hilflosigkeit und traumatische Erfahrungen *unbewusste Vernichtungsangst* in Gruppen und Organisationen auslösen. Er beschreibt gruppale psychosoziale Abwehrprozesse als Reaktionen auf diese Ängste. Sie signalisierten, so Hopper, dass das wirkliche *Überleben der Gruppe* in Frage gestellt sei. Neben dem Grundlagenartikel des Herausgebers enthält der Band dreizehn weitere Arbeiten von psychodynamischen Organisationsberatern. Mehr als die Hälfte davon thematisieren die Psychiatrie und andere psychosoziale Felder. Sie handeln von Organisationen, die nach Einschätzung der Autoren kumulative Traumatisierungen erlitten.

Robert D. Hinshelwood (Hinshelwood 2012), ein der Tavistock-Tradition verpflichteter Psychoanalytiker, beschreibt in dem erwähnten Band institutionelle Dynamiken in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung, die psychotische Patienten gemeindenah behandelt und betreut. Nach seinem Eindruck trägt persönlicher, emotionaler Stress der Mitarbeitenden, der seine Quelle in der Arbeit mit den psychotischen Patienten hat, zu Organisationspathologie bei. Stress dieser Art werde oft verschwiegen, oder verharmlost und mit einer Haltung der Indifferenz kommentiert („das gehört eben zur Arbeit dazu“). „Verrücktheit“ zu containen, überfordere die Patienten, ihre Verwandten, Freunde und Nachbarn, oftmals aber auch die Professionellen – zumindest, wenn diese nicht *ebenfalls* Containment erfahren. Sie erlebten – so Hinshelwood – die Abweisung ihrer Hilfsangebote und die Realität nur kleiner und kleinster Erfolge als individuelles Scheitern, auf das sie oftmals mit persönlichen Schwierigkeiten und – bei dauerhaftem Mangel an Unterstützung – mit „Burnout“ reagierten. Kumulierender persönlicher „Burnout“ trage zu einer *Organisationspathologie* mit folgenden Symptomen bei: Demoralisation, hohe Krankenstände, hohe Personalfuktuation, schwere berufliche Selbstzweifel, emotionale Distanz zu den Patienten, Arbeit nach Vorschrift, paranoid getönte Vorwürfe in Richtung Führung, Spaltungs- und Fragmentierungsprozesse unter den Beschäftigten, chronische Kämpfe zwischen verfeindeten Gruppen und Teams und schließlich: chronische Abwendung von der primären Aufgabe (Vernachlässigung der Behandlungen und Betreuungen). Immer massiver auftretende Gefühle des eigenen fachlichen Unvermögens (die auf andere Berufsgruppen und andere Teammitglieder projiziert würden) bewirkten einen Prozess der wechselseitigen Missachtung, der alle Beteiligten schwäche. Arbeitswissenschaftler bezeichnen diese Phänomene (die keineswegs auf die Psychiatrie beschränkt sind) heute als „*organisationalen Burnout*“ (Dilk und Littger 2008, Badura u. a. 2010).

Diese Befunde klingen bedrückend. Sie mögen sie als überzeichnet und fragwürdig empfinden. Als psychodynamischer Berater vieler Teams und Organisationen kamen mir bei der Lektüre aber sofort sozialpsychiatrische Einrichtungen in den Sinn, die den Beschreibungen Hinshelwoods entsprechen. Darunter befinden sich gerade auch sehr renommierte, ehrgeizige Reformvorhaben. In dem erwähnten Sammelband berichtet mein gruppenanalytischer Berater-Kollege Gerhard Wilke über eigene Forschungen (Wilke 2012), wonach Teams und Organisationen (darunter auch psychosoziale) kumulativ traumatisiert wurden, indem Beschäftigte die individuelle Erfahrung massiver repetitiver Überlastung machten (also dauerhaft mehr leisten mussten, als sie bewältigen konnten) und dabei seitens der Führung in endloser Abfolge mit immer neuen Konzepten und weiteren Umstrukturierungen konfrontiert wurden. Auch hierzu fallen mir beispielhaft Einrichtungen aus meinem Beratungsalltag ein.

Besonders belastend und tatsächlich kumulativ traumatisierend ist es, wenn Führungen oder Leitungen, statt zur Bewältigung der skizzierten Problemlagen beizutragen, *selbst* zur Quelle steigender Frustration, Belastung und Überforderung werden. Das kann verschiedene Ursachen und Hintergründe haben: Formen persönlicher Abwesenheit (fehlende Präsenz im räumlichen, zeitlichen oder psychologischen Sinne); spezifisches Desinteresse an Mitarbeiterführung und OE; Mißbrauch der Organisation zu narzißtischen und anderen Zwecken; Neigung zu Willkürherrschaft; persönliche Eigenheiten wie Konfliktunfähigkeit, Beziehungsstörungen oder auch handfeste psychische Erkrankungen u. a. m. (Kets De Vries 1998; Kernberg 2000). Führungskräfte stehen heute unter enormem Druck und benötigen *selbst* Containment und reflexive Räume, um ihre Rolle klären und weiterentwickeln zu können. Meine Beratungspraxis zeigt mir immer wieder, wie reflektierte und engagierte Führung manch aktuelle Zumutung auffangen, abpuffern und „containen“ kann (Badura u. a. (Hrsg.) 2011; Lohmer u. a. 2012; Heltzel 2012).

Einige der aktuellen Zumutungen und Drangsale psychosozialer Arbeit sind bereits in der Kasuistik angeklungen, etwa die übermächtigen ökonomischen Zwänge und ihre Folgen für die Qualität der Arbeit und das Sicherheitsgefühl. – In psychiatrischen Feldern bündeln sich Patientendynamiken, institutionelle Dynamiken und die Dynamik des gesellschaftlichen Umfeldes. Das macht diese Arbeit spannend, aber auch belastend. Meine nächsten Punkte werden dies weiter ausführen.

„Anti-Group“ und „Anti-Task“

Wenn Gruppen, Teams oder Organisationen unbewussten Ängsten ausgesetzt sind, die den Untergang, die das Überleben der Gruppe angesichts überwältigender Bedrohung zum Inhalt haben, entwickeln sich mittels projektiv-identifikatorischer Prozesse (also ohne elaborierte Verständigung) „(...) mächtige emotionale Tendenzen“ (Bion 1974, S. 106) im Sinne einer *Gruppenmentalität*. W. Bion hat diese Tendenzen *Grundannahmen (GA)* genannt. Es handelt sich um regressive Varianten psychosozialer Abwehr, die das *psychische Überleben* der Gruppe sichern, diese aber definitiv von den Erfordernissen der Realität entfernen. Sie behalten daher massive destruktive, die Arbeitserfüllung torpedierende Potenziale („Anti-Group“, „Anti-Task“):

Die Gruppe kann in maximaler Abhängigkeit und Lähmung verharren und Rettung von einer als allmächtig phantasierten Führung erwarten (*GA Abhängigkeit*). Tritt die Rettung nicht ein, können maximale Enttäuschung, Wut und tiefe Hoffnungslosigkeit resultieren, so dass die

eigentliche Arbeitsaufgabe vollkommen in den Hintergrund gerät. Die Gruppe kann Feindbilder und paranoid getönte Verschwörungstheorien kultivieren (*GA Kampf-Flucht*), mit der Folge, dass jedes Vertrauen in andere, in den Sinn und die Zukunft der Arbeit erodiert. Die Gruppe kann den kollektiven Glauben an etwas Verheißungsvolles in der Zukunft entwickeln (etwa ein neues, idealtypisches Behandlungskonzept), das, wenn nicht die Rettung von allem Übel, so doch dauerhafte Erfüllung in der Arbeit verspricht (*GA Paarbildung*). Die Gruppe kann in zahllose, unverbundene Fragmente zerfallen (*GA „Me-ness“*: Jeder überlebt für sich, alles andere ist ihm gleichgültig), oder sie kann zu einer amorphen Masse verschmelzen (*GA „One-ness“*: Alle fühlen und denken das Gleiche, es gibt keine Unterschiede mehr, keinen Austausch verschiedener Sichtweisen). Schließlich können alle diese Grundannahmen ineinander übergehen, sie können oszillieren, so dass ein sehr vielgestaltiges, verwirrendes Bild entsteht.

Mitglied einer solchen Gruppe zu sein, kann eine Zumutung, manchmal auch eine Qual sein, und so überrascht es nicht, dass es Major Bion war, der diese *Gruppenmentalität* herausarbeitete: Wilfred Bion war für einige Wochen Mitglied im Staff des Northfield Military Hospitals nahe Birmingham, wo kriegstraumatisierte britische Soldaten behandelt und fit für den Einsatz gemacht wurden (dann wurde er versetzt, weil er es versäumte, eine Verbindung zu seinen Vorgesetzten herzustellen und sie vom Sinn seiner Arbeit zu überzeugen). Bion war unglaublich pessimistisch, was Gruppen betraf, aber vielleicht war gerade diese Voreingenommenheit eine Voraussetzung dafür, *destruktive Potenziale in Gruppen* mit großer Schärfe wahrzunehmen und zu beschreiben. Heute kommen auch Foulkes'sche Gruppenanalytiker nicht mehr ohne Bions Gruppen-Konzept aus.

Michael Foulkes, der vor seiner Emigration aus Deutschland Sigmund H. Fuchs hieß, wurde wie Bion Offizier der britischen Armee und setzte sich „(...) drei Jahre lang Tag und Nacht“ (Foulkes 1978, S. 15) zusammen mit seinen Kollegen Tom Main und Pat de Maré für den Aufbau der „Therapeutischen Gemeinschaft“ in Northfield ein. So pessimistisch Bion in Bezug auf Gruppen war, so optimistisch waren Foulkes und Main, und so wurde Northfield zur Wiege der Gruppenanalyse. Die beiden bildeten nicht nur die ersten psychotherapeutischen Kleingruppen, sie entwarfen auch das Bild der Klinik als *ein zusammenhängender sozialer Organismus*, der durch fließende Kommunikation zwischen den Beteiligten lebendig gestaltet wurde, inklusive der fortlaufenden Reflexion unbewusster Gruppen- und Institutionsdynamik in einem spezifischen gesellschaftlichen Kontext (Heltzel 2000, S. 98-99). Heutige gruppenanalytische Konzepte der Psychosenpsychotherapie (Schermer, Pines (Ed.) 1999) heben auf die zentrale Bedeutung der *Bezogenheit* und der Schaffung und Aufrechterhaltung von *Verbindungen und Zusammenhalt* ab. All dies geht dies letztlich auf Foulkes und seine Mitstrei-

ter in Northfield zurück. In der **Diskussion** könnte uns beschäftigen, dass dies *Kriegszeiten* waren, und dass zentrale Figuren dieses Projektes während des 1. WKs mit großer Wahrscheinlichkeit *Traumatisierungen* erlitten: Bion war Panzerkommandant auf britischer Seite, wobei die „Kommandanten“ damals im Kugelhagel *vor* ihren tanks zu gehen hatten (sie waren also hervorgehobene, besonders gefährdete Infanteristen). Foulkes war Funker und *Verbindungs(!)offizier* auf deutscher Seite und erlebte (überlebte) zahlreiche Fronteinsätze....

Der Gruppenanalytiker Morris Nitsun führt in seinem Konzept der *Anti-Group* Bion und Foulkes zusammen (Nitsun 1996): Im diesem Fall werde die Gruppe als Objekt zu einem fragilen, gefährlichen oder abweisenden Container (Nitsun 1996, S. 107). Die Abwesenheit von Führung fördere regressiv-destruktive Gruppenprozesse, deren Motor Angst sei, die das *Überleben der Gruppe* betreffe. Es handele sich also um *Vernichtungsangst* – ganz ähnlich der psychotischen Angst, die Bion als Kern der Gruppenerfahrung ansehe. Mit Verweis auf ihn beschreibt Nitsun Prozesse der Fragmentierung zwischen Individuen, sowie zwischen Gefühlen, Gedanken und Bedeutungen. *Verbindungen* herzustellen und zu integrieren bekomme daher in den Verfassungen der „Anti-Gruppe“ eine noch größere Bedeutung als ohnehin (Liesl Hearst, die mit Foulkes persönlich zusammenarbeitete, spricht in Anlehnung an Winnicott von der „*Holding-Together-Function*“ der Gruppenanalytikerin: Hearst 1982). Abschließend möchte ich skizzieren, was dies für meine Beratungen im Feld der Psychiatrie bedeutet.

Gruppenanalytische Supervision in der Sozialpsychiatrie

Supervision für Teams: Jede Supervision in der Psychiatrie bewegt sich im Schnittfeld zwischen Professionellen, Patienten und der jeweiligen Organisation. Gruppenanalytische Supervision findet in der Regel als *Integration von Fallarbeit und Teamentwicklung* statt (Barthel-Rösing 2005, Heltzel 2000, 2007). An den Sitzungen nehmen – wie in der Kasuistik dargestellt – meist auch die zuständigen *Leitungen* teil. In freier, kaum strukturierter Form können sowohl fallbezogene Anliegen, Phantasien, Ängste und anderes angesprochen werden, als auch Einfälle und Gedanken, die die Zusammenarbeit im Team oder das Verhältnis zwischen Team und Leitung betreffen. Das ermöglicht, sowohl Fall- und Teamdynamik, als auch die Organisationsdynamik und deren Einbindung in einen ökonomischen, politischen oder historischen Kontext in den Blick zu nehmen. Die Spiegelungen und Wechselwirkungen zwischen diesen verschiedenen Einflussebenen machen die spezifische *Felddynamik* aus. – Wenn es der „Fall“, bzw. das Anliegen erfordert, können weitere am Thema Beteiligte dazu geladen werden. Das können Vertreter anderer Teams, oder therapeutisch-fachliche Vorge-

setzte, aber auch Spezialisten des Controllings oder der Verwaltung sein. In der fallbezogenen Arbeit erscheint es nicht selten sinnvoll, wenn nicht unabdinglich, *Kooperationspartner einzuladen*, die ebenfalls mit dem Patienten arbeiten. Wenn etwa in der Supervision des Ambulanzteams – aus gegebenem Anlass und befristet – gesetzliche Betreuer und Vertreterinnen des Betreuten Wohnens mitwirken, oder wenn umgekehrt Vertreter der Ambulanz zur Supervision im Betreuten Wohnen anreisen, können verschiedene Sichtweisen über den „Fall“ ausgetauscht, Konflikte in der Kooperation geklärt und sinnvolle Vernetzungen gefördert werden, was den betreffenden Patienten zugute kommt. – Das Supervisionssetting kann auch *von vornherein übergreifend* gestaltet werden, indem *alle* an einem bestimmten Behandlungskonzept (z. B. der „integrativen Psychosentherapie“) Beteiligten regelmäßig in einer *Median-Group* (20-25 Personen) zusammenkommen. Eine solche Runde kann dann sowohl zur differenzierten Fallarbeit, als auch als Beitrag zur Entwicklung und Zukunftssicherung des Projekts genutzt werden. – Ich hoffe, dass ein gruppenanalytisches Prinzip deutlich wird: Es geht um das möglichst kreative *Fördern von Verbindungen*, um Vernetzung oder „Connecting“ (wie ich es übrigens schon aus meiner Tätigkeit als Sektorpsychiater kenne).

Der Supervisor zwischen den Fronten: Natürlich konfrontiert *jede* organisationsbezogene Beratung den Supervisor mit Spannungen und Konflikten zwischen den Beteiligten (Heltzel und Weigand 2012). Er wird einbezogen, beeinflusst, instrumentaliert, unter Druck gesetzt, womöglich auch manipuliert. Das ist schon in einer beliebigen Teamsupervision der Fall, noch mehr aber in Beratungen, die sich auf mehreren Hierarchiestufen und an mehreren Orten der Organisation abspielen (Komplexberatungen): Als externer Berater in solchen Fällen gerate ich fast immer zwischen die Fronten interner Kämpfe um Ressourcen, um Macht oder Anerkennung. Wenn ich in diesem Sinne als Berater oder „Haus-supervisor“ arbeite, werden die Details der Sitzungen verschwiegen gehandhabt. Alle Beteiligten sind aber darüber informiert, in welchem Team und auf welcher Hierchiestufe ich beratend tätig bin, und dazu braucht es ein grundsätzliches Einverständnis. Das ist einfach gesagt, aber schwer zu bewerkstelligen: Insbesondere, wenn Grundannahmen bestehen, wenn also Regression und Anti-Gruppe dominieren, beherrscht meist ausgeprägtes Misstrauen die Szene. Dieses Misstrauen wird selbstverständlich auch mir gegenüber empfunden, da ich ja – wie alle wissen – auch mit den jeweiligen Gegnern im Austausch bin und mir auch die feindlichen Positionen anhöre. Ich muss mir also das erforderliche Vertrauen schrittweise erarbeiten, und das geht im besten Fall so, dass ich die divergierenden Sichtweisen und Interessenlagen aufnehme und *in meiner Gegenübertragung* in der Balance zu halten versuche. Auch wenn ich als Gruppenanalytiker darin trainiert bin, multiple, sehr widersprüchliche Gegenübertragungsgefühle in mir wahrzunehmen und zu reflektieren, können daraus Gefühle so großer Zerrissenheit resultieren, dass es mir nicht gelingt, sie zu „containen“. Dann verliere ich meine Allparteilichkeit, und wenn ich dies nicht korrigieren kann, scheitert die Komplexberatung.

teillichkeit, und wenn ich dies nicht korrigieren kann, scheitert die Komplexberatung. Häufiger aber geht es gut, und die Konfliktgegner bekommen nach und nach den Eindruck, dass ich zwar nicht blindes, wohl aber *reflektiertes Vertrauen* als Moderator und Vermittler zwischen den Fronten verdiene. Dann kann es gelingen, Nichtkommunikation durch Kommunikation und Nichtkooperation durch Kooperation zu ersetzen. Diese Entwicklung ist gleichbedeutend mit einem allmählichen Wechsel von Grundannahmen („Anti-Group“, „Anti-Task“) hin zu einer realistischeren Arbeitseinstellung, bei der die Aufgabenerfüllung wieder im Vordergrund steht. – Übrigens erinnert mich gerade die Arbeit „zwischen den Fronten“ immer wieder an meine Zeit als Sektorarzt und Gemeindepsychiater.

Großgruppensupervision in der Psychiatrischen Klinik: Manche Kliniken oder Abteilungen mit regionalisierter sozialpsychiatrisch-psychodynamischer Ausrichtung investieren in die Erfahrung einer kaum strukturierten, kontinuierlichen Großgruppensupervision, deren Vorbild die oben erwähnte, von Foulkes, Main und de Maré begründete Praxis in Northfield (siehe: Heltzel 1999, S. 350ff.). Zwar finden Gruppen dieser Art heute nicht mehr (wie damals) mit einer 90-minütigen Sitzung im zweiwöchentlichen Abstand statt, wohl aber mit halben oder ganzen Tagen im Abstand eines Viertel- oder eines halben Jahres. – Ich führe solche Gruppen an bestimmter Stelle seit mehr als zehn Jahren durch und habe sie – wie die dort verantwortlichen Führungskräfte und Mitarbeitenden – als unverzichtbaren Beitrag zur psychodynamisch reflektierten Abteilungsentwicklung kennen und schätzen gelernt. Eine solche Großgruppe besteht aus 40-50 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, wobei alle beteiligten Berufsgruppen und alle Hierchiestufen vertreten sind. Zum Gegenstand des freien Austausches kann alles das werden, was die Teilnehmenden im Kontext ihrer Arbeit beschäftigt, z. B.: Fragen, Befürchtungen, Sorgen, Belastungen, Nöte, Ärgernisse, Kritiken, Informationsbedürfnisse, Kommunikationswünsche, Missverständnisse, usw. – alles dies speist sich aus den verschiedenen Dimensionen der Felddynamik. Wenn eine solche Gruppe aus ihren Erfahrungen lernt und das Vertrauen ineinander und in den Leiter wächst, dann können tiefe, unbewusste Affekte thematisiert werden: Große Resignation, Verzweiflung, tiefe Erschütterung, existenzielle Angst, Wut, Neid und andere Formen zwischenmenschlicher Destruktivität. – Insbesondere die oftmals erschreckende Konfrontation mit der *eigenen Destruktivität* (die in dieser Arbeit und unter den heutigen Bedingungen unausweichlich scheint) und das Ringen darum, sie so gut es geht zu „containen“, zu bearbeiten und zu verstehen, stellt eine zentrale Qualitätsdimension in der psychodynamisch verstandenen sozialpsychiatrischen Versorgung dar. Ich hoffe gezeigt zu haben, wie eine solche gruppenanalytisch geleitete Selbstreflexion professioneller Arbeit essentiell damit befasst ist, *Verbindungen herzustellen*: Verbindungen zwischen gestern und heute, zwischen außen und innen, zwischen den Subsystemen der Klinik, zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Hierchiestufen, aber

auch zwischen Gefühlen, Gedanken und Bedeutungen. Auch wenn diese Beratungsarbeit belastend und anstrengend sein kann – mir macht sie Freude und ermöglicht mir ich selbst zu sein.

* Vortrag auf dem 3. Kongress des Dachverbandes deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie DDPP e. V., Berlin / Charité, 3. Mai 2013

Literaturangaben:

- Badura, B., Walter, U., Hehlmann, T. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl., Springer Verlag, Heidelberg
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 2011
- Barthel-Rösing, M. (2005): Gruppenanalytische Supervision als Integration von Fallarbeit und Teamentwicklung. In: Haubl, R., Heltzel, R., Barthel-Rösing, M. (Hrsg.): Gruppeneanalytische Supervision und Organisationsberatung. Eine Einführung. Psychosozial-Verlag. Giessen, S. 121-140
- Bion, W. R. (1974): Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Ernst Klett Verlag Stuttgart
- Dilk, A. und Littger, H. (2008): Das ausgebrannte Unternehmen. Organisationales Burnout. In: managerSeminare, Heft 125, August 2008, S. 18-24
- Foulkes, M. (1978): Praxis der gruppenanalytischen Psychotherapie. Klett Cotta. Stuttgart
- Hearst, L. (1982): Restoring the Impaired Self as an Essential Corrective Experience in Group Analysis. In: Pines, U., Rafaelsen, L. (Hrsg.): The Individual and the Group. New York, S. 93 – 100.
- Heltzel, R. (1999): Entwicklungsbegleitung in psychiatrischen Organisationen. In: Pühl, H. (Hrsg.): Supervision und Organisationsentwicklung. Handbuch 3. Leske + Budrich. Opladen, S. 332-358
- Heltzel, R. (2000): Zur Identität des gruppenanalytischen Supervisors und Organisationsberaters. In: Ardjomandi, M., Berghaus, A., Knauss, W. (Hrsg.): Jahrbuch für Gruppenanalyse Bd. 6., S. 95-120
- Heltzel, R. (2007): Supervision und Beratung in der Psychiatrie. Psychiatrie-Verlag. Bonn
- Heltzel, R. (2013): Achtsame Führung: Gesundheit, Beziehung, Vertrauen und Zusammenarbeit. In: supervision Heft 3/2013, S. 28-33
- Heltzel, R., Weigand, W. (2012): Im Dickicht der Organisation. Komplexe Beratungsaufträge verändern die Beraterrolle. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen

- Hinshelwood, R. D. (2012): Personal trauma and collective disorder: the example of organizational psychodynamics in psychiatry. In: Hopper, E. (Ed.) (2012): Trauma and Organisations. Karnac Books Ltd., London, p. 129-150
- Hopper, E. (Ed.) (2012): Trauma and Organisations. Karnac Books Ltd., London
- Kernberg, O. (2000): Ideologie, Konflikt und Führung. Klett Cotta, Stuttgart
- Kets de Vries, M. (1998) : Führer, Narren und Hochstapler. Essays über die Psychologie der Führung. Verlag Internationale Psychoanalyse. Stuttgart
- Lohmer, M., Sprenger, B., von Wahlert, J. (2012): Gesundes Führen. Life-Balance versus Burnout im Unternehmen. Schattauer. Stuttgart
- Nitsun, M. (1996): The Anti-Group. Destructive forces in the group and their creative potential. Routledge. London, New York
- Schermer, V., Oines, M. (Ed.) (1994): Ring of Fire. Primitive Affects and Objekt relations in Group Psychotherapy
- Wilke, G. (2012). Leaders and groups in traumatized and traumatizing organisations: a matter of everyday survival. In: Hopper, E. (Ed.) (2012): Trauma and Organisations. Karnac Books Ltd., London, p. 195-214
- Winnicott, D. W. (1965/1984): Die Ziele der psychoanalytischen Behandlung. In: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt/M., S. 217-222.

Kontakt: praxis@rudolf-heltzel.de