

Supervision in der Klinik

Mathias Lohmer & Corinna Wernz

1 Historischer Abriss und wichtige Konzepte

Die Supervision stationär arbeitender Teams (zumeist im Bereich von Psychiatrie und Psychosomatischer Medizin) zählt zu den wichtigsten Anwendungsfeldern der Supervision in Institutionen. Während es eine regelmäßige Supervision in der somatischen Medizin bisher nur in wenigen Fällen (z.B. auf Intensivstationen oder in Hospizen) gibt und sie eher anlassbezogen bei Krisen und akuter Unzufriedenheit von Mitarbeitern eingesetzt wird, kommt sie in den Kliniken, die mit psychisch Kranken arbeiten, in der Regel als Teil des Qualitätsmanagements kontinuierlich zur Anwendung. Im Allgemeinen wird sie dort als *Teamsupervision* bezeichnet, wenn alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen (das „Team“) daran teilnehmen. Daneben gibt es noch Unterformen wie die *berufsgruppenbezogene Supervision* (z.B. Balintgruppen für Therapeuten oder spezielle Supervision nur für das Pflorgeteam) oder die *Leitungs-(Team)-Supervision*.

Oft wird bei Supervision vor allem an die externe Supervision gedacht – für das *Containment* im Sinne von Halt, Reflexion, Verarbeitung und Orientierung angesichts der Patientendynamik ist aber auch eine regelmäßige interne Fall-Supervision von großer Bedeutung!

2 Zentrale Themen für die Praxis

Die interne Supervision

Die interne Fall-Supervision durch Leitungskräfte wie einen leitenden Psychologen, Oberarzt, Pflegedienstleiter oder Chefarzt dient der kontinuierlichen Reflexion von schwierigen Behandlungsfällen und Verwicklungen mit der Patientengemeinschaft, der Klärung der Rollen in der gemeinsamen Teamarbeit, der Weiterentwicklung der Behandlungstechnik sowie der Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiter. In der Supervision vermitteln der Leiter bzw. erfahrene Teammitglieder neueren Teammitgliedern die spezifische Arbeitsweise der Station bzw. der Klinik. Damit werden die Qualität der Behandlung und die Verständigung über die Behandlungsphilosophie der Einrichtung unterstützt. Weiterhin unterstützen sich Teammitglieder gegenseitig im Verständnis der Patienten- und Teamdynamik und lösen Verwicklungen auf.

Immer wieder gibt es dabei das Phänomen, dass Teammitglieder sich scheuen, vor ihrem eigenen Vorgesetzten über schwierige Situationen in der Behandlung zu sprechen. Durch ein unterstützendes, wertschätzendes Verhalten (Senken der Angschwelle) und offenes Berichten über den eigenen Umgang mit schwierigen Behandlungssituationen (Modellwirkung) kann der Vorgesetzte dies den Mitarbeitern erleichtern. Notwendig ist dabei vor allem, dass der Vorgesetzte - auch im Ärger – nicht Erkenntnisse aus der Supervision in einem anderen Kontext als Vorwurf äußert.

Gleichzeitig muss aber klargestellt werden, dass es zur Aufgabe angehender Psychotherapeuten gehört, Psychotherapie zu lernen und interne Supervision dafür zu nutzen, schwierige Situationen besser bewältigen zu können. Offenheit und Offenlegung von psychotherapeutischen Prozessen sind daher Bestandteile des professionellen Aufgaben- und Rollenverständnisses des therapeutischen Teams. Hier hilft zuweilen ein Vergleich mit der Ausbildung in der somatischen Medizin, in der selbstverständlich Chefarzt und erfahrene Oberärzte anleiten und kontrollieren und niemand auf die Idee käme, dass es, z. B. bei einer Operation, einen speziellen Schutz der Assistenten vor dem Blick der Vorgesetzten bräuchte!

Die externe Supervision

Ergänzend zur regelmäßigen internen Fall-Supervision sollte es eine externe Fall- und Team-Supervision geben. In der externen Fall-Supervision ist es die Rolle des Supervisors, durch seinen Außenstandpunkt eine triangulierende Funktion wahrzunehmen. Er ist zwar mit dem Konzept und dem Team vertraut, steht aber gleichzeitig weit genug außerhalb, um blinde Flecken, Verwicklungen und Verstrickungen (s. Lohmer, 2014) klarer sehen und außerhalb einer hierarchischen Linie Behandlungsempfehlungen geben zu können. Er trägt mit seinem Setting und seiner Rolle dazu bei, dass bei oft konkretistischen Debatten und Verstrickungen im Behandler-System wieder ein Raum des Dialoges, des Perspektivwechsels und der Reflexion auf einer Metaebene eröffnet wird. Dies entspricht einem „Übergangs- oder Zwischenraum“ (Winnicott, 2008), der wieder ein symbolisches Denken ermöglicht, in dem unterschiedliche Wahrnehmungen nebeneinander gestellt sowie in ihrer Bedeutung bedacht und erwogen werden können.

Unseres Erachtens sollten im Rahmen einer *Teamsupervision* sowohl Behandlungsfälle („Fall-Supervision“) als auch Themen der professionellen Kooperation in der rollenverteilten Arbeit im Team (klassisch „Team-Supervision“) besprochen werden können. Dies ist essenziell, um die kontinuierlich von der Patientengruppe in das Team projizierten abgespaltenen Affekte, Selbst- und Objektrepräsentanzen, unaufgelösten Konflikte, Berichte über Traumatisierungen und emotional aufwühlenden Interaktionen aufnehmen, ordnen, verarbeiten und in geeigneter Form zurückgeben zu können. Es ist dies der entgiftende Umgang mit der unvermeidlichen Toxizität des Milieus einer stationären Behandlung im Sinne einer *Containment-Funktion* (vergl. Lohmer, 2013 a).

Eine solche Supervision hilft dem Team, arbeitsfähig zu bleiben und einen stabilen guten Kontakt zum eigenen psychischen Erleben, zur Wahrnehmung und Analyse der Gegenübertragung, zur umgebenden Realität, den anderen Teammitgliedern und zur Weiterentwicklung und Anpassung des Konzeptes halten zu können.

Eine generelle *Trennung* von Fall- und klassischer Team-Supervision, wie sie oft noch üblich ist, erscheint uns nicht sinnvoll, wohl aber kann sich die externe Supervision zeitweise und verabredet mehr den Team- oder den Fallproblemen widmen.

Die Problematik eines Falles stößt z.B. oft ungeklärte Fragen im Team an, z. B. Beziehungen zwischen Berufsgruppen oder Hierarchien, bzw. die Klärung einer Team-Dynamik hilft, klarer und besser mit einer Fall-Problematik zurechtzukommen. Eine reine Team-Supervision ohne Fallarbeit hat den Nachteil, dass sie leicht zu einer ritualisierten regelmäßigen „Klangerunde“ bezüglich äußerer Rahmenbedingungen (z. B. Überforderung, Personalsituation) oder gegenüber der (abwesenden) Leitung werden kann. Sie bleibt damit wirkungslos, weil sie nicht das thematisiert, was ein Team selbst verändern kann. Fall-Supervision hilft hier, das Team in seiner Arbeitsfähigkeit zu bestärken und ein aufbauendes Gefühl von Wirksamkeit zu etablieren.

Das System Supervision als integrierter Bestandteil der stationären Behandlung

Das *System Supervision* hat, vergleichbar zum System „Therapie“ oder „Leitung“, die Aufgabe, einen Container bzw. eine *Containment-Funktion* für die Behandler zur Verfügung zu stellen. Die Behandlungseinrichtung selbst ist entsprechend ihrer Aufgabe *Container für die Patienten* und ihre Dynamik. Damit ist gemeint, dass das übergeordnete *Containment-System* für das Aufnehmen, Verstehen, Verarbeiten und adäquate Zurückgeben der zunächst „unverdauten“ Affekte, Handlungen und mentalen Zustände des jeweils nachgeordneten Systems zuständig ist (Lohmer, 2013b).

Häufig ist es noch üblich, dass Supervisoren alleine vom Behandlungsteam ausgesucht werden und die Supervision, sorgsam von der Leitungsebene abgeschirmt, als ein persönlicher Schutzraum der Teammitglieder verstanden wird. Dies entspricht einem klassischen Abstinenz- und

Neutralitätsverständnis, das sich ursprünglich aus der analytischen Gruppenpsychotherapie bzw. Gruppenselbsterfahrung herleitete und wenig reflektiert auf das ganz andere Setting einer Klinik als Organisation übertragen wurde. Gerade bei der Arbeit mit strukturell gestörten Patienten mit ihren allgegenwärtigen Spaltungs- und Projektionsphänomenen ist es aber essenziell, die integrativen Kräfte gegenüber den Kräften von Fragmentierung und Polarisierung zu stärken. Ein mit dem Gesamtsystem der Organisation und der Leitung unverbundener *Schutzraum Supervision* entspricht so eher einem Gegenagieren und kollusivem Mitspielen der Fragmentierungs-Dynamik durch das Team als einer funktionalen Unterstützung der gemeinsamen Arbeit.

Gerade auf einer Spezialstation, die besonders schwierige Fälle mit einem besonderen Konzept behandelt, ist die Auswahl des Supervisors daher u. E. zunächst Leitungs- und nicht Teamentscheidung. Der Supervisor sollte das Konzept der Station kennen und unterstützen. Er sollte eine gute Kenntnis in Psychodynamik und Behandlungstechnik der behandelten Patientengruppe haben. Gibt es mehrere Personen, die eine solche Qualifikation erfüllen, kann die Leitung einer Klinik einen Pool von Supervisoren bilden, aus denen dann Teams einen Supervisor auswählen können. Notwendig aber ist, dass die Klinikleitung alle Supervisoren kennt und mit ihnen im Gespräch ist. Zwischen Klinikleitung und Supervisoren sollte es entsprechend einen regelmäßigen Austausch geben.

Das „System Supervision“ sollte so ein integriertes System in der gesamten Klinikorganisation sein, in dem die Supervisoren Rückmeldung über ihre Sicht auf die Entwicklung der Klinik, der Station und strukturelle Probleme geben können – natürlich ohne eine Bewertung einzelner Mitarbeiter abzugeben.

Befürchtungen vor Beschämung und Verfolgung durch die Leitung gelten für Mitarbeiter häufig unhinterfragt und selbstverständlich als Realität und erschweren, wenn es bei der Abschottung des Supervisionsraumes bleibt, einen konstruktiven Reflexionsraum, in dem Projektionen einer Realitätsprüfung unterzogen und auch aufgelöst werden können.

An der kombinierten Fall- und Team-Supervision sollten alle Mitglieder des therapeutischen Teams einschließlich der direkt mit der therapeutischen Arbeit betrauten Leitungsperson teilnehmen. Dies betrifft meistens den Oberarzt oder leitenden Psychologen. Der Chefarzt selbst sollte nur teilnehmen, wenn er integraler Bestandteil des Teams ist. Er kann aber bei speziellen Fragestellungen hinzugezogen werden.

Ein besonderes Problem besteht oft bei Teilzeitkräften, bei denen ein zu hoher Anteil ihrer Zeit für Besprechungen verwendet würde, wenn sie an allen Besprechungsrunden einschließlich Supervision teilnehmen. Es muss aber die Möglichkeit geben, je nach Thema, die Gruppe auch um Mitarbeiter zu erweitern, die nicht regelmäßig an der Supervision teilnehmen können, z. B. auch die Mitarbeiter des Nachtdienstes. Supervision in diesem Sinne muss als etwas für alle Teammitglieder Verpflichtendes betrachtet werden, um im Umgang mit den schwierigen Patienten arbeitsfähig zu bleiben – sie ist nicht „freiwillig“ und ins Belieben der einzelnen Teammitglieder gestellt.

Im Sinne eines solchen integrierten Verständnisses ist es sinnvoll, Team- und Leitungssupervision miteinander zu verbinden. So können im Laufe eines Supervisions-Tages verschiedene Team- und Abteilungssupervisionen stattfinden, zum Abschluss findet dann eine Leitungsteamsupervision statt, in der alle Leiter der einzelnen Teams (z. B. die Oberärzte und Leitenden Psychologen) zusammen mit dem Gesamtleiter (in der Regel Leitender Arzt bzw. Chefarzt) zusammenkommen. Hier geht es dann um Folgendes:

- sich gegenseitig über die Erfahrungen und die Erkenntnisse der Supervisionen in den einzelnen Teams zu informieren

- ein gemeinsames Verständnis der Systemdynamik der Einrichtung als Gesamtsystem zu erarbeiten und Handlungsbedarfe für das Leitungsteam zu markieren
- die Dynamik der Kooperationsbeziehungen im Leitungsteam zu supervidieren

Mit einem solchen integrierten Supervisionsverständnis wird die *Containment-Funktion der Leitung* für das Gesamtsystem entscheidend gestärkt und es kann auch auf einer *strukturellen Ebene* rasch reagiert werden. Der Supervisor in seiner Rolle gerät bei diesem Supervisionsverständnis bei Teammitgliedern allerdings immer wieder in Verdacht, dem Leitungsteam und dem „Chef“ prekäre Details aus dem Innenleben der Teams zu verraten. Eine transparente Darstellung dieser Arbeitsweise und die Tatsache, dass ja auch die Teamleiter präsent sind, sowie eine Beleuchtung von Befürchtungen können helfen, diese Komplikation für Supervisor und Teams handhabbar zu machen. Zu verdeutlichen ist, dass es hier ja darum geht, rasch auch strukturelle Verbesserungen für die Arbeit in den Teams und auf den Stationen zu initiieren. Gleichzeitig ist darauf zu achten, dass Leitungspersonen sich ebenfalls daran halten, strukturelle Themen zu erörtern und nicht auf die Suche nach „obstruktiven Mitarbeitern“ zu gehen.

Hier ist der Supervisor in seiner Haltung der *Allparteilichkeit* (Stierlin, Rücker-Embsen u.a. 1977) gefordert: Er ist prinzipiell äquidistant zu allen Teilnehmern der Supervision, unabhängig von Rolle und Hierarchie, gleichzeitig kann er sich aber auch mit der Sichtweise jedes Teilnehmers identifizieren und so mit allen Teilnehmern der Supervision innerlich verbinden. Damit erfüllt er eine integrative Funktion.

2.4 Die Beziehung von Leiter und Supervisor in der Kliniksupervision

Eine strukturell eingebaute Problematik in der Kliniksupervision ist die potenziell konkurrierende Beziehung zwischen Supervisor und Leiter des Teams. Der Supervisor nimmt temporär eine Leitungsrolle ein, im idealen Fall als Fachexperte für den Umgang mit speziellen Störungen und für ein psychodynamisch-systemisches Verständnis von Teamarbeit und Institutionen. Dabei ist es essenziell für sein Rollenverständnis, dass er die Autorität des Leiters in der Gruppe respektiert, ihn durch seine Intervention nicht in seiner Autorität beschädigt und der Verführung widersteht, in der Übertragung des Teams als der „ideale Leiter“ zu erscheinen. Diese Gefahr besteht vor allen Dingen dann, wenn der reale Leiter des Teams nicht in der Supervision anwesend ist und stattdessen über ihn geklagt werden kann. Umgekehrt sollte sich der Leiter eines Teams im Rahmen der Supervision zurücknehmen können, ohne seine Rolle als Leiter aufzugeben. Er kann sich in der Erörterung der Fall- und Team-Problematik in eine mehr rezeptive Position begeben und die externe Expertenrolle des Supervisors nutzen. Ist er selbst Teil einer Verwicklung, gibt er seinen Beitrag dabei zur allgemeinen Untersuchung „frei“, achtet aber, gemeinsam mit dem Supervisor, darauf, dass die Erörterung eines Falles oder eine Team-Problematik nicht dazu benutzt wird, unausgesprochen seine Autorität infrage zu stellen. Sollte dies geschehen, muss der Fokus von der Fallebene auf die Teamebene wechseln, um die Probleme des Umgangs des Teams mit Leitung zu thematisieren. In diesem Verständnis sind außerhalb der eigentlichen Supervision auch kurze Rückmeldungen, „Minicoachings“, an die Führungskraft sinnvoll, um Anregungen für die Weiterentwicklung seines Führungs- und Leitungsstiles zu geben.

Widerspiegelung der Patientendynamik und Fehler des Teams

Inzwischen ist es in Supervisionen und Teamgesprächen schon selbstverständlich, dass die Dynamik eines Teams als „Widerspiegelung“ der Patientendynamik verstanden und genutzt werden kann. Allerdings kann diese Widerspiegelungsthese auch dazu missbraucht werden, Fehler und Versäumnisse des Teams nicht als solche zu benennen, sondern als reine Spiegelungsprozesse zu betrachten.

Nicht jeder Ärger und Konflikt im Team ist aber nur eine Widerspiegelung von Patientenprozessen – manchmal ist ein falscher Behandlungsansatz eben ein falscher Behandlungsansatz und nicht nur eine „Verwicklung und Verstrickung“ mit einem Patienten.

Da es innerhalb von Teams häufig eine hohe Beschämungsangst und z. T. wenig Kritikfähigkeit gibt, ist die Versuchung groß, eigenes problematisches Verhalten auf diese Weise ausschließlich als Ausdruck einer Patientendynamik zu verstehen und sich deswegen nicht weiter mit dem eigenen Verhalten befassen zu müssen. Eine Fehlerkultur innerhalb eines Teams, in der man selbst offen und taktvoll mit Fehlern umgeht und unterschiedliche Behandlungsansätze diskutiert werden können, ist deswegen essenziell (vgl. a. Lohmer & Wernz, 2000).

Gibt es einen solchen Standard, an dem man sich orientieren kann, hilft dies zu unterscheiden, in welchem Ausmaß sich eine Behandlungsproblematik als Widerspiegelung oder aber als eigene Problematik einzelner Teammitglieder oder des gesamten Teams verstehen lässt.

Im supervisorischen Ablauf sollte deswegen in verschiedenen Phasen untersucht werden, ob es sich

- um eine Widerspiegelung der Patientendynamik handelt,
- wie die eigene Teamdynamik beschaffen ist und
- welche Fehler oder Problemstellungen Einzelnen oder des Teams insgesamt anerkannt und untersucht werden müssen. Dabei sollte im Auge behalten werden, dass die Gegenübertragung immer auch eigene Übertragungsneigungen enthält!

In der Regel wirken speziell Patienten auf einem Borderline-Strukturniveau auch als „unbewusste Organisationsberater“, die ungeklärte Rollen, Fragen, Aufgabenverteilungen, nicht ausgedrückte unterschiedliche Haltungen gegenüber Konzeptfragen etc. durch ihr Verhalten an die Oberfläche bringen. Haarrisse im Team werden durch die Konfrontation mit der Patientengemeinschaft zu deutlicher wahrnehmbaren Spalten, die Anlass sein sollten, dass sich das Team kontinuierlich mit der eigenen Arbeitsfähigkeit, bezogen auf die Aufgabe, befassen kann. Hier hilft vielleicht eine Haltung von Supervisor und Team, dass kontinuierliches Lernen auch etwas geistig und seelisch Anregendes ist und einer der speziellen Vorzüge einer Station, die mit persönlichkeitsgestörten Patienten arbeitet, darin besteht, kontinuierlich über das eigene Verhalten Rückmeldungen zu erhalten, ein Konzept weiterzuentwickeln und die Supervision dazu nutzen zu können, offen Patienten-, Team- und eigene Dynamik zu untersuchen.

3 Beispiel: Der Ablauf einer Supervisionsitzung

Der idealtypische Supervision könnte in ihrem Ablauf etwa (für einen Zeitraum von ca. zwei Stunden) folgendermaßen aussehen:

1. *Sammlung der Themen* (diese sollten möglichst schon im Vorfeld sondiert worden sein – die Supervision ist keine spontan-assoziative Gruppen-Selbsterfahrung, sondern eine geplante Maßnahme zur Reflexion der Team- und Fallarbeit mit Vor- und Nachbereitung).
2. *Verständigung* auf Auswahl, Reihenfolge und Zeitkontingent der Themen.
3. *Fallbearbeitung* mit klaren Schlussfolgerungen für Psychodynamik, Behandlungstechnik und den jeweiligen Konsequenzen für Aufgaben und Rollenverständnis der einzelnen Berufsgruppen. Dies kann z. B. nach dem Balint-Modell erfolgen, bei großen Teams auch gut mit einem Innenkreis der direkt an der Fallbearbeitung Beteiligten und einem Außenkreis der restlichen Teammitglieder. Beide Gruppen arbeiten dann im Wechsel: direkte Fallbearbeitung im Innenkreis, Reflexion und Wahrnehmen von Spiegelungsphänomenen im Außenkreis.

4. *Bearbeitung von Themen der Kooperationsbeziehungen.* Dabei ist es wichtig, scheinbar „persönliche“ Konflikte immer auch daraufhin zu betrachten, ob sich in ihnen institutionelle Spannungen, z. B. zwischen Berufsgruppen, oder Polarisierungen, z. B. angesichts von strukturellen Dilemmata (zwischen therapeutischer Qualität und ökonomischer Begrenzung o. Ä.) ausdrücken. Am Ende einer solchen Bearbeitung sollten, wenn sinnvoll, Vereinbarungen über den weiteren Umgang miteinander stehen.

Wichtig ist hierbei, dass Supervision nicht als ein Auffangbecken vorher nicht thematisierter Konflikte dient, die dann zur Überraschung der Beteiligten plötzlich benannt werden. Konflikte müssen zeitnah aufgegriffen und im normalen Teamalltag bearbeitet werden! Die Supervision untersucht dann z. B. den Umgang mit solchen Konflikten bzw. dient der vertieften Klärung und der Weiterentwicklung von produktiven Umgangsformen mit Spannungen und Konflikten.

Die Rollen des Supervisors

Der Supervisor ist in diesem Verständnis in unterschiedlichen Rollen gefordert:

- Als *Moderator*: Hier sorgt er für einen gut strukturierten, den zeitlichen Rahmen beachtenden Ablauf, greift ein, wenn der Fokus verloren zu gehen droht oder der Ton der Auseinandersetzung verletzend wird.
- Als *Berater*: Hier kommentiert er die Gruppen- und Systemdynamik, klärt Verwicklungen und Verstrickungen (s. Lohmer, 2014), achtet auf den Bezug zu Aufgaben, Rollen und Strukturen im Team sowie auf die Psychodynamik von Patienten- und Behandlersystem.
- Als *Fach-Experte*: Hier kann er seine Fachexpertise zu Führung und Zusammenarbeit in Organisationen sowie zur Psychodynamik und Behandlungstechnik bei speziellen Störungen in dosierter Form einbringen.

Zur Technik und Methodik der Supervision in der Klinik

Ein Problem bei Fall-Supervisionen ist oft, dass viel Zeit auf die Erörterung der Psychodynamik verwendet wird, aber zu wenig Raum bleibt für die Erörterung spezieller geeigneter Behandlungstechniken und der genauen Interventionen, die ein therapeutisches Team anwenden kann. Die Aufgabe einer Supervision besteht aber gerade darin, sehr genaue Überlegungen zu Behandlungsstrategien und geeigneten Interventionstechniken bis hin zu einzelnen Formulierungen anzustellen. So sollte auch die Supervision, einschließlich der Verwendung von Videos und Rollenspielen, dafür genutzt werden, direkt den therapeutischen Dialog zu erproben und zu üben.

Aufgrund der Neigung zu aufgespaltenen Objektbeziehungsdyaden bei Patienten mit einer strukturellen Störung hat eine Gruppensupervision Vorteile gegenüber einer Einzelsupervision. In den Reaktionen der Gruppenmitglieder lassen sich wie in einem Kaleidoskop die unterschiedlichen Facetten des Patienten und seiner unterschiedlichen Objekt-Beziehungs-Dyaden (s. Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008; Lohmer, 2013a) erkennen und diagnostizieren.

Da es regelhaft zu Spaltung und Projektion der Täter- und Opfer-Introjekte, zu Polarisierung von Affekten und Rollenumkehr in den von Macht – Ohnmacht, Dominanz – Unterwerfung, Sadismus – Masochismus-Dyaden kommt, erleichtert das Gruppensetting, den ganzen Patienten (im Sinne von Vollständigkeit) und seine Beziehungsmuster „im Raum“ zu haben.

Die beste Methode der Gruppensupervision, um diesen Effekt zu erzielen, ist die Methode der *Balint-Gruppe*, in welcher sich in der Phase der assoziativen, unstrukturierten Reaktion der Gruppe auf den Bericht des Therapeuten die oben beschriebenen Phänomene deutlich zeigen. Dieses Setting empfiehlt sich auch, um Verwicklungen und Verstrickungen des Therapeuten erkennen und lösen zu können.

Der Supervisor nimmt hier allerdings stärker die Rolle eines Supervisors und Fachexperten ein als es üblicherweise für den Balint-Gruppen-Leiter gilt. Damit nutzt er das szenische Verstehen der Gruppensituation und die Beiträge der Gruppenteilnehmer für die Formulierung von behandlungstechnischen Empfehlungen.

Um direkt an der Weiterentwicklung der Behandlungstechnik zu arbeiten, empfiehlt sich hingegen eine *Gruppensupervision* mit konkretem Fallmaterial: dies geschieht am besten in der Arbeit mit Videoaufzeichnungen, einem Stundenprotokoll oder dem Rollenspiel.

Mithilfe von *Videoaufzeichnungen* der Behandlungsstunden, wie sie z. B. beim manualisierten Vorgehen bei der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) und der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) üblich sind, kann man besonders gut direkt die Interaktion des therapeutischen Paares samt seinen nonverbalen Ausdrucksweisen studieren.

Das wörtliche *Stundenprotokoll* (Verbatimprotokoll) erlaubt hingegen, Mikrosequenzen genau zu analysieren und die Formulierung einzelner Interventionen zu üben. Hier ist die von Wolfgang Loch eingeführte Technik hilfreich, jeweils nur einzelne Abschnitte des Protokolls zu diskutieren (ca. 0,5 Seiten), den Rest verdeckt zu halten und die Gruppenmitglieder vor dem Verlesen der tatsächlichen Intervention des Supervisanden einzuladen, eigene Interventionsvorschläge in wörtlicher Rede zu machen.

Das Üben der direkten Interaktion wiederum geschieht am besten im *Rollenspiel*, in welchem der Supervisand seinen eigenen Patienten spielt und ein anderer Therapeut die Therapeutenrolle übernimmt. Auf diese Weise findet mehrfaches Lernen statt: Der Supervisand lernt seinen Patienten via Identifikation „von innen her“ kennen und erlebt dabei auch, wie verschiedene Interventionen bei ihm „als Patienten“ ankommen. Der Therapeut im Rollenspiel wiederum lernt, rasch und aus dem Moment heraus zu intervenieren. Dieses Modell kann noch variiert werden: So kann der Supervisor als Life-Supervisor agieren (schräg hinter dem Therapeuten des Rollenspiels sitzend – der Therapeut kann das Spiel jederzeit unterbrechen und mit ihm die Situation besprechen) oder mehrere Teilnehmer der Supervisionsgruppe können sich in der Rolle des Therapeuten abwechseln.

Abschließend gibt der Supervisand, der seinen eigenen Patienten gespielt hat, ein Feedback, wie er die verschiedenen Interventionen und eventuell auch den Therapeuten erlebt hat, was ihn erreichte und wo er sich verschloss; die Therapeuten wiederum berichten aus ihren Erfahrungen. Abschließend kommentiert der Außenkreis der anderen Mitglieder der Supervisionsgruppe das Geschehen und der Supervisor gibt seine zusammenfassende Einschätzung.

4 Themen für die weitere Forschung

Supervision stellt eine entscheidende Maßnahme zum *Containment* des Arbeitens in einer Klinik dar. Durch die triangulierende Funktion der Supervision findet eine Entgiftung der naturgemäßen Toxizität des therapeutischen Milieus und der therapeutischen Begegnung statt. Die Effektivität dieses *Containment-Prozesses* hängt von Faktoren wie Frequenz, Dauer, Kontinuität und Beteiligung der unterschiedlichen Berufsgruppen und relevanten Leitungsebenen ab. Es bedarf weiterer wissenschaftlicher Aufmerksamkeit, wie Supervision als Dauereinrichtung lebendig und herausfordernd wirken kann und nicht zum leeren Ritual wird, das seinerseits einer *psychosozialen Abwehr* (vgl. Kap. 16 „Ausbildung in Organisations-supervision“) entspricht.

Gute Supervision in der Klinik ist immer auch eine Form der *Team- und Organisationsentwicklung*. Dies bedeutet, dass die Ressource Supervision mit ihren Beratungsformen, -formaten und -settings dem jeweiligen und wechselnden *Entwicklungsbedarf* der Organisation angepasst werden sollte.

Daher muss der Supervisor/Berater mit der Leitungsebene und unter Einbeziehung des Teams immer wieder den aktuellen Beratungsbedarf einschätzen.

In Phasen der *Teambildung* bei einem neu zusammengestellten Team kann es dann z.B. sinnvoll sein, statt einzelner Team-bezogener Supervisionssitzungen *Klausurtage* nach dem Workshop-Modell durchzuführen, an denen in einem Wechsel von Kleingruppenarbeit und Plenumsdiskussionen an Konzepten, Strukturen und Rollen gearbeitet wird.

Manchmal ist es notwendig, einzelne *Subgruppen* im Team (z.B. Pflege und somatisch verantwortliche Ärzte) speziell an ihrer Kooperation arbeiten zu lassen.

In jedem Fall sollte die *Sinnhaftigkeit* und *Effizienz* des momentanen Settings immer wieder überdacht und die Form der Supervision dem aktuellen Bedarf angepasst werden.

In Zukunft wird sich die Supervision also weiter in Richtung *Organisationsberatung* entwickeln müssen, um den sich rasch wandelenden Anforderungen aus der Umwelt an Kliniken als spezielles Medium der Reflexion, Planung und Evaluation für kontinuierlichen Wandel gerecht werden zu können.

5 Empfohlene Literatur

Giernalczyk, T., Lohmer, M. (2012). *Das Unbewusste im Unternehmen. Psychodynamik von Führung, Beratung und Change Management*. Stuttgart: Schäffer & Poeschel.

Haubl, R., Heltzel, R., Barthel-Rösing, M. (Hrsg.) (2005). *Gruppenanalytische Supervision und Organisationsberatung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Lohmer, M. (2013a). *Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings* (3. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Lohmer, M., Möller, H. (2014). *Psychoanalyse in Organisationen. Einführung in die psychodynamische Organisationsberatung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Möller, H. (2001). *Was ist gute Supervision? Grundlagen, Merkmale, Methoden*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Pühl, H. (1998). *Teamsupervision. Von der Subversion zur Institutionsanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

6 Zitierte Literatur

Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit – Manual zur psychodynamischen Therapie* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Lohmer, M. (2013a). *Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings* (3. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Lohmer, M. (2013b). Der Umgang mit Krisen in Institutionen und Teams bei der Behandlung von Borderline-Störungen. In M. Lohmer (Hrsg.), *Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings* (3. Auflage, S.178–96.). Stuttgart: Schattauer;

Lohmer, M. (2014). Der Umgang mit Verwicklungen und Verstrickungen – Abstinenz, Containment und Verantwortung im Beratungsprozess. In M. Lohmer, H. Möller (Hrsg.), *Psychoanalyse in Organisationen. Einführung in die psychodynamische Organisationsberatung* (206–16). Stuttgart: Kohlhammer.

Lohmer, M., Möller, H. (2014). *Psychoanalyse in Organisationen. Einführung in die psychodynamische Organisationsberatung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Lohmer, M., Wernz, C. (2000). Zwischen Veränderungsdruck und Homöostaseneigung: Die narzisstische Balance in therapeutischen Institutionen. In M. Lohmer (Hrsg), *Psychodynamische Organisationsberatung* (2. Auflage, S.233–54). Stuttgart: Klett-Cotta/Schäffer-Poeschl.

Stierlin, H., Rücker-Embden, I., Wetzell, N., Wirsching, M. (1977). *Das erste Familiengespräch*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Winnicott, D.W. (2008). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Artikel aus: Hamburger, A., Mertens, W. Supervision - Konzepte und Anwendungen. Band 1: Supervision in der Praxis – ein Überblick. Stuttgart: Kohlhammer 2017