

# Psychodynamisches Arbeiten heute?! Rückschau und Ausblick eines Beteiligten.

Reflexionen und Impulse von Dr. Rudolf Heltzel,  
Interne Tagung der NAPP, Elsa-Brandström-Haus,  
Hamburg-Blankenese, 6. und 7. November 2015

Lieber Herr Wendt-Ahlenstorf, lieber Claas, liebe Mitglieder des Vorstandes! Ich bedanke mich sehr für die Einladung zu dieser Tagung! So viel Raum für eigene Gedanken zur Verfügung gestellt, und so viel Gelegenheit zum Austausch mit vertrauten Kolleginnen und Kollegen geboten zu bekommen – noch dazu an so schönem und geschichtsträchtigem Ort und begleitet von der Großgruppe, die Gerhard Wilke leitet – das erlebe ich als sehr großes Geschenk! Dabei ist mir die Einstimmung auf das, was ich heute und morgen vorstellen könnte, alles andere als leicht gefallen: Wie viel Systematik sollte ich anstreben? Wie viel persönliche Anekdoten, Erinnerungen und Sichtweisen einbringen? Es fiel mir schwer, dazu eine eindeutige Haltung einzunehmen. Ich erinnerte mich aber an die Vorgespräche zu diesem Projekt: Der Vorstand wünschte sich eine persönlich fundierte Rückschau auf die vergangenen Jahrzehnte psychodynamischer und sozialer Psychiatrie. Er regte an, dass ich persönliche Erfahrungen aus der eigenen psychosozialen Praxis und aus der supervisorischen Begleitung sozialer und psychodynamischer Psychiatrie zur Diskussion stellen und Anregungen geben könne, was psychodynamisches Arbeiten heute ausmachen, was heute dabei von Bedeutung sein könne. Diesen Wünschen will ich versuchen zu entsprechen, und am besten beginne ich dabei mit Erinnertem und Erlebtem und schaue dann, wohin ich gelange. Bevor ich aber in mein Thema einsteige, will ich eine kleine Anekdote vorausschicken und ein Bild präsentieren.

Die *Anekdote* spielt in unserer Küche: Meine Frau und ich kochen gerne für uns selbst und für Gäste. Über viele Jahre haben wir uns die französische und die italienische Küche erarbeitet, in den letzten Jahren kam dann Spanien dazu, dann zuletzt Nordafrika (Marokko, Libanon), und das, was man heute „Küche des Orients“ nennt. Bei dieser Umrundung des Mittelmeeres lernten wir begeistert neue Produkte, neue Gewürzkulturen, neue Kochtechniken und neue kulinarische Genüsse kennen. In unserem privaten (von Frankreich, Italien und Spanien geprägten) Umfeld waren wir – so schien es uns – Forscher, Entdecker und Vorreiter, und so planten wir ein marokkanisch-libanesisches Essen für Freunde, das unsere Expeditionen ins bisher Unbekannte widerspiegeln sollte. Vorher waren wir aber selbst eingeladen, und dort präsentierten die Gastgeber nun die wunderbarsten Mezze aus der libanesischen Küche, nebst gerade erschienenem Kochbuch: „Mezze – ein magischer Genuss“! Das

irritierte uns noch nicht wirklich, denn diese Freunde sind immer für eine besondere kulinarische Erfahrung gut. Dann stieß ich aber beim Friseur auf das aktuelle Heft von „Essen & Trinken“. Eines der Schwerpunktthemen hieß: „Zauberhafte Orientküche“, der Artikel präsentierte einem breiten Publikum Gemüse-Tajine mit Raz el Hanout oder Kabeljau mit Tomaten-Salzzitronen-Sugo, also genau solche Gerichte, die wir gerade exklusiv zu entdecken gemeint hatten. Was schließlich folgte, war die Aldi-Themenwoche „Orient“, dort gab es kandierte Mandeln, Kichererbsen, seltene Sorten Linsen, Couscous, orientalische Gewürzmischungen usw., usf.... Es fehlte eigentlich nur noch das passende Kochbuch, aber das ist vermutlich bereits im Druck und kommt im nächsten Halbjahr ins Themenregal des Discounters.

*Vielleicht kennen Sie das:* Wir sind von einem Thema begeistert und meinen darin höchst persönlich, ausgesprochen individuell, vielleicht sogar als Pioniere unterwegs zu sein. Bis wir ernüchtert realisieren, dass wir – ohne es bemerkt zu haben – Teil eines Trends, einer Welle, einer Massenbewegung geworden sind. Das macht bescheiden und erinnert uns daran, dass wir weder kontextfrei handeln noch denken. Wir sind immer schon Teil einer gemeinsamen (*Grund-*) *Matrix*, die uns bestimmt und bis in unser Inneres bewegt – auch wenn wir dies nicht bewusst registrieren. Das ist in der Arbeit nicht anders als im Privatleben. Wenn ich also im folgenden von meiner Beteiligung an psychosozialer Praxis berichte und meine persönliche Sicht darauf präsentiere, gehe ich davon aus, dass das Berichtete – obwohl ich persönlich und subjektiv gefärbt erzähle – doch weit über mich und meine persönlichen Einstellungen hinausweist, dass es viele Rückschlüsse auf den *politischen, kulturellen oder ökonomischen Kontext* zulässt, in dem wir alle unterwegs sind. Ich bin sicher, dass diese Gruppe solche Zusammenhänge aufspüren und vertiefen wird, und nur unter dieser Voraussetzung erlaube ich mir meine persönlichen Ausflüge.

Wenn wir nun heute und morgen gemeinsam unsere berufliche Geschichte reflektieren und rekonstruieren – was ist dann wahr? Was ist richtig? Was gilt? Als eine erste Antwort auf diese Fragen möchte ich ein *Bild* zeigen, das mich seit Jahrzehnten begleitet. – Es ist die Reproduktion einer Polaroid-Fotokollage David Hockneys mit dem Titel *Pearblossom Highway* aus dem Jahr 1986. Die Arbeit zeigt ein Stück der durch die Wüste führenden Straße, die sich mit dem Highway 138 kreuzt, worauf Wegweiser und Schilder hinweisen. Links und rechts der Straße stehen Kakteen, am Straßenrand haben Autofahrer ihren Müll hinterlassen, in der Ferne sieht man eine Bergkette, darüber den strahlend blauen Himmel. Auf den ersten Blick nichts Besonderes, eben ein naturalistisches Abbild einer Straßenkreuzung irgendwo in der Wüste Kaliforniens. Beim zweiten Hinschauen fällt auf, dass Hockney das sich ihm darbietende Bild in Dutzende von Kleinbildformaten zerlegt und anschließend wie-

der zusammengefügt hat. So entsteht eine Collage, der Künstler „zeichnet“ mit der Kamera und verändert und differenziert dabei auch die Farben, indem er unterschiedliches Filmmaterial zu veränderten Tageszeiten benutzt (die Fotos kamen im Verlauf einer Woche, also in einem längeren Prozess des Wahrnehmens zustande). – Schaut man noch einmal genauer hin, dann fällt auf, dass es nur so *scheint*, als seien alle Aufnahmen vom gleichen Beobachterstandpunkt aus gemacht. Tatsächlich spielt Hockney nicht nur mit dem Zeitpunkt der Aufnahme und dem verwendeten Filmmaterial, sondern auch mit verschiedenen Blickwinkeln und Entfernungen zum Objekt. Die Schilder etwa sind von einer Leiter und aus der Nähe aufgenommen, so dass wir sie frontal und „vergrößert“ sehen. Und dann hat der Künstler mittels Collagetechnik die Szenerie verändert: Den „Kulturmüll“ rückt er auf diese Weise weit in die Straße und in unser Blickfeld hinein, andere Teile des Bildes setzt er in kubistischer Manier zusammen, so dass sie zwar wiedererkennbar sind, zugleich aber wie neu geschaffen erscheinen.

Das alles spielt natürlich auf das Problem der *Wiedergabe der Wirklichkeit* und auf den Raum zwischen Realität und Phantasie, zwischen Außen und Innen, zwischen Wirklichkeit und Künstler an. Für Hockney realisiert sich Landschaftsmalerei in der Bewegung, dies aber nicht mehr – wie bei den alten Chinesen – als Spaziergang, sondern – wie im postmodernen amerikanischen Westen – im Automobil. Er betrachtet die Welt nicht von einem festen Außenstandpunkt, sondern von *multiplen Beobachterstandpunkten* aus, und er besteht darauf, dass *alle* Bilder – auch die der „objektiven“ Presse – künstlich sind, weil der Beobachter immer Teil des Bildes ist und dessen Gestalt beeinflusst – ob er es zugesteht oder nicht. Abbildungen der Realität sind also immer *Konstruktionen*, das verstehen wir heute, nach den Kriegen im Irak, in Afghanistan und während der Kriege in der Ukraine und vor allem in Syrien ohne große Schwierigkeiten.

Das, was wir sehen, ist also Realität und Phantasie des Beobachters zugleich. Das Kunstwerk ist ein „Ort“, der *zwischen* Realität und Phantasie, zwischen Außen und Innen gelegen ist. Winnicott paraphrasierend könnte ich sagen: Der Künstler erschafft die Realität, aber die Realität war vorher schon da, um erschaffen zu werden. Kunst (Kreativität) entsteht im Raum *zwischen* beiden. Und so wie der Künstler ist auch der Supervisor / Berater, der ein Team oder eine Organisation begleitet, Teil des Gegenstandes, den er wahrzunehmen und zu verstehen versucht. Seine Gegenwart hat Folgen, er ist kein neutrales Etwas. Nicht nur seine Sichtweisen, seine Konzepte, seine Theorien und Interventionspraktiken, sondern auch seine ganz individuellen Eigenarten und Neigungen tragen zur Veränderung seines Untersuchungsgegenstandes bei. Diesen intersubjektiven und konstruktivistischen Ansatz sollten wir im Auge behalten, wenn wir heute und morgen miteinander ins Gespräch kommen.

Ich weiß übrigens wirklich nicht, ob Ihnen meine eben referierten Gedanken über die Collage Hockneys und die Wahrnehmung der Wirklichkeit irgendwie bekannt vorkommen. Ich habe sie einmal auf einer Fachtagung der DGsv vorgetragen, und ich kann nicht ausschließen, dass ich sie auch schon einmal in einem NAPP-Kontext vertreten habe. Ich glaube es nicht, bin mir aber nicht ganz sicher. Ich erinnere das nicht exakt. Das führt mich zu meiner letzten Vorbemerkung: Für meine Berufsausübung ist charakteristisch, dass ich meine Praxis lesend und schreibend reflektiere. Das Meiste, was mir in der Praxis wichtig war, was ich verstehen und wirklich durchdringen wollte, fand daher irgendwann Eingang in einen Text. Ich muss, um zufriedenstellend arbeiten zu können, diese Arbeit durch Schreiben begleiten. Auf diese Weise sind viele Texte entstanden. Wenn ich daher hier über meine Erfahrungen nachdenke und mich erinnere, wird es mir nicht möglich sein, Wiederholungen ganz zu vermeiden. Manches, was ich Ihnen im folgenden vortrage, könnte Ihnen irgendwie bekannt vorkommen. Sie könnten es so oder so ähnlich schon einmal gehört oder gelesen haben. Ich kann das nicht ausschließen und entschuldige mich schon jetzt dafür, dass ich Sie womöglich mit manchen Gedanken langweile. Andererseits geht es mir selbst so, dass ich meine eigenen Texte auch immer wieder vergesse. Das war übrigens schon immer so (ist also kein Phänomen des Älterwerdens). Es ist so ähnlich wie mit Weinflaschen aus älteren Jahrgängen. Die finde ich gelegentlich beim Sortieren meines Kellers wieder und freue mich dann und denke: „Ach, das ist ja interessant! Die hattest Du glatt vergessen! Das ist ja schön, dass es diesen Wein noch gibt. Mal sehen, wie der *jetzt* schmeckt!“ Und meistens lohnt sich der Fund. Falls Sie in meinen Gedanken also Bekanntes *wiederentdecken*, hoffe ich auf diesen Effekt.

Ich beginne mit einem persönlichem Rückblick auf die Jahrzehnte seit der Psychiatrie-Enquête (1975). Ich unterteile sie in drei Abschnitte (1975-1990, 1990-2005 und 2005-2015 und darüberhinaus), und das ist natürlich ziemlich willkürlich. Es gibt ja keine klare Zäsur dieser Art, die Entwicklungsphasen gehen in Wirklichkeit fließend ineinander über, und es gibt regionale Besonderheiten und Unterschiede. Wie mir scheint, lässt sich aber doch so etwas wie eine jeweilige Grundmelodie ausmachen, die eine solche Dreiteilung nahelegen. Also gehe ich so vor:

**Gute Zeiten, schlechte Zeiten – 40 Jahre psychosozialer Arbeit aus psychodynamischer Sicht: Von 1975 bis 1990 – Von 1990 bis 2005 – Von 2005 bis heute und darüberhinaus.**

**Meine Gedanken abschließend wende ich mich im Anschluss der Frage zu, was psychodynamisches Arbeiten *heute* bedeuten kann?**

## **Von 1975 bis 1990: Aufbruch – Fortschritt – Umweltmutter**

Die unerträglichen Missstände in der bundesdeutschen Psychiatrie, die zur *Psychiatrieenquête* (1975) führten, habe ich – ganz zu Beginn meiner Berufspraxis – noch selbst kennengelernt: Als Medizinalassistent arbeitete ich 1975/76 in einem Krankenhaus, dessen geschlossene Aufnahmestation mit einem klassischen Wachsaal ausgestattet war. Der Stationsarzt der etwas ruhigeren Nachbarstation, dem ich zugeordnet wurde, stellte sich als verbohrt Mitglied einer religiösen Sekte heraus, dem niemand Grenzen setzte. Er versuchte jeden zu missionieren und hatte es dabei vor allem auf die „Kette“ rauchenden, akut psychotischen Patienten abgesehen. Er traktierte sie nicht nur mit täglichen Verurteilungen und Belehrungen bzgl. ihrer Lebensführung, sondern auch mit großen Anti-Raucher-Plakaten, von denen er mehrere im Aufenthalts- und Raucherraum plazierte hatte. Die zerfahrenen, unentwegt rauchenden Patienten liefen dort im Kreis herum und lasen dabei: „Wer raucht, hat ein Brett vorm Kopf!“ (das entsprechende Plakat zeigte einen Raucher mit einem dicken Brett vor dem Kopf). Ob dies zur aggressiven Gespanntheit der Patienten beitrug ist nicht sicher, ich vermutete es allerdings und fühlte mich von dem Zynismus dieser „Gesundheitsaufklärung“ abgestoßen. Bei Explosionen aufgetauter Wut und gewalttätigen Übergriffen kam jedenfalls der Wachsaal der Aufnahmestation ins Spiel. Dort beantwortete man Gewalt mit Gegengewalt, einmal auch mit dem Einsatz des SEKs auf der Station. Meine Versuche, den verbohrteten Arzt bzgl. seines indoktrinären und übergriffigen Verhaltens nachdenklich zu stimmen gingen ins Leere, und es erschien mir völlig sinnlos, die Vorgesetzten auf die Umstände anzusprechen. So war ich froh, sehr bald auf eine andere Abteilung versetzt zu werden. Ich bekam die alleinige Verantwortung über 60 chronische Patienten zugesprochen, und der Lt. Oberarzt brachte mich persönlich zu den zwei Stationen, auf denen je 30 Patienten – nach Geschlechtern getrennt – dauerhaft eingeschlossen waren. Sie standen sich an der Glastür zwischen den Stationen gegenüber ohne wirklich Kontakt aufnehmen zu können und fristeten insgesamt ein trauriges Leben. Meine Einweisung durch den Oberarzt bestand in dem Satz: „Schauen Sie mal, was Sie da so machen können...“, dann ließ er mich stehen. Als ich wenige Tage später die Glastür zwischen den Geschlechtern dauerhaft öffnete, war ich auf Kritik oder Widerstand seitens der Institution gefasst. Zu meiner Überraschung passierte aber – gar nichts: Niemand interessierte sich dafür, was ich an diesem verlorenen Ort unternahm. Es war einfach egal.

Die Älteren unter uns werden sich, wenn ich dies berichte, womöglich an Vergleichbares erinnern, mancherorts hielten diese Zustände ja noch bis in die 1980er Jahre oder sogar länger an. Sie hatten den Anlass zur Enquête und zur bundesweiten Psychiatriereform ge-

geben, die nun überall angegangen wurde. Vermutlich waren fast alle hier im Raum Mitwirkende und Beteiligte dieses Reformprozesses, manche vielleicht an vorderster Front.

Mich führte die eigene Facharztausbildung zunächst für 2 ½ Jahre in eine technisch hoch entwickelte, zugleich psychodynamisch denkende Neurologie. Von dort wechselte ich 1979 nach Bremen, wo alte Anstaltsstrukturen aufgelöst und regionalisierte, sektorisierte Versorgungskonzepte aufgebaut werden sollten. Parallel wurde ich Ausbildungskandidat am Psychoanalytischen Institut der DGPT.

Das regionale Reformvorhaben war Teil eines Modellprogramms der Bundesregierung und ziemlich luxuriös ausgestattet. Zwar glaubten wir damals, besonders dicke Bretter zu bohren und besonders schwere Arbeit zu verrichten. Heute stellt sich das aber anders dar. Aus heutiger Sicht war der Aufbau einer alternativen Behandlungs- und Betreuungsstruktur eine belebende Aufgabenstellung: Es gab enormen Rückenwind insofern, als die Ambulantisierung und Regionalisierung psychiatrischer Hilfsangebote – befördert durch den Zeitgeist der 1970er Jahre – das Gebot der Stunde war. Die Arbeit war zwar anspruchsvoll und mit großer Verantwortung verbunden, sie fiel aber irgendwie auch „leicht“. Damit meine ich, dass sie von dem Gefühl durchdrungen war, etwas gesellschaftlich Sinnvolles, etwas unzweifelhaft Notwendiges, etwas „Fortschrittliches“ zu tun. Die betreffenden Patienten fühlten sich ernst genommen, sie konnten in Maßen über die Formen der Betreuung mitbestimmen, sie fühlten sich freier und sie waren – jedenfalls in vielen Fällen – dankbare Partner der Professionellen. Diese wiederum freuten sich in der Regel, verkrustete Klinik- und Amtsstrukturen hinter sich lassen und in einem Ausmaß selbständig arbeiten zu können, wie sie es sich vorher nicht hätten träumen lassen. Gerade den aus der Klinik rekrutierten Schwestern und Krankenpflegern erwuchs aus dieser Entwicklung ein beachtlicher Zuwachs an beruflicher Kompetenz und persönlicher Autonomieentwicklung, und das alles zusammen genommen erzeugte ein Klima, das – trotz fordernder Klientenarbeit – ausgesprochen konstruktiv und anregend war.

Die professionellen Vertreter der regionalisierten Sozialpsychiatrie (zu denen ich als Facharzt im Sozialpsychiatrischen Dienst gehörte) verstanden sich als Unterstützer der im Aufbau begriffenen Reformen. Wir übernahmen die Mitverantwortung für schwierige Patienten, wir führten Kriseninterventionen durch und boten fortlaufende ambulante Gespräche für viele Patienten an. Die Zuteilung von Stundenkontingenten, die Steuerung der Indikation zum Betreuten Wohnen, die Kontrolle der zur Verfügung stehenden Gelder – all das war unsere Aufgabe damals noch nicht. Und so konnte die Kooperation mit den verschiedenen Akteuren des Reformprozesses auf eine recht informelle, aber effiziente Weise erfolgen. Das fühlte sich gut an, und ich vermute, dass Ihnen diese Atmosphäre der leichtgängigen Kooperation

ebenfalls vertraut ist – auch wenn Sie aus ganz anderen regionalen und professionellen Zusammenhängen kommen.

In Bremen gab es – einem bundesweiten Trend entsprechend und dem Zeitgeist folgend – sehr viel Interesse an *familientherapeutischen* Ansätzen, und diese Orientierung wurde in der gemeindepsychiatrischen Arbeit, also im Kontakt mit Angehörigen, Nachbarn, Lehrern, Polizisten, Arbeitgebern, niedergelassenen Ärzten, Pastoren, in der Wohnungslosenhilfe und bei anderen Gelegenheiten im Sektor auch dringend benötigt. Etliche Kollegen qualifizierten sich in analytisch-systemischer Familientherapie, und ich trat in die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie (DAF) ein. Die DAF war das überregionale Forum für den Austausch auch über Fragen der *Anwendung familiendynamischer Konzepte im psychosozialen Feld*. Ähnlich wie heute die NAPP und der DDPP stand sie allen Praktikern offen und war – über Grenzen etablierter „Verfahren“ hinaus – ein Ort der Kooperation ansonsten rivalisierender Gruppen. Patientenorientiert, berufsgruppenübergreifend, vernetzt, integrativ: Auch dafür wird es andernorts Entsprechungen gegeben haben, es war der Zeitgeist, der an vielen Orten wirkte, und es machte vielen Spaß so zu arbeiten.

Ich könnte es auch so formulieren: Als Mitwirkende entsprechender Reformprogramme – in Bremen und anderswo – waren wir seinerzeit verlässlich Repräsentanten des „Guten“. Wir förderten die Neugründung von Wohngemeinschaften, wir berieten die dort zuständigen Betreuer und machten ihnen Mut, wir behandelten die neuen Bewohner (während wir Tee mit ihnen tranken), wir gründeten Beratungszentren, Tagestätten und Tageskliniken, und wir besuchten die Patienten in der Klinik, wenn sich die Notwendigkeit zu einer stationären Krisenintervention ergab. Mit den Kollegen in der Klinik und Tagesklinik pflegten wir verbindlichen Austausch, und bei alledem ließen wir uns von den Bedürfnissen der Patienten leiten (auch wenn wir das noch nicht „Need-adapted-Treatment“ nannten). Noch heute supervidiere ich Teams des Betreuten Wohnens, in deren WGen einzelne der damaligen Patienten leben, und immer noch fühlen sich Bewohner und Betreuer miteinander verbunden. Immer noch sind die Bewohner ihren Betreuerinnen und Betreuern *dankbar* dafür, in einer Atmosphäre des Respekts und der Wertschätzung, sowie in relativer Freiheit und Unabhängigkeit leben zu können. Die institutionelle Identität der damals gegründeten und von uns geförderten Betreuungseinrichtungen basiert bis heute auf dieser Haltung und Arbeitsweise, und natürlich erinnert dies an Winnicotts Konzept der haltenden Umwelt und sein Bild der „Umweltmutter“. So arbeiten zu dürfen, war und ist für die Beteiligten eine Quelle der Anerkennung und der beruflichen Zufriedenheit (vielleicht sogar des Wohlfühlens): Dafür sind die meisten von uns in einen helfenden Beruf gegangen, davon „nähren“ wir uns auch selbst. Ich betone das so, weil sich die Verhältnisse seitdem stark verändert haben und die Professio-

nellen längst nicht mehr als überwiegend hilfreich, gut und „nährend“ erlebt werden. Darauf komme ich zurück.

Damit wir uns nicht falsch verstehen: Ich vertrete hier natürlich *nicht*, dass die 1980er Jahre das berufliche Paradies, dass sie frei von Spannungen, Konflikten und Destruktivität waren – im Gegenteil! Wer psychoanalytisch bzw. psychodynamisch identifiziert war und sich entsprechend qualifizierte, geriet in einem DGSP-geprägten Umfeld unausweichlich in anhaltende Spannungsfelder und musste sich rechtfertigen, ein angeblich so elitäres und für die Behandlung von Schwerkranken ungeeignetes Therapieverfahren zu erlernen. Umgekehrt rümpften die meisten Lehranalytiker des Institutes die Nase und signalisierten massive Ablehnung, wenn sie von psychiatrienahen Therapien erfuhren. Ich selbst habe am allermeisten in der Behandlung von Herrn U. profitiert, über die ich später mehrfach publizierte (z. B. Heltzel 2000). In dieser Psychotherapie, die ich als angestellter Sektorarzt begann und etliche Jahre später als niedergelassener Psychoanalytiker beendete, erhielt ich Supervision durch einen unorthodoxen, kreativen Lehranalytiker des Instituts, der mir zum Abschluss seiner Unterstützung sagte: „Diese Behandlung ausführlich darzustellen und zu reflektieren, wäre eine sehr interessante, lehrreiche Sache für Ihren Institutsabschluss. Aber bitte tun Sie’s nicht, Herr Heltzel, es würde größte Probleme verursachen, und das wünsche ich weder Ihnen noch mir selbst!“ Die Identitätsspannung zwischen institutionalisierter Sozialpsychiatrie und institutionalisierter Psychoanalyse auszuhalten, zu balancieren und fortlaufend innerlich zu gestalten, ist eine vorrangige Aufgabe für jeden, der sich als beruflich „zusammengesetzt“ und als „Brückenbauer“ versteht. Bei der Verabschiedung Ingo Engelmanns aus dem BKB erfuhren die Anwesenden, dass er stets eine *Brückenfunktion* zwischen der psychoanalytisch orientierten Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und der HGSP innegehabt habe, und an den Statements der Redner ließ sich erkennen, dass dies auch notwendig war. Die Energie dieses Spannungsfeldes stammt in starkem Maße aus den 1980er Jahren, und darauf wollte ich hinweisen.

Emotionale Spannungen und Konflikte barg die gemeindepsychiatrische Arbeit auch noch in anderer Hinsicht: Die Rolle als Sektorarzt beinhaltete Kriseninterventionen incl. hoheitlicher Funktionen wie Einweisungen nach PsychKG, und aus diesen Aufgabenstellungen resultierten natürlich berufliche Belastungen und Konflikte. Das wissen nicht nur Sektorpsychiater, sondern alle Professionellen im psychiatrischen Feld. Zwangseingewiesene Patienten erleben Professionelle bekanntlich nicht als „gute Umweltmutter“, sondern eher als Verfolger, die Ihnen Böses wollen. Trotzdem suchen Sie diese „Verfolger“ gelegentlich geradezu auf, um diese Funktion zu wecken und abzurufen. Die Beziehungsdynamik von Zwangseinweisungen quillt daher über von Übertragung und Gegenübertragung, von Prozessen der projekti-

ven Identifizierung und von gemeinsamen *Enactments*. Um möglichst gesund und arbeitsfähig zu bleiben, ist es daher sehr wichtig, sich über diese Prozesse auszutauschen und zu verständigen. Ich habe die 1980er Jahre noch als eine Zeit erlebt, in der ausreichend Zeit und Raum vorhanden war, um diese berufsbegleitende Reflexion zu pflegen. Viele Supervisionssitzungen eröffneten die Möglichkeit des szenisches Verstehens von Verstrickungen, in die Professionelle mit Patienten geraten. Die *psychotherapeutische Durchdringung des psychiatrischen Alltags* (Rohde-Dachser) schien ein nicht ganz unrealistisches Ziel, und es anzustreben fühlte sich zutiefst befriedigend an.

Heftige Belastungen, Spannungen und Konflikte in den Teams wurzelten auch in basisdemokratischen Überzeugungen, denen zufolge alle alles gleich gut können, alle alles mitdiskutieren, entscheiden und wieder verwerfen müssen und Hierarchie grundsätzlich unnötig oder verwerflich ist. In der Konsequenz kam es zu nachhaltigen Blockaden und Widerständen, zu grotesken Arbeitsverweigerungen und Verwahrlosungen am Arbeitsplatz, deren Schilderung ganze Tage füllen könnte. Das möchte ich Ihnen ersparen, aber vielleicht erinnern Sie selbst Vergleichbares? Vielleicht gehen auch Sie davon aus, dass die größten Belastungen und Zumutungen in der Arbeit seinerzeit *diese* Quelle hatten? Ich neige jedenfalls zu dieser Ansicht. Wie haben wir das nur aushalten können?! Wie haben wir trotzdem so gut arbeiten können?! An guter Supervision wird es nicht gelegen haben, denn dieses Angebot entwickelte sich erst allmählich.

Ich kann diesen Zeitabschnitt von 1980 bis 1995 nicht abschließen, ohne auf das Thema *Supervision* zu sprechen zu kommen. Ich weiß nicht genau, wie das in Ihrer Region war, aber in Bremen gab es Ende der 1970er Jahre entweder gar keine Supervision psychosozialer Praxis oder sogenannte „Supervision“ in Form interner, höchst manipulativer Einflussnahme. So wuchs ein starkes Bedürfnis nach professioneller Beratung heran, das anfangs nur sehr ungenügend gestillt werden konnte. Peter Fürstenau war einer der Pioniere auf diesem Gebiet, er begleitete die vernetzte, familientherapeutische Arbeit in der Bremer Sektorpsychiatrie über etliche Jahre, reiste aber nur in großen Zeitabständen an. Meine ersten eigenen Erfahrungen als Berater und Supervisor sammelte ich als Facharzt im SPsD, indem ich einzelne Mitarbeiter des Betreuten Wohnens und andere Reformkräfte – kostenlos – betrieb. Später habe ich diese Form der reflektiert-parteilichen Begleitung und Beratung „Freundschaft im Kampf“ genannt. An meine erste bezahlte Supervision im Jahr 1983 erinnere ich mich gut: Es gab die Anfrage zweier Sozialwissenschaftler, deren kleiner Verein mit der Absicht auftrat, ein Betreutes Wohnen im Sektor aufzubauen. Ob das sinnvoll sei, wie das angegangen werden könne, welche Personen eingestellt werden müssten – so ähnlich

lauteten die Fragestellungen, die wir klärten. Später wurden diese zwei Reformer Geschäftsführer und Therapeutische Leitung, und der Verein wuchs auf heute fast 100 Mitarbeiter an, die fast 100 Bewohner betreuen, davon über 20 in forensischen Wohngemeinschaften.

Ich habe in diesem Verein etwa 15 Jahre lang die 14-tägige integrierte Fall- und Teamsupervision durchgeführt und später 10 Jahre lang das auf sechs Personen angewachsene Leitungsteam beraten. Zwischendurch habe ich spezifisch definierte Projekte des Vereins als externer Berater begleitet, und all dies begann Anfang bis Mitte der 1980er Jahre und nahm im Verlauf der 1990er Jahre und in den Folgejahren Gestalt an. In diesem Beispiel spiegelt sich die Entwicklung professioneller Supervision im psychosozialen Feld wider, wie sie sich Schritt für Schritt abzeichnete: Überall – sicher auch in Ihren Arbeitszusammenhängen – etablierte sich eine Kultur der professionellen Reflexion psychosozialer Arbeit, die anfangs ganz überwiegend psychoanalytisch bzw. psychodynamisch ausgerichtet war und erst später durch andere „Verfahren“ (vorwiegend aus der systemischen Ecke) ergänzt und erweitert wurde. Ich betrachte diese Beratungspraxis als eine Anwendungsform der Psychoanalyse, die ihre Vitalität und Attraktivität bis heute nicht verloren hat. Ihre Ursprünge liegen in den hier besprochenen Reformjahren.

### **Von 1990 bis 2005: Ökonomisierung – Professionalisierung – NAPP**

2008 veröffentlichte Günther Wienberg eine viel beachtete Arbeit über *Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven* (Wienberg 2008). Darin stellte er folgende Ergebnisse der von der Psychiatrie-Enquête beförderten Psychiatriereform zusammen:

- Die Zahl der Krankenhausbetten ist auf weniger als die Hälfte zurückgegangen
- Die Zahl der Tageskliniken hat sich extrem erhöht
- Die Zahl der niedergelassenen Fachärzte hat sich vervierfacht
- Ein bundesweites Netzwerk psychiatrischer Institutsambulanzen ist entstanden
- Qualifizierte Wohnheime und Projekte ambulanten Betreuten Wohnens bilden ein flächendeckendes Netz
- Im Bereich Arbeit/Beschäftigung/Tagestruktur gilt das Gleiche
- Die Behandlung psychisch kranker Menschen ist also weitestgehend in die Gemeinden zurückverlagert worden

Aus diesem Blickwinkel ist die von der Enquête beförderte Psychiatriereform ein Erfolg. Dem stehen nun mehrere Befunde entgegen, die ich ebenfalls der Arbeit Wienbergs entnehme:

- *Von 1986 bis 2005 stiegen die Behandlungsplätze im Maßregelvollzug um 300% an.* Das spiegelt sich auch in meiner Supervisionspraxis wider, insofern die Beratungsaufträge in diesem Feld seit der Jahrtausendwende anstiegen und weiter hoch sind.
- *Acht von zehn Patienten des MRVZ sind vorher in der Allgemeinpsychiatrie behandelt worden.* Und mehr als 50% sind psychotisch erkrankt. Im Maßregelvollzug treffen diese Patienten auf jene Mitarbeitenden, die früher schon allgemeinpsychiatrisch für sie zuständig waren. Beide Gruppen – Patienten und Professionelle – haben sozusagen die Seite gewechselt. Dass sie dies in so großer Zahl und tun, sollte uns zu denken geben.
- *Nach aktuellen Studien leiden 70-90% der Klienten in der Wohnungslosenhilfe an psychischen Störungen.* Das ist mir als Supervisor entsprechender Einrichtungen Ende der 1990er Jahre aufgefallen. Wichtig dabei ist, dass der alkoholranke „Berber“ längst nicht mehr der typische Nutzer solcher Hilfsangebote ist. Vielmehr sind es zunehmend psychotisch erkrankte und v. a. auch persönlichkeitsgestörte Menschen, die mit der institutionalisierten Psychiatrie nichts oder nichts mehr zu tun haben wollen (umgekehrt will auch die Psychiatrie nichts mit ihnen zu tun haben). Annähernd jeder zweite Erstkontakt im System der Wohnungslosenhilfe wird von jungen Menschen wahrgenommen, wie sie auch im Betreuten Wohnen für psychisch Kranke immer häufiger anzutreffen sind.
- *Die Häufigkeit demenzieller Störungen wird inzwischen auf etwa zwei Drittel der Bewohner von Altenpflegeheimen geschätzt.* In der Supervision von Heimleitungen höre ich häufig, dass Gemeindepsychiater und Amtsärzte sich mit dem Argument nicht zuständig fühlen, demente Menschen gehörten nicht zur „Kerngruppe“ ihrer Arbeit.
- *Einrichtungen des Justizvollzuges und der Kinder- und Jugendhilfe bekommen immer stärker mit psychisch auffälligen bzw. gestörten Menschen zu tun – eine Tatsache, die durch zahlreiche Quellen bestätigt wird.* Auf einer Station für Sexualstraftäter und Gewalttäter in der JVA, auf der ich mehrere Jahre als Supervisor tätig war, waren die meisten Insassen psychisch auffällig, manche massiv und mit klassischer psychiatrischer Diagnose versehen.
- *Die Zahl der Unterbringungen nach Psych-KG ist seit den 1990er Jahren stark angestiegen – ursprünglich war ein Ziel der Psychiatriereform, sie nachhaltig zu senken.*

- Während sich die *Verweildauer in der Versorgungspsychiatrie* in den letzten zwei Jahrzehnten drastisch verkürzte und weiter verkürzt, stieg die *Behandlungsdauer etwa im niedersächsischen Maßregelvollzug* von 1996 bis 2004 von 3,9 auf über 6,5 Jahre an.

Diese Punkte zusammenfassend kommt Günther Wienberg zu der Einschätzung, dass die Psychiatriereform keine De-, sondern v. a. eine *Uminstitutionalisierung* zur Folge hatte. Das gelte im übrigen auch für andere westeuropäische Staaten. Ich würde es so formulieren: Viel zu viele psychisch Kranke leben heute *nicht* in natürlichen Lebensumwelten, sondern im Knast, im Obdachlosenasyll, im Maßregelvollzug, im Pflegeheim und an anderen Orten (z. B. auf der Straße, in der U-Bahn). Die offizielle Psychiatrie fühlt sich für sie nicht oder nicht mehr zuständig. Diese kritische Entwicklung wurde lange übersehen, verharmlost, schön geredet oder verleugnet.

Nun wäre es vollkommen illusorisch, von der Psychiatrie als Fach und als Versorgungssystem zu erwarten, dass sie den gesammelten Notlagen, die unsere Gesellschaft produziert oder mit sich bringt, auch nur annähernd gerecht werden könnte. Die zusammengestellten Befunde haben gesamtgesellschaftliche, d. h. wirtschaftliche, politische und kulturelle Hintergründe, die nicht vorwiegend der Psychiatrie angelastet werden können. Selbst die engagiertesten Vertreterinnen und Vertreter der Psychiatrie können nicht zaubern, selbst die beste gemeindenahe Versorgung kann nicht wunderheilen.

Und doch gibt es nachdenklich stimmende, kritische Entwicklungen im System der Versorgung psychisch kranker Menschen, deren Diskussion ich mit einem gruppenanalytischen Blick in das Innere des Systems einleiten möchte: Wenn die Großgruppe einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit allen abkömmlichen Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen und ihren Leitungen zwei oder drei Mal im Jahr zur Abteilungssupervision zusammen kommt, wenn also etwa 35 bis 40 Personen im Kreis sitzen und relativ ungestört und ohne Tagesordnung über alles sprechen können, was sie aktuell in der Arbeit bewegt oder beschäftigt, dann werden meist diese Themen angesprochen:

- die Zunahme schwerer Störungen in der Klientel,
- die damit zusammenhängende Zunahme an Gewalt,
- die zunehmende Arbeitsdichte,
- der ansteigende Belegungsdruck,
- die Verkürzungen der Behandlungszeiten,
- die Zunahme der Fallzahlen,
- die galoppierende Bürokratisierung und Formalisierung der Arbeit,

- die ungenügende Personalausstattung,
- die aktuell nicht besetzten Planstellen,
- der damit zusammenhängende Qualitätsverlust in der Arbeit,
- die zunehmende Erschöpfung der Mitarbeitenden,
- der u. U. daraus resultierende Krankenstand
- und so weiter, und so fort...

Diese Themen werden, da es sich um eine freie Gruppensprache handelt, selbstverständlich nicht in geordneter Reihenfolge vorgebracht, sondern eben frei assoziativ. Ihre Aufzählung ist aber so sicher, dass ich bei der Eröffnung einer solchen Großgruppen-Supervision schon damit rechnen kann. Sie werden vorgebracht, wenn das Vertrauen zur eigenen Leitung (die ihre Aufgabe gut erfüllt und in der Gruppe mitwirkt) groß genug ist, so dass keine Sanktionen befürchtet werden und keine zusätzlichen Klagen formuliert müssen. Die Mitarbeitenden wissen, dass die beklagten Zustände nicht der Führung angelastet werden können, und sie rechnen es dieser Führung hoch an, dass sie Raum für die gemeinsame Reflexion darüber zur Verfügung stellt.

Die meisten der in der Großgruppe benannten Themen sind – wie soll ich sagen – real und ziemlich unstrittig. Sie sind Ihnen allen so vertraut, dass ich es hier mit einer knappen Skizze bewenden lassen kann: Vor allem in den Kliniken, aber nicht nur dort, sondern auch tagesklinisch, ambulant und im System der sozialpsychiatrischen Betreuung und Begleitung ist es im Verlauf der 1990er Jahre und noch mehr nach der Jahrtausendwende zu Verkürzungen der Behandlungs- und Betreuungszeiten und – korrespondierend – zu einem Anstieg der „Fallzahl“ gekommen. Möglichst konstante Vollbelegung ist überall Pflichtprogramm, daraus resultiert gesteigerter Aufnahme- und Entlassungsdruck, und wo dieses unter Hochdruck zu praktizierende Belegungsmanagement nicht perfekt funktioniert, drohen rote Zahlen und – am Horizont – die Insolvenz. In mehreren Kliniken, in denen ich beratend tätig bin, sind Verkauf oder Fusion entweder ständiges Thema, oder bereits eingetretene Realität. Wer heute noch denkt, von dieser Entwicklung nicht betroffen zu sein, kann schon im nächsten Halbjahr eines Besseren belehrt werden. Es gibt kaum einen psychosozialen Arbeitsplatz, der nicht vom Diktat der Ökonomie bestimmt wird, in der Folge kam es fast überall zu steigender Arbeitsdichte, zu rasanter Beschleunigung von Arbeitsprozessen, zu korrespondierender Formalisierung und Bürokratisierung. Das alles hat Konsequenzen sowohl für Mitarbeitende, als auch für Führungskräfte und Leitungsverantwortliche. Im Jahr 2000 äußerte sich der an einer Großgruppensupervision teilnehmende Geschäftsführer eines Allgemeinkrankenhauses mit angeschlossener psychiatrischer Abteilung in der Sitzung so: Noch vor zehn Jahren hätte er von einem *Dreieck* ausgehen können: Die Bedürfnisse der Patienten, die Arbeitszufrieden-

heit der Mitarbeitenden und die Wirtschaftlichkeit der Klinik seien die wesentlichen, gleichrangigen Orientierungen in seiner Arbeit als GF der Klinik gewesen. Davon sei heute die Wirtschaftlichkeit als alleine Priorität übrig geblieben. Wenn er versäume, das betriebswirtschaftliche Ergebnis „ohne wenn und aber“ an erste Stelle zu setzen, riskiere er die Insolvenz der Klinik und die Mitarbeitenden verlören die Arbeitsplätze. Er sei unzufrieden, manchmal auch unglücklich über diese Entwicklung, aber er könne sie nicht aufhalten. Es gäbe andernorts sogar Geschäftsführungen, die seine betriebswirtschaftlich begründeten Entscheidungen für nicht weitreichend genug hielten.

Als diese Entwicklung in den 1990er Jahren begann und gegen Mitte und dann Ende des Jahrzehnts Fahrt aufnahm, begegneten ihr viel Professionelle (jedenfalls in meinem Beratungskontext) mit einer Haltung, die ich als *robust und sportlich* bezeichnen möchte. Sie wollten sich so schnell nicht unterkriegen lassen, sie arbeiteten an ihrer Fitness und verbesserten – einzeln und im Team – ihre Performance. Das bezog sich sowohl auf spezifische fachliche Entwicklungen, als auch auf Teamentwicklung und die Professionalisierung von Leitung und Führung. Die neuen Rahmenbedingungen sozialpsychiatrischer und psychodynamischer Arbeit erforderten eben ein verbessertes professionelles Auftreten, und daran wollten viele arbeiten. Das war nicht immer leicht, manchmal auch richtig hart, aber es vermittelte Befriedigung, Stolz und das Gefühl von Zusammengehörigkeit. Zwei Beratungsprojekte aus dieser Zeit erinnere ich besonders gut, ich habe sie ausführlicher im Handbuch für Supervision und Organisationsentwicklung dargestellt, das Ende der 1990er Jahre erschien (Heltzel 1999). Hier will ich sie kurz erwähnen, weil alle Mitwirkenden damals so engagiert bei der Sache waren und weil einige der Mitstreiter aus der Pflege heute anwesend sind:

In einer sektorisiert ausgerichteten Klinik trafen sich die Assistenzärzte und der Lt. Oberarzt regelmäßig 14-tägig für 90 Minuten an einem Freitag Nachmittag, und wann immer möglich kamen auch weitere Oberärzte und der Chefarzt dazu. Im Wechsel trugen die Teilnehmenden „Fälle“ aus der Alltagsarbeit vor, die wir gemeinsam reflektierten und zu verstehen versuchten (szenisches Verstehen), oder ich referierte Bausteine einer psychodynamischen Behandlungskonzeption z. B. für psychotische Patienten, oder Konzepte der Übertragung und Gegenübertragung usw.. Da die Runde über viele Jahre zusammenkam, und da sowohl Assistenten, als auch Oberärzte und die ärztliche Führung mitwirkten, trug sie nicht nur zur fachlichen Weiterentwicklung der patientenbezogenen Arbeit bei. Sie förderte auch den Gruppenzusammenhalt und den Teamgeist und stärkte den Willen, auch unter schwieriger werdenden Bedingungen (also auch gegen den Wind und bergauf) „sportlich“ unterwegs zu sein.

Dies galt sicher auch für eine Runde von Mitarbeitenden aus der Pflege, die sich über Jahre in meiner Praxis traf. Die Teilnehmenden kamen aus der stationären psychodynamischen Psychiatrie und aus ambulanten Versorgungsangeboten und wollten sich in der beziehungsorientierten, sektorierten Arbeit mit psychisch kranken Menschen professionalisieren. Wie im bereits erwähnten Projekt mit den Klinikärzten wurden die Kosten vom Arbeitgeber getragen. Im Lauf der Jahre ging es den Mitwirkenden nicht nur um fachliche Qualifizierung im engeren Sinne (Wie ereignet sich szenische Begegnung auf Station? Woran spüren wir Übertragung und Gegenübertragung?), sondern zunehmend auch um die Reflexion konfliktreicher werdender, komplexer Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen und Hierarchieebenen in der Klinik (Was kann ich von Ärzten erwarten und was nicht? Wie spreche ich – konstruktiv – Spannungen und Konflikte im Team an? Wie geht Führen und Geführtwerden?).

Beide Beratungsprojekte erstreckten sich über den Zeitraum von 1990 bis 2000 (bei den Ärzten) bzw. von Mitte der 1990er bis Mitte der 2000er Jahre (in der Pflege). Sie waren Teil der professionellen Antwort auf die wachsenden Herausforderungen dieser Jahre, und sie ergänzten die klassisch-sozialpsychiatrischen Ideen, die vielen inzwischen vertraut und selbstverständlich waren, um die psychodynamisch-systemische Dimension.

Teilweise stellte die Professionalisierung in den 1990ern den überlieferten Kanon sozialpsychiatrischer Grundwerte auch in Frage: So war es dringend erforderlich, basisdemokratische Romantik in Teams und Organisationen durch professionelle, reflektierte Konzepte des Führens und Leitens, sowie durch Prozesse der Team- und Organisationsentwicklung abzulösen. Wo dies nicht geschah, wo es versäumt oder das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wurde, konnten die neuen Herausforderungen kaum bewältigt werden. Auch in fachlich-therapeutischer Hinsicht mussten manche Dogmen hinterfragt und neue Konzepte (etwa in der störungsspezifischen Behandlung) entwickelt werden. Es ging in dieser Periode, so könnte ich es auch beschreiben, sehr stark darum, sozialpsychiatrische Grundwerte zu vertreten *und zugleich* offen für neue, zukunftsichernde Entwicklungen zu sein.

*Das führt mich automatisch zur NAPP!* Es ist ein bemerkenswerter Umstand, dass die Idee zur Gründung der NAPP, die nachfolgende Vereinsgründung und die leichtgängigen ersten Jahre dieses Vereins in eine Zeit fielen, in denen das psychosoziale Arbeiten – wie ich eben ausgeführt habe – zunehmend schwerer zu fallen schien. Im Nachhinein scheint es, als hätten gerade die *psychodynamisch* ausgerichteten Akteure der norddeutschen Sozialpsychiatrie den Schwung der 1980er Reformjahre in die schwieriger werdenden 1990er Jahre hinübernehmen können. Es war in etwa so wie zur sozialpsychiatrischen Hochzeit nach der

Enquête: Ein paar kreative, engagierte Leute lernten sich kennen, hatten eine gute Idee (psychodynamische Durchdringung des psychiatrischen Alltags) und die dazu passenden Theorien (Psychoanalyse und Gruppenanalyse), und schon ging es ab wie die Post: 1994 Kennenlernen in Bremen, 1995 Treffen in Bergedorf und Lüneburg, Gründung 1996 in Bergedorf, erste Tagung in 1996, 1997 zweite Tagung (und erstes NAPPO), 1998 dritte Tagung. Da hatten wir schon Gaetano Benedetti, Stavros Mentzos und Gerhard Wilke als Großgruppenleiter eingemeindet. Von da an folgten öffentliche und vereinsinterne Tagungen im jährlichen Wechsel, die NAPP gestaltete Kooperationstagungen mit und bot eine gruppendedynamische Weiterbildung an. Zahlreiche namhafte Experten (Thomas Auchter, Udo Rauchfleisch, Mathias Hirsch) folgten (warum haben wir eigentlich nie Christa Rohde-Dachser eingeladen?), und wenn Ingo Engelmann in seiner „Kleinen Geschichte der NAPP“ (NAPPO 18, Frühjahr 2010) schreibt, dass die zweite Kooperationstagung im Jahr 2003 (gemeinsam mit dem Frankfurter Psychoseprojekt und der Münchner Weiterbildung in psychoanalytischer Psychosentherapie) der „Ritterschlag für die NAPP“ war, wird es wohl stimmen.

Das war und ist eine echte Erfolgsgeschichte, aber eben eine, an der wir eher als Beteiligte, als Zeitgenossen mitwirken durften, als dass sie knüppelhart erarbeitet und gegen große Widerstände oder widrige Bedingungen aufrecht erhalten werden musste. Wer damals schon dabei war, hat wirklich Glück gehabt und ist – von heute aus betrachtet – dafür zu beneiden.

In den Themenstellungen der Jahrestagungen von 2002 („Therapeuten sind auch nur Menschen – Aufgaben und Schwierigkeiten >unmöglicher Berufe<“) sowie 2004 („Zwischen Traum und Trauma“) klingt dann schon an, dass die belastenden Rahmenbedingungen psychiatrischer Beziehungsarbeit, dass die Zumutungen und Risiken nun auch die NAPP-Mitglieder in ihren jeweiligen Arbeitsbereichen und Aufgabenstellungen erreichten. Damit gelange ich zur dritten von mir ausgemachten Phase psychosozialer Praxis.

### **2005 bis heute und darüber hinaus: Trauma – Ideologie – Überleben**

Unter dem Eindruck der aktuellen *Flüchtlingskrise* erscheint es zunächst unpassend und befremdlich, die zunehmenden Belastungen und Zumutungen in der psychosozialen Arbeit – in Mitteleuropa, in Deutschland – unter dem Stichwort *Trauma* abzuhandeln. Wenn Tausende syrischer Flüchtlinge auf dem Budapester Bahnhofsvorplatz begeistert „Germany! Germany!“ skandieren und dabei Plakate mit dem Bild Angela Merkels in den Abendhimmel recken, wenn halb Europa respektvoll und anerkennend nach Deutschland und auf dessen Flüchtlingspolitik blickt, dann erscheint unser Zuhause zurecht als Ort der Zuflucht, der Für-

sorge und des sozialen Zusammenhalts. Das stimmt natürlich nicht, jedenfalls nicht in dieser schlichten Einseitigkeit. Die Verhältnisse sind komplexer.

Ich muss also, bevor ich über ein Jahrzehnt der Zumutungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung spreche, meine folgenden Ausführungen relativieren: *Im Vergleich* zu dem, was Hunderttausende Menschen aus Afrika, aus dem nahen und mittleren Osten, aus Afghanistan, Pakistan u. a. Regionen der Welt vor oder während ihrer Flucht erleben und erleben, ist alles, was uns bei der Arbeit nervt, belastet, überfordert, ängstigt und erdrückt, natürlich zu vernachlässigen. Wir dürfen diesen vergleichenden Blick nicht verlieren, er ist – wie wir sicher besprechen werden – unerlässlich, wenn wir unsere eigene Sicht auf die Welt, in der wir arbeiten, erwachsen und verantwortlich ausrichten wollen. Der Vergleich mit Menschen, denen es viel schlechter geht als uns kann uns helfen, eigene Belastungen realistisch einzuschätzen und – innerlich – so gelassen wie möglich damit umzugehen.

Aber selbst, wenn es anderswo viel destruktiver zugeht als bei uns, selbst wenn dieses „anderswo“ jetzt in unsere Lebenswelten eindringt, wenn es mitten unter uns ist und unsere ganze Empathie verdient, selbst wenn wir dankbar sind, dass es uns vergleichsweise gut geht, heißt dies nicht, dass wir die Kritik an unseren Zuständen – insbesondere im psychosozialen Feld – einstellen sollten. Vielmehr ist sie dringend erforderlich, wie sich im zurückliegenden Jahrzehnt mehr und mehr gezeigt hat. Ich will versuchen zu begründen, warum dieses Jahrzehnt verdient, unter das Stichwort „Trauma“ gestellt zu werden.

Zunächst einmal nimmt die Zahl von Patienten, die an schweren Traumata und ihren Folgeschäden leiden, im Versorgungssystem zu. Das ist der *klientenbezogene* Aspekt: Die Zusammensetzung der Klientel verschiebt sich – das ist mein Eindruck aus Supervisionen in den letzten Jahren – offenbar in Richtung „Trauma und Trauma-Folgeschäden“. Wenn ich meine Erfahrungen als Supervisor anführe, spreche ich übrigens nicht von Bereichen, in denen störungsspezifische Behandlungskonzepte zur Anwendung kommen. Solche Spezialangebote sind notwendig, sie können aber den wirklichen Bedarf an Behandlung, Unterstützung und Begleitung, den diese Klientel aufwirft, nicht einmal ansatzweise decken. Ich spreche von allgemeinpsychiatrischen Akutstationen, von Tageskliniken und sozialpsychiatrischen Beratungsstellen. Und ich spreche besonders vom Betreuten Wohnen und von der ambulanten psychiatrischen Pflege, der ambulanten Soziotherapie und der Integrierten Versorgung, wo sich – nach meinen Eindrücken aus fortlaufenden Supervisionen – die Zusammensetzung der Klientel augenscheinlich in diese Richtung verändert. Mein Eindruck ist sogar, dass sich die am schwersten von Traumata und ihren Folgeschäden Betroffenen *nicht* an den Orten störungsspezifischer Behandlungsansätze befinden. Sie sind dort allenfalls nur

ganz vorübergehend, oder stehen auf den Wartelisten dieser Angebote. Zahlreich werden sie jedoch in den verschiedensten Betreuungssettings, vorzugsweise im Betreuten Wohnen unterstützt, und in krisenhaften Zuspitzungen werden sie vorübergehend allgemeinspsychiatrisch – stationär oder teilstationär – behandelt.

In den letzten Jahren handeln die Kasuistiken, die in integrierten Fall- und Teamsupervisionen im Betreuten Wohnen vorgestellt werden, *ganz überwiegend* von diesen Themenstellungen. Das mag auch mit der noch ungewohnten Thematik und mit der besonderen Qualität der emotionalen Belastung in diesen Betreuungen zu tun haben, spiegelt aber vermutlich auch den Anstieg der Fallzahl wider. So gibt es inzwischen betreute Wohngemeinschaften, in denen *ausschließlich* jüngere Menschen (meist Frauen) mit schweren Trauma-Folgezuständen von Fachkrankenpflegerinnen, Sozialpädagogen oder Psychologinnen aufgesucht und unterstützt werden. Die zuständigen Betreuerinnen und Betreuer leisten besonders engagierte, mitunter heroische Beiträge. Ihre „Schützlinge“ sind fast immer extrem fordernd, emotional instabil, nicht recht belastbar, oftmals substanzmittelabhängig, selbstverletzend und mehr oder weniger suizidal. Sie gestalten Beziehungen enorm kompliziert und befinden sich immer wieder in psychischen Krisen, die Einsatzbereitschaften auch in der Nacht oder am Wochenende nötig machen. Zeitweise oder auch dauerhaft verstricken sie ihre Betreuerinnen und Betreuer (und das ganze umgebende Netzwerk von verschiedenen Helfern) in *Enactments*, die sich nur sehr mühsam verstehen und auflösen lassen. Dabei sind diese Betreuungsarrangements dringend notwendig und zumeist sehr hilfreich, denn sie ermöglichen vielen dieser komplex Erkrankten ein einigermaßen selbständiges, in einiger Freiheit geführtes Leben und sie tragen sehr dazu bei, dass sich die in ihre Lebens- und Betreuungsgeschichten eingebaute *Destruktivität* in gerade noch erträglichen Grenzen hält (insofern sind manche dieser Betreuungen im Wortsinn überlebenswichtig). Anders als die früheren, aus der Hospitalisierung befreiten Patienten sind diese jungen, hoch dynamischen Frauen und Männer ihren Helfern *keineswegs dankbar*, sondern fühlen sich von ihnen gegängelt, kontrolliert, behindert, beschädigt, verfolgt, gequält oder betrogen, hintergangen und ausgenutzt. Auch wenn sie sich an ihre Betreuer anklammern, sehen diese Patienten in ihnen Gegner, nicht selten sogar Feinde. Wer hier als Helfer Dankbarkeit erwartet, wird meist enttäuscht. Wer hier arbeitet, muss sehr belastbar sein und viele Frustrationen „wegstecken“ können. Diese Bewohner zu begleiten und zu unterstützen, bedeutet komplexes *Containment* anzubieten, und die betreuenden Profis bekommen massiv mit eigenen Gefühlen der Ohnmacht, der Entwertung, der Verzweiflung und der Hoffnungslosigkeit und damit zu tun, eigene Vernichtungsängste und eigenen Hass auszuhalten und zu regulieren. Nicht ganz selten haben die Professionellen *selbst* traumatische Erfahrungen in ihrer Lebensgeschichte

gesammelt. Diese eigenen Traumata können in der Betreuung Traumatisierter wiederbelebt und zu einer zusätzlichen Quelle von Beunruhigung und Überforderung werden.

Sie werden sicher bemerken, dass ich bisher ausschließlich von spezifischer Klientendynamik und davon angestoßener, persönlich geprägter Professionellendynamik spreche. Ich schaue bisher nur auf die Belastungen, die aus der unmittelbaren, klientenbezogenen Arbeit resultieren. Da diese Belastungen vielerorts anwachsen, ohne dass eine Ende dieser Entwicklung in Sicht wäre, muss nicht selten von *dauerhafter, repetitiver Überlastung der beteiligten Professionellen* gesprochen werden. – Diese bedenkliche Entwicklung wird nun durch Rahmenbedingungen und institutionelle Dynamiken getriggert, und gerade diese Entwicklung hat sich in den letzten zehn Jahren intensiviert. Ich will einige dazu passende Befunde kurz benennen.

Vor drei Jahren publizierte Earl Hopper, Soziologe und Gruppenanalytiker, einen englischsprachigen 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 *Überleben der Gruppe* in Frage gestellt sei. Neben dem Grundlagenartikel des Herausgebers enthält der Band dreizehn weitere Arbeiten von psychodynamischen Organisationsberatern, u. a. auch von Gerhard Wilke (Wilke 2012). Mehr als die Hälfte dieser Beiträge 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 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 erführen. 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 Personalfluktuaton, 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 sprechen – in ganz anderen Unternehmensfeldern – von „*organisationalem Burnout*“ (Dilk und Littger 2008, Badura u. a. 2010), und ihre Befunde decken sich mit denen der psychodynamischen Berater in psychosozialen Arbeitsfeldern. Die wichtigsten Symptome des „Burnouts“ ganzer Organisationen sind demnach die folgenden:

- *Alarmierende Selbstdiagnose*: Führungskräfte haben das Gefühl, dass Mitarbeitende dem Unternehmen den Rücken kehren
- *Kommunikationsprobleme*: Es hakt an Frequenz und Qualität in der Kommunikation (es gibt zu viele Meetings, oder zu wenig davon)
- *Informationsdefizite*: Mitarbeitende fühlen sich nicht ausreichend oder falsch informiert
- *Zunehmende Konflikte*: Mangel an Respekt, Desinteresse, „Mir-doch-egal“- Haltung
- *Verengung der Sinnhorizonte*: Auch wenn es noch Ziele gibt, glaubt kaum noch einer daran, dass sie sinnvoll zu erreichen sind
- *Klimawandel*: Das Betriebsklima wird depressiver, die Menschen gehen sich aus dem Weg
- *Hoher Krankenstand*: Nicht nur die Leistungsschwachen, sondern auch die Leistungsträger schmeißen den Löffel hin
- *Abschottung*: Die Menschen diskutieren stundenlang auf den Fluren, die eigentliche Arbeit wird zweitrangig, es geht nie jemand ans Telefon
- *Unberechenbarkeit*: Die Mitarbeitenden wissen nicht, was als nächstes im Unternehmen geschieht und sind permanent in Sorge.

Mir sind psychosoziale Organisationen bekannt, in denen alle diese Symptome zu beobachten sind – bis hin zu den konkreten Details.

Teams, die komplexes, belastendes Containment für belastete, komplex gestörte Patienten zur Verfügung stellen müssen, sollten sich in dieser Arbeit selbst klar geführt und sicher gehalten fühlen. Wir wissen längst, dass es mit dem sicheren Halt in der heutigen Arbeitswelt schwierig ist, das muss ich an dieser Stelle nicht ausführlich darstellen und diskutieren. Aber lassen Sie mich einige Erfahrungen aus Supervisionen rekapitulieren: Wenn die Refinanzierung psychosozialer Dienstleistungen wegen neuer bürokratischer Vorgaben gefährdet ist, wenn der Einrichtungsträger von Insolvenz bedroht ist, wenn ein Trägerwechsel droht, wenn neue gesetzliche Vorgaben das Fundament der Arbeit untergraben, wenn neue Trägerstrukturen (z. B. gewinnorientierter Konzern) einen fundamentalen Wertewandel mit sich bringen, oder wenn umgekehrt eine Privatisierung um alles in der Welt verhindert werden soll und daher eingespart wird, was das Zeug hält, dann prägt das jeden Supervisionsprozess. Mitarbeitende fühlen sich extrem verunsichert, Teams destabilisiert, Abteilungen von Auflösung und Schließung bedroht. Wenn heute – weil das politisch gewollt ist – fast jedes zweite Allgemeinkrankenhaus in Niedersachsen Verluste schreibt, dann wirkt sich das auch im Bereich der Psychiatrie (der ehemaligen „Cash-Cow“) demoralisierend aus.

Besonders belastend und wirklich *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. mehr. 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.

In der Psychiatrie und speziell in der Sozialpsychiatrie kommen Probleme hinzu, die selbstgestrickt sind und ideologische Wurzeln haben. *Sozialpsychiatrische Ideologien* sind verbreitet, und sie sind sehr wirkungsvoll. Eine zentrale und sehr wirkmächtige Ideologie vertritt die Vorstellung, dass es grundsätzlich schlecht sei, Patienten über längere Zeit in überschaubaren und einigermaßen stabilen Strukturen zu behandeln und zu begleiten. Die Protagonisten dieses Glaubenssystems vertreten, dass es auf jeden Fall nötig und richtig sei, psychiatri-

sche Versorgungsstrukturen aufzulösen, oder sie – wo die Auflösung nicht möglich ist – zumindest in ihre Einzelteile zu zerlegen und unschädlich zu machen, sie also auf diese Weise zu dekonstruieren, und zwar fortlaufend und ohne Unterlass. In Zeiten der Enquête (und in anderen Ländern, z. B. in Italien) mag der Gedanke der Auflösung und Dekonstruktion verkrusteter Versorgungsstrukturen – befristet und begrenzt – seine Berechtigung gehabt haben. In Permanenz durchgehalten führt diese antiinstitutionelle Überzeugung zur grundlegenden Infragestellung selbst der vernünftigsten Versorgungs- und Behandlungsstrukturen und damit zur permanenten Entwertung der in ihnen tätigen Professionellen. Alles muss ständig im Wandel begriffen sein und aktiv verändert werden. Nichts darf so bestehen bleiben wie es bisher war. Stillstand muss um alles in der Welt verhindert werden. Hauptsache busy! Immer unterwegs! Nicht ausruhen! So lautet das Credo dieser psychosozialen Abwehrkonstellation. Mancherorts wird sie – das mag zunächst überraschen – mit abenteuerlichen bürokratischen Steuerungsmodellen aus der Instrumentenkiste des modernen Sozialmanagements kombiniert, um der verordneten Dekonstruktion auch wirklich Nachdruck und Nachhaltigkeit zu verleihen. Das habe ich in Hessen kennengelernt.

Trifft diese doppelte Zange aus alter Sozialideologie und neuer Sozialtechnologie auf leere Kassen, dann fördert dies die Tendenz zur permanenten Ressourcenverknappung, da jede Begründungsfigur für den Erhalt und den Ausbau der Ressourcen fehlt: Was ohnehin nicht nutzt oder gar schadet, muss nicht auch noch gut aufgestellt und ausgestattet werden. Die Gradmesser für den Erfolg solcher Konzepte sind z. B. die Dauer stationärer Behandlung (die so kurz wie möglich sein muss) oder die Zahl stationärer Behandlungsplätze (die so klein wie möglich sein muss). Nach Jahren und Jahrzehnten solcher „Organisationsentwicklung“ resultiert eine Art strukturelles Gerippe, in dem ausgezehrt und ausgebrannt Akteure mühsam ihre Stellung halten und vorwiegend damit beschäftigt sind, wie sie psychisch überleben, oder wie sie es in diesem System halbwegs gesund bis zur Pensionierung schaffen können. An den Sinn ihrer Tätigkeit glauben sie schon lange nicht mehr. Die Institution ist – von innen heraus – zerstört, und da sich dieser Zustand auch nach außen vermittelt, leidet der Ruf, so dass eine Abwärtsspirale in Gang kommt: Wenn Leitungen oder Mitarbeitende kündigen, bleiben – mangels Bewerbern – deren Stellen vakant, so dass immer weniger Beschäftigte für die notwendigen Arbeiten erhalten bleiben. Es resultiert *organisationaler Burnout*.

Unabhängigen Beobachtern fällt in solchen Systemen auf, wie unverbunden, wie dissoziiert Personen, fachliche Konzepte und Behandlungsstrukturen sind: In einer Tagesklinik, die Teil einer dekonstruierten Komplexeinrichtung war, saßen über zwanzig vollkommen erschöpfte und resignierte Professionelle in der Teamsupervision und versuchten über Monate vergeb-

lich, ihre therapeutischen Angebote zu koordinieren. Jeder Beschäftigte bot (ohne systematische Begründung) irgendeine „Gruppe“ oder eine Einzelaktivität an, und weder gab es eine nachvollziehbare zeitliche Abstimmung untereinander, noch ein übergeordnetes Behandlungskonzept, in das sich die Angebote sinnvoll einfügen ließen. Sie resultierten zumeist aus dem Bedürfnis einer bestimmten Berufsgruppe und rechtfertigten deren Existenz, oder sie dienten dem Rechtfertigungsbedürfnis einzelner Kollegen. Da die oberärztliche Leitung nur kommissarisch besetzt war und da sie sich hauptsächlich durch ihr *Fehlen* bemerkbar machte, mangelte es nicht nur an Strukturgebung und Zusammenhang, sondern auch an Anerkennung und Wertschätzung der verschiedenen Beiträge. Obwohl es – auf dem Papier – Vernetzung und Kooperation in der Region gab, arbeitete die TK vollkommen isoliert und unverbunden. Gemeinsame Treffen oder Gespräche mit Vertretern der Mutterklinik oder Repräsentanten ambulanter Versorgungsangebote gab es nicht, und als ich die in der Supervision Anwesenden – fallbezogen – anregte, zuständige Mitarbeiter des SPsD und des Betreuten Wohnens anzurufen um Behandlungen bestimmter Patienten abzustimmen, schaute man mich entgeistert an: Auf diese Idee sei man seit Jahren nicht mehr gekommen, aber ich habe ja Recht, das höre sich sinnvoll an (wurde anschließend aber doch nicht umgesetzt). Natürlich habe ich Klausur- und Konzepttage der TK angeregt, aber als ein solches Treffen nach vielen Widerständen endlich zustande kam, endete es mit vagen Ergebnissen, die keine Umsetzung erfuhren.

Diese Skizze klingt bedrückend. Manche mögen sie als überzeichnet empfinden. Ich bin mit solchen Eindrücken und Erfahrungen aber nicht alleine: In dem erwähnten Sammelband berichtet 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. Diese Entwicklung in der Sozialpsychiatrie meine ich. Die betreffenden Institutionen sind fast ausschließlich mit dem eigenen Überleben beschäftigt, während die ursprüngliche primäre Aufgabe ganz in den Hintergrund tritt.

Nachdem ich die soeben referierten Gedanken festgehalten hatte, fand am folgenden Vormittag eine *Supervision in meiner Praxis* statt, die ich Ihnen nicht vorenthalten möchte: von 9-12 Uhr trafen sich insgesamt 15 Teilnehmende, nämlich die Vertreter der Forensischen Institutsambulanz, sowie zahlreiche Betreuer und die Leitung des Forensischen Betreuten Wohnens eines Betreuungsvereins zur vierteljährlich stattfindenden Fall-Supervision. Dieses SV-Projekt kam auf meinen Vorschlag hin zustande: In der Supervision des Ambulanzteams,

die ich seit Längerem leite, erfuhr ich, dass der in früheren Jahren gepflegte, vertraute Austausch über gemeinsame Patienten und deren Nachsorge (FIA) und Betreuung (BW) seit geraumer Zeit zu wünschen übrig lasse. Man bespreche sich weniger oft, man missverstehe sich wechselseitig, es gebe Kritik, und das alles sei unbefriedigend und behindere die gemeinsam verantwortete Nachsorge und Wiedereingliederung der Patienten. Die Missverständnisse und Spannungen wurzelten vermutlich auch in Klientendynamiken, die Klientel sei schwierig und die gemeinsam getragene Verantwortung groß...

Ich kannte die Leitung des Betreuten Wohnens aus früherer Zusammenarbeit gut (die Gründung des Betreuten Wohnens dieses Trägers war mein erstes, oben erwähntes SV-Projekt), daher schlug ich eine gemeinsame Klausur (Großgruppen-Veranstaltung) vor. Unter meiner Moderation könnten gemeinsame Fälle und Schwierigkeiten in der Kooperation reflektiert werden. Dazu müsse die Veranstaltung gut vorbereitet werden und semi-strukturiert ablaufen: Einerseits entlang einer Vorauswahl an Fragen und Themen, andererseits im freien Austausch. Diese Art der Veranstaltung schien auch dem Forensischen Betreuten Wohnen sinnvoll, und so kam sie bald mit etwa 50 TN zustande. Sie nahm einen konstruktiven Verlauf und erbrachte im Ergebnis die Entscheidung, fortlaufend und im vierteljährlichen Abstand gemeinsame Fall-Supervisionen in meiner Praxis durchzuführen. An diesen Supervisionen sollten die Vertreter der FIA und die jeweils für ausgewählte Patienten Zuständigen des Betreuten Wohnens mitwirken. In der Folge kam dieses Projekt tatsächlich in Gang, und die erwähnte Sitzung war eines der vereinbarten Treffen.

In zweimal 90 Minuten besprachen wir fünf Patienten bzw. deren Nachsorge und Betreuung, wobei wir – fallbezogen – auch die übergeordnete Frage des Umgangs mit Rückfällen (Alkohol und Drogen) bedachten. Ausführlich gingen wir auf die Thematik eines Patienten ein, der dem MRV aus stationärer Behandlung seit langem bekannt ist und nun seit zehn Jahren – erst in einer WG und jetzt in eigener Wohnung – betreut wird, und zwar kontinuierlich von einer älteren, mütterlichen Kollegin. In diesem Rahmen hat er sich eine zwar begrenzte, für seine Verhältnisse aber bemerkenswerte Autonomie erarbeiten können, insofern er seine paranoide Psychose in Schach halten und in der Folge drogenabstinent leben konnte („Doppeldiagnose“). Jetzt hatte er sein Medikament abgesetzt, so dass er prompt psychotisch und drogenrückfällig geworden war. Nach und nach verstanden wir, dass diese Entwicklung eine Reaktion auf Trennungen, Abschiede und Verluste war, mit denen er sich konfrontiert sah bzw. sieht: Seine Mutter war kürzlich verstorben, und für die nächsten Monate plant die ihm vertraute Betreuerin den Übergang in die Pensionierung. Offenbar fühlte er sich von allen und allem verlassen, und seine Verhalten schien Überforderung, Enttäuschung, Angst und Wut zu signalisieren: Statt verlassen zu werden, „ging“ er nun selbst, wobei er damit die

Rückverlegung in den stationären Maßregelvollzug provozierte und seine über Jahre erarbeitete relative Unabhängigkeit gefährdete. Die Runde reflektierte diese naheliegenden Zusammenhänge, und wir überlegten gemeinsam, welche Haltung die vertraute Betreuerin einnehmen, und wie die Ambulanz intervenieren könnte, um eine Rückverlegung des Patienten in den stationären MRV möglichst zu verhindern. Nachdem diese Dynamik nun einigermaßen verstanden ist, besteht Aussicht darauf, dass der weitere Verlauf weniger destruktiv vonstatten geht, als zunächst zu befürchten war.

Dass ich meinen kleinen Ausflug in die Geschichte der Sozialpsychiatrie und meinen Rückblick auf eigene Erfahrungen in jahrzehntelangen Reformprozess mit der Skizze dieser SV-Sitzung beschließe, macht insofern Sinn, als sich damit ein Kreis schließt: Ich erlebte diese Vormittagsitzung nämlich ungefähr so, wie dreißig Jahre zuvor meine Arbeit als Sektorpsychiater: Es ging darum psychische Verbindungen zu stiften, zwischenmenschliches Containment zu fördern und Denken und Handeln zusammenzubringen. Für mich persönlich ging es auch darum, unterschiedliche Facetten meiner Berufsidentität zu integrieren, denn an diesem Vormittag fühlte ich mich wieder, als sei ich alles in einem: Sektorpsychiater, Psychoanalytiker, Gruppenanalytiker. Ich fühlte mich belebt und empfand tiefe Befriedigung darüber, dass es auch heute noch möglich ist, beziehungsorientiert und verbunden (vernetzt) zu arbeiten. Dass dies heute *gerade* im Kontext sogenannter „Langzeitpsychiatrie“ möglich erscheint, während wir diese vor drei Jahrzehnten verurteilten und aufzulösen versuchten, ist ein Umstand, der sehr bedenkenswert ist und viele Fragen aufwirft. Die Forensische Psychiatrie ist jedenfalls ein guter Ort für psychodynamisches Engagement.

### **Was bedeutet psychodynamisches Arbeiten *heute*?**

Als ich mich in der Vorbereitung dieser Frage zuwendete, warf ich zunächst einen Blick auf meine beiden Basis-Texte aus den Jahren 1998 und 2000: Der erste Text mit 12 Thesen zu der Frage: „Was ist psychodynamische Psychiatrie?“ erschien in der 3. Ausgabe des NAPPO (Heltzel 1998), also in den Gründungsjahren des Vereins. Er wurde im NAPPO 23 (Winter 2014), das über den Zukunftstag der NAPP berichtete, noch einmal abgedruckt. Den zweiten Text über die „Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie“ schrieb ich fast zeitgleich für das in Österreich erscheinende „Psychotherapie Forum“ (Heltzel 2000). Auch er ist in 12 Abschnitte unterteilt, wobei die Überschriften sich teils mit den „Thesen“ decken. Wenn ich die identischen Punkte streiche, ergeben sich in der Summe 18 Punkte, die ich hier zunächst nur aufzähle. Im folgenden möchte ich sie – aus heutiger Sicht – kommentieren und mich um Antworten auf die oben gestellte Frage bemühen. Also:

## Psychodynamische, gemeindenah ausgerichtete Psychiatrie...

- zeichnet sich durch *Mehrdimensionalität* aus (1)
- ist *verstehende* Psychiatrie (2)
- basiert auf *Psychoanalyse* und *Gruppenanalyse* (3)
- gründet auf *Geschichte* (4)
- handelt von *unbewussten Konflikten* (5)
- ist Theorie und Praxis *zwischen-menschlicher Beziehungen* (6)
- bedient sich *szenisches Verstehens* als zentralem Interpretationsmodell (7)
- nutzt verbreitet *Handlungssprache* als Kommunikationsform (8)
- arbeitet mit der Dialektik von *Raum* und *Rahmen* (9)
- realisiert sich im *multiprofessionellen Team* (10)
- erfordert *Therapeutische Gemeinschaft* (11)
- lebt von *Innovation* und *Traditionswahrung* (12)
- braucht *elastische Kontaktaufnahme* zu den Patienten (13)
- etabliert *haltende Beziehungen* und bietet *Containment* an (14)
- lebt *Kooperation* (mit Angehörigen) und *Vernetzung* (mit Professionellen) (15)
- arbeitet *bifokal* (soziale Intervention pluspsychodynamisches Verstehen) (16)
- pflegt eine *entwicklungsfördernde* Haltung (17)
- und nachsichtige Zielsetzungen (*gut genug sein*) (18).

Ich weiss nicht, wie es Ihnen mit diesen Punkten geht. Ich für meinen Teil möchte davon nichts zurücknehmen. Tatsächlich erscheinen mir alle Punkte auch heute noch – nach mehr als 15 Jahren – zentral. Auch bei kritischer Betrachtung haben sie bis heute Bestand. Es ist sogar so, dass heute mehrere dieser Punkte noch besser zu begründen sind als damals, dass sie also noch sicherer bestätigt werden können. Das hat mit geradezu revolutionären Entwicklungen in der psychoanalytischen und psychodynamischen Theorie (in Abstrichen auch in der Praxis) und in angrenzenden Wissenschaften zu tun, wie sie in den zurückliegenden zehn bis zwanzig Jahren zu verzeichnen waren. Ich möchte daher die Punkte einzeln durchgehen und sie zu einigen neueren Erkenntnissen aus der Psychoanalyse und ihren Nachbarwissenschaften in Beziehung setzen. Außerdem möchte ich – dem Wunsch des Vorstands folgend – Erfahrungen aus Supervisions- und Beratungsprozessen einfließen lassen. Meine Überlegungen können dabei schon aus Zeitgründen nur sehr kursorisch sein. Im übrigen ist das, was ich vortrage, ausgesprochen subjektiv, also *hochgradig persönlich ge-*

*färbt*. Wie sollte es auch anders sein? Der subjektive, der persönliche Aspekt in der psychodynamischen Arbeit ist ja gerade die Dimension, die ich als besonders aktuell herausarbeiten möchte. Wir haben glücklicherweise den Gruppenaustausch und werden daher nicht zögern, meine persönlichen Sichtweisen und Einlassungen in einen größeren Zusammenhang zu stellen.

Es ist ein bemerkenswertes Phänomen, dass genau in den Zeiten, in denen psychosoziale und besonders psychodynamische Arbeit immer schwerer zu realisieren ist, in denen es immer mühsamer wird, sie aufrecht zu erhalten, in denen die Gefahr also wächst und die Not mancherorts groß ist, dass genau in diesen Zeiten die lebendigsten, innovativsten und aufregendsten Entwicklungen in Psychoanalyse und Psychotherapie zu verzeichnen sind: *Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende* auch, möchte man mit Hölderlin sagen. Das Rettende, das sind Neuerungen im Bereich der Theorie, die praktische Umwälzungen zur Folge haben oder in Zukunft haben werden. Statt diese revolutionären Entwicklungen separat vorzustellen, lasse ich sie anklingen, indem ich die oben aufgezählten achtzehn zentralen Punkte rekapituliere. Ich bin schon jetzt sicher, dass die Töne, die ich anklingen lasse, Resonanzen in der Gruppe auslösen werden. Auf Ergänzungen, kritische Abwägungen und Korrekturen bin ich allein schon deswegen angewiesen, weil die erwähnten theoretischen (und teils auch praktischen) Neuerungen sehr komplex sind, und weil ich mich nicht in jedem Bereich als wirklich kompetent erlebe.

**Mehrdimensionalität (1):** Wenn heute von Ganzheitlichkeit und mehrdimensionaler, bio-psycho-sozialer Sicht- und Arbeitsweise gesprochen wird, hat dies noch mehr Überzeugungskraft als vor zwanzig Jahren: Die Ergebnisse der *Neurobiologie* und der *Neurowissenschaften* (z. B. Solms 2006, Schore 2007) haben der ohnehin bedeutsamen körperlichen Dimension psychiatrischer und psychodynamischer Arbeit noch einmal Nachdruck verliehen und nicht nur das Verständnis psychisch kranker Menschen, sondern auch den therapeutischen Zugang zu ihnen vertieft. Die Wiederentdeckung und Rehabilitation der *Bindungstheorie* (z. B. Fonagy 2003), die *Säuglingsforschung* und *Mutter-Kind-Beobachtung* (z. B. Stern 1992, 1998), das Konzept der *Mentalisierung* (z. B. Allen, Fonagy, Bateman 2011, Bateman, Fonagy (Hg.) 2015) und v. a. die Entwicklung der *intersubjektiven* und *relationalen* Konzepte in der Psychoanalyse (z. B. Aron 1996; Orange, Atwood, Stolorow 2001; Mitchell 2003, 2005; Aron und Harris 2006) haben die Einsicht bestärkt, dass psychodynamisches Denken und Handeln im Grunde gar nicht anders als fachübergreifend, also integrativ und mehrdimensional existieren kann.

**Verstehende Psychiatrie (2):** Was das Verstehen von Sinnzusammenhängen in intrapsychischer, zwischenmenschlicher und lebensgeschichtlicher Dimension angeht, ist es in den

letzten zwei Jahrzehnten zu einer unglaublichen Erweiterung insofern gekommen, als die Erforschung und Erarbeitung *impliziten, prozeduralen Wissens*, v. a. *impliziten Beziehungswissens*, unsere Möglichkeiten, „Momente der Begegnung“ (Stern u. a. 2002) zu verstehen und therapeutisch zu nutzen, enorm differenziert und vertieft hat. Auch die beachtlichen Zuwächse an psychoanalytischen und psychodynamischen Erkenntnissen in Bezug auf *Traumata und Traumafolgeschäden* ermöglicht uns heute ein viel differenzierteres und zutreffenderes Verständnis von Patienten und Patientenschicksalen (z. B. Bohleber 1997, 2000; Küchenhoff 1998, Allen, Fonagy, Bateman 2011 S. 274ff.; Streeck-Fischer 2014; Allen, Lemma, Fonagy 2015) als noch vor zwei Jahrzehnten. Dieses Verstehen ist – zunächst – *nicht* sprachlich gebunden oder repräsentiert, sondern erfolgt mit allen Sinnen, intuitiv, körpernah und interaktionell.

**Psychoanalyse und Gruppenanalyse (3):** Die seinerzeit skizzierte Vielfalt psychoanalytischer Konzepte und Haltungen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten noch wesentlich verstärkt. Trotz anhaltender Versuche, einen „common ground“, eine gemeinsame Basis „der“ Psychoanalyse zu bestimmen, wirkt der psychoanalytische Austausch heute wie ein vielstimmiger, teils dissonanter Klang mit wachsenden Anteilen an Improvisation und freiem Spiel. Die Psychoanalyse wird mehr und mehr *selbst* zu einem *gruppalen* Phänomen, sie existiert im Plural. Besonders die *Relationale Psychoanalyse* mit ihrem (verstorbenen) Hauptvertreter Stephen Mitchell setzt sich für eine *Integration* verschiedener psychoanalytischer Konzepte und Haltungen und dafür ein, je nach Situation und je nach Bedarf auf verschiedenen Instrumenten verschiedene Musikstile zu kultivieren: „Am nützlichsten (...) ist mir die Freiheit, in verschiedenen Situationen unterschiedlich zu reagieren und auf eine Vielzahl möglicher Antworten aus meinem Repertoire zurückgreifen zu können, wenn mir diese als erfolgversprechend erscheinen“ (Mitchell 2005, S. 250). Eine solche Offenheit mag viele verwirren und änstigen, wird aber von einer stetig wachsenden Zahl von Psychoanalytikern als anregend und den Interpretationsspielraum erweiternd erlebt. Wer psychodynamisch-psychiatrisch arbeitet, kann sich über diese Entwicklung nur freuen: Er kann, wenn er seine Aufgabenstellungen flexibel und kreativ angeht, aus einem immer reicher werdenden Fundus psychoanalytischer Konzepte und Haltungen schöpfen und er darf sich ermuntert fühlen, mit verschiedenen Antworten auf den Patienten zu experimentieren und sich den Bedingungen immer wieder neu anzupassen. Er kann in einen lebendigen emotionalen Austausch eintreten und darf dabei das Risiko eingehen, sich – gemessen an den überlieferten Regeln – „nicht richtig“ zu verhalten. – Übrigens gibt es, und damit will ich diesen Punkt abschließen, eine bemerkenswerte konzeptionelle Annäherung zwischen der Relationalen Psychoanalyse und der Foulkesschen Gruppenanalyse, da beide den Menschen als in einen sozialen Kontext hineingeboren sehen und beide zentrale Kategorien wie das Unbewusste, die Übertra-

gung, die Gegenübertragung usw. als *gemeinsam kreiert* und als *relational*, also als sozial bestimmt ansehen.

**Geschichte (4):** Während ich damals beim Thema Lebens-, Familien- und Kulturgeschichte noch den Schwerpunkt „Nationalsozialismus und seine Folgen für Verfolgte und Überlebende des Terrors“ setzte, würde ich heute – und noch mehr in nächster Zukunft – den Blick ganz allgemein auf *Traumata und Traumafolgestörungen* richten wollen. Dass eine in diesem Sinne betroffene Klientel inzwischen in allen psychiatrischen Settings anwächst, scheint mir – nach vielen Eindrücken aus Supervisionen – unzweifelhaft. Die dramatische Entwicklung der *Flüchtlingskrise* in unserem allernächsten Umfeld wird dies noch verstärken. Die Thematik von Migration und Trauma wird eine der ganz großen Herausforderungen der kommenden Jahre darstellen, auch oder gerade in der psychosozialen Arbeit. Wir werden diesen Menschen eine Unterstützung nur sein können, wenn wir uns für Ihre persönliche und soziale Geschichte öffnen.

**Unbewusste Konflikte (5):** Während ich seinerzeit die Untersuchung archaischer Konfliktmuster in *Gruppen* und *Organisationen* an die letzte Stelle des Abschnitts setzte, würde ich sie heute – pointiert gesagt – an den Anfang setzen. In vielen meiner Beratungsprozesse, v. a. im klinischen Bereich, dominieren heute die team- und organisationsbezogenen Themen gegenüber den fallbezogenen Anliegen. In vielen Beratungsprozessen geht es daher vorrangig um das Verständnis, noch mehr aber um die Bewältigung institutioneller Konflikte und um die gemeinsame Regulierung der zugehörigen Affekte. Die gruppenanalytische Theorie und Praxis hat uns – gerade in den letzten zwei Jahrzehnten – vieles in die Hand gegeben, was wir nutzen und hilfreich einsetzen können (z. B. Schermer und Pines (Hg.) 1994, Nitsun 1996, Hopper (Hg.) 2012). Wir wissen inzwischen mehr über tief affektive Konfliktodynamiken in Organisationen und können besser helfen, und diese Kompetenz ist – jedenfalls in meiner Beratungspraxis – zunehmend gefragt.

**Zwischenmenschliche Beziehungen (6):** Dass wir hier den Kernbereich der Identität psychodynamisch ausgerichteter Profis berühren, muss ich in dieser Gruppe nicht besonders betonen. Die These 6 endete mit diesem Satz: „*Die sensible und reflektierte Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist das Wesensmerkmal psycho-dynamischer Psychiatrie*“. Spontan werden jetzt alle denken: „Ja, das ist es!“ Aber zeitgleich wird sich – so vermute ich – der Gedanke und das zugehörige Gefühl melden, dass es immer schwieriger und immer anstrengender wird, diesem Anspruch gerecht zu werden. Im Zusammenhang mit diesem Anspruch landen wir heute bei Selbstzweifeln, Enttäuschungen, bei Ärger, Wut und Empörung und bei vielen anderen negativen Eindrücken, Gefühlen und Affekten. Wir landen bei Er-

schöpfungsgefühlen und Ängsten zusammenzubrechen, und wir werden vielleicht – im Zusammenhang mit diesem Anspruch – selber krank. All dies zuzulassen und halbwegs sensibel wahrzunehmen und wenigstens gelegentlich zu reflektieren, bleibt uns nicht erspart. Wir müssen lernen damit so authentisch, so spontan, so menschlich und so nachsichtig wie möglich umzugehen, damit wir selbst wach, gesund und lebendig bleiben. Unsere Patienten profitieren davon, wenn wir dies möglichst unverstellt und natürlich kommunizieren. Wie dies jeder von uns hin bekommt, wie wir das im Team umsetzen, das macht uns unverwechselbar, das macht unsere Einzigartigkeit aus. Jeder macht das etwas anders. Wie wir es rüberbringen, hängt nicht nur von unserer Tagesform, sondern auch von unserer Persönlichkeit, von unserer Lebensgeschichte ab und von vielen anderen persönlichen Faktoren ab. Es macht keinen Sinn, wenn wir uns in diesem Zusammenhang unsinnig harte, unnötig starre Standards abverlangen. Wie wir uns in bestimmten Situationen den Patienten und den Angehörigen gegenüber verhalten, lässt sich nicht übermäßig standardisieren. Es geht nicht um die Anwendung allgemeingültiger Regeln, sondern um fantasievolle Mitgestaltung der therapeutischen Beziehung. Wie wir dies tun, muss auch zu uns als Person passen, sonst wirkt es unecht. Es muss nicht unbedingt „technisch sauber“ sein, sondern nützlich. Es muss Sinn machen. Hier sind nicht Regeln gefragt, sondern praktische Klugheit, kreativer Pragmatismus, flexible Anpassung, Experimentierlust und Entdeckerfreude. Vielleicht müssen wir, wenn wir uns in diesem Sinne bemühen gut zu arbeiten, klassische Settings über Bord werfen, vielleicht geht das nur auf ganz ungewöhnliche, unorthodoxe, bisher nirgendwo beschriebene und praktizierte Art und Weise. Wenn wir uns aber in diesem Sinne unverstellt der Situation und der Herausforderung stellen, kommunizieren wir unentwegt mit dem Patienten, wir wir eine schwierige Situation meistern, in der wir uns gemeinsam mit ihm befinden. Wir sitzen mit ihm in einem Boot, wir sind „Freunde im Kampf“. Die meisten dieser Punkte kommunizieren wir implizit, unausgesprochen. Wir gehen miteinander um, ohne alles in Sprache zu bringen. Wenn es sich gut anfühlt, und wenn es miteinander „passt“, ist schon viel gewonnen. – Was ich hier anbiete, ist meine eigene Beschreibung des Wesensmerkmals relationaler psychoanalytischer Beziehungsarbeit, so wie ich das bei den verschiedensten Vertretern der interpersonalen, intersubjektiven und relationalen Psychoanalyse gelesen habe, und wie ich es selbst praktiziere.

**Szenisches Verstehen (7):** Ich würde heute nicht mehr formulieren, dass Szenisches Verstehen das „zentrale“ Interpretationsmodell in der psychodynamischen Psychiatrie ist. Es ist – so sehe ich es heute – das *idealtypische* Modell der Interpretation und des Verstehens. Es handelt von Verstrickungen in Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozesse, die nicht nur geschehen, sondern auch zugelassen werden. So kann der Patient emotional und interaktiv von seinem professionellen Gegenüber „Gebrauch machen“. Diese Prozesse für das

Verständnis des Patienten und seiner Beziehungen zu nutzen, ist essentielle psychodynamische Arbeit – die aber bestimmten Patienten in bestimmten Verfassungen nicht gut tut, ja sogar schaden kann und daher kontraindiziert ist. Aber besten lässt sich das an der Beziehungsarbeit mit Patienten erläutern, die *Bindungstraumata* erlitten haben und unter *komplexen Traumafolgeszuständen* leiden. Solche Menschen sind desorientiert und unsicher gebunden und leiden unter anderem an einer gravierenden Beeinträchtigung ihrer Fähigkeit zur Affektregulation und an einer mangelhaften Mentalisierungskompetenz – insbesondere in engen Beziehungen. Das im implizit-prozeduralen Gedächtnis verankerte Beziehungstrauma wird in der Erregung und im Zustand der Affektdysregulation wiederbelebt (Schore 2007, S. 193), und der Patient benötigt eine außenstehende Person (z. B. die WG-Betreuerin), die die Situation beruhigt und aktiv zur sicheren Bindung beiträgt. Mit den üblichen Schwierigkeiten des Erwachsenenlebens fertigzuwerden, überfordert diese Patientinnen, weil Ihnen das Mentalisieren als „schützende Haut“ nicht zur Verfügung steht. So sind sie ihren überwältigenden Emotionen schutzlos ausgeliefert und nicht in der Verfassung, die eigene Motivation und die Beweggründe anderer zu prüfen und zu verstehen (Allen, Lemma, Fonagy 2015, S. 490). Um diese Notlage zu verstehen, benötigen Professionelle Kenntnisse über Traumata und ihre Bewältigung, und sie müssen es verstehen, zur sicheren Bindung und zur emotionalen Erdung beizutragen. Hier geht es nicht um das Zulassen emotionaler Verstrickung und die Nutzung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Szene, sondern um die bedachte *Dezentrierung der Übertragungsdynamik*, etwa, indem sich die Betreuerin als anderes, von den Eltern unterschiedenes Objekt zu erkennen gibt. Indem sie die Ängste und Befürchtungen der Patientin versteht und akzeptiert, zugleich aber erläutert, dass sie – hier und jetzt – nicht angemessen sind. Um nicht zwangsläufig in eine für den Patientin *ungute* Übertragungsbeziehung zu geraten, die mit selbst- und fremddestruktiven Aktionen sowie Erregungs- und Betäubungszuständen verbunden sein kann, sollte sich die Betreuerin als Person zu erkennen geben und die Situation in ruhigen und bedachten Worten erklären. Was Annette Streeck-Fischer über traumatisierte Jugendliche schreibt, gilt analog auch für viele erwachsene Patienten: „Wenn die professionellen Begleiter während der Therapie die einzigen und zentralen Bezugspersonen sind (RH: im Betreuten Wohnen kann dies der Fall sein), ist die Gefahr groß, dass sie in traumatisiert-traumatisierende Beziehungsmuster hineingezogen werden und der Jugendliche sie immer tiefer in seine Problematik verstrickt. Die angemessene Entfernung zum Jugendlichen einzuhalten ist vor allem dann besonders schwierig, wenn es sich um vereinsamte und von vielfältigen Traumatisierungen beschädigte Jugendliche handelt (RH: Im Betreuten Wohnen kommt das häufig vor)“. Hier kommt es daher darauf an, *gerade nicht* alles einzugehen, aufzunehmen und mitzumachen und die Situation möglichst zu erden.

**Handlungssprache (8):** Kein Punkt meiner Aufzählung wird durch Erkenntnisse der neueren, relationalen Psychoanalyse und ihrer angrenzenden Wissenschaften mehr begründet, unterstützt und bestärkt als dieser: In seinem extrem lesenswerten Aufsatz „Was ist Psychoanalyse heute?“ schreibt etwa Nikolaas Treurniet, dass Agieren auch eine affektive Kommunikation und eine Inszenierung und mit dem Spiel des Kindes vergleichbar sei. Ausdrücklich plädiert er dafür, Agieren als berechtigtes Kommunikationsmittel zu akzeptieren. Partielles Agieren sei unvermeidlich, dessen Beherrschung sogar unerwünscht (Treurniet 1995, S. 122ff.). In der relationalen Psychoanalyse rangieren Worte nicht vor Handeln, Handlung wird handelnd beantwortet, u. U. in Worte gebracht, und Besprochenes wird – von beiden Beteiligten des analytischen Prozesses – in Handlung umgesetzt. Streeck formuliert: „(...) statt dem Patienten im Medium sprachlicher Symbolik vermitteln zu wollen, was er nur in der Dimension des Handelns liest, gilt es hier (RH: in der Behandlung von Patienten mit schweren strukturellen Störungen), das eigene Handeln und Mithandeln möglichst so zu gestalten, daß es für den Patienten entwicklungsförderlich ist“ (Streeck 2001, S. 50). Diese Praxis wird durch neurobiologische und neuropsychologische Befunde gestützt: Das rechtshemisphärisch (genauer: das rechts orbitofrontal gespeicherte) implizite oder prozedurale Beziehungswissen und -lernen ist nicht-symbolisch repräsentiert und wird körpernah, aber nicht sprachlich kommuniziert: „Insgesamt zeigt die Inkorporation interdisziplinärer Befunde in die klinische Theorie der Psychoanalyse, dass die Psychoanalyse keine >talking cure<, sondern eine höchst präzise >communicative cure< ist“ (Schore 2007, S. 199). – Gerade komplex traumatisierte Patienten offenbaren größte Schwierigkeiten, sich sprachlich mitzuteilen, sie neigen zur handelnden Er-Inszenierung ihrer traumatischen Erfahrungen und benötigen massives selbst- und fremdaggressives Agieren zur Spannungsabfuhr. Es dient auch der Selbstheilung und der Stabilisierung. Aus allen diesen Gründen müssen professionelle Helfer an ihrer emotionalen und körperlichen Resonanz auf nicht-sprachliche Mitteilungen der Patienten arbeiten (Streeck-Fischer 2014, S. 256 ff.). Handlungssprache ist – heute mehr denn je – verbreitete Kommunikationsform in der psychodynamischen Psychiatrie.

**Dialektik von Raum und Rahmen (9):** Auch wenn die seinerzeit skizzierten Dialektik von regressionsförderndem Raum und regressionsbegrenzendem Rahmen, von „Ja“ und „Nein“ in der Beziehungsgestaltung nach wie vor ihre Gültigkeit hat, wird die Bedeutung des Rahmens psychodynamischer Arbeit unter dem Einfluss neuerer, relationaler Sichtweisen tendenziell anders gesehen: Nämlich so, dass nicht nur die positiven, Sicherheit und Orientierung gebenden Aspekte desselben herausgestellt werden, sondern auch die möglicherweise nachteiligen, kritisch zu bewertenden. Neben der Klarheit und Verbindlichkeit des Rahmens psychodynamischer Arbeit (z. B. in der Forensischen Psychiatrie!) wird daher auch die Flexibilität in der Gestaltung des Settings und des Rahmens betont. Das bringt – zusammen mit

anderen Schritten der kreativen Öffnung – einen Grundton der Befreiung und der Erleichterung in die psychodynamische Arbeit: Es muss nicht immer alles gleich strukturiert bleiben. Es ist nicht immer schlecht, wenn sich Regeln, Haltungen und Verfahrensweisen verändern. In der Supervision psychodynamischer Arbeit gibt es viele Momente, die von diesem Thema handeln, und manchmal tun sich gerade die Erfahrenen schwer damit, los zu lassen und sich neuen Entwicklungen gegenüber zu öffnen. Sie fühlen sich den klassischen Konzepten gegenüber loyal verpflichtet und pochen nicht selten – mehr als nötig – auf ihre Einhaltung. Wenn wir unsere klassischen Konzepte gut kennen und sicher einsetzen, sie zugleich aber „with a light touch“ (mit leichter Hand) nutzen, dann schließen wir an vergangene Erfahrung an, öffnen uns aber zugleich für neue Möglichkeiten (Mitchell 1993, S. 75).

**Multiprofessionelles Team (10):** Ohne multiprofessionelles Team geht nichts in der psychodynamischen Psychiatrie. Zweifel an diesem zentralen Punkt des psychodynamischen Selbstverständnisses sind nicht angebracht. Was theoretisch auf der Hand liegt, versteht sich praktisch aber keineswegs von selbst. Im Gegenteil: Kaum etwas scheint so fragil, so störanfällig wie die konstruktive Zusammenarbeit im Team. Manche Störfaktoren sind systembedingt: Die starre Trennung (wenn nicht gar Spaltung) zwischen Ärzten und Pflege im Krankenhaus wird durch tarif- und professionspolitische Entwicklungen gefördert. Das erschwert die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen unnötig. Der mit der allgegenwärtigen Ökonomisierung und mit der Unterfinanzierung psychosozialer Arbeit einhergehende Druck fördert ganz generell regressiv-destruktive Gruppendynamiken, so dass Spaltungen und Feindbildungen grassieren, oder innere Kündigungen zunehmen, oder jeder nur noch für sich selbst zusieht, wie er durchkommen und „überleben“ kann. Gruppenanalytisch ist all dies vielfältig begleitet, beschrieben und bedacht worden, und wir werden vermutlich in der Gruppe diskutieren, wie sich das im jeweiligen beruflichen Umfeld darstellen und anfühlen kann.

**Therapeutische Gemeinschaft (11):** Alles, was ich eben über die Gefährdungen multiprofessioneller Teamarbeit ausführte, gilt hier ebenso, oder sogar verstärkt. Mir sind Organisationen bekannt, in denen der offene Austausch untereinander und die Kooperation über Berufsgruppen und Abteilungsgrenzen hinweg nicht nur nicht gepflegt, sondern sogar aktiv verweigert wird – auch wenn die Klientel komplex beeinträchtigt ist und daher reflektierte Zusammenarbeit der Professionellen zwingend geboten scheint. Solche Verweigerung kann von Teilen der Mitarbeiterschaft ausgehen, im Extremfall aber auch von der Einrichtungsleitung. Wer an solchen Orten mit psychodynamischer Beratung beauftragt ist, kommt unausweichlich an seine Grenzen. Diese Grenzen können den eigenen Einflussbereich betreffen, aber auch die bisher genutzten, traditionellen Supervisions- und Beratungskonzepte. Als

Berater muss ich in solchen Fällen u. U. neue Konzepte einsetzen und ungewöhnliche Wege gehen, und das führt mich zum nächsten Punkt.

**Innovation und Traditionswahrung (12):** „Wir leben in einer psychoanalytischen Epoche“, schreibt Stephen Mitchell, „in der viele Konzepte im Fundament der Psychoanalyse, auf denen das klassische Modell der Psyche und der psychoanalytischen Situation beruht, unhaltbar geworden sind“ (Mitchell 2003, S. 183). Was für ein Satz! Was für eine Befreiung! Das gilt um so mehr, wenn man weiß, wie gut dieser viel zu früh verstorbene Autor die verschiedenen, klassischen Konzepte der Psychoanalyse kannte, und wie wertschätzend er sie miteinander verband und integrierte. Auf diese Weise trug er permanent zur Traditionswahrung *und* zur Innovation im Feld der psychoanalytischen Theorie und Praxis bei. Wer psychodynamisch-psychiatrisch arbeitet, kann sich von diesem Autor (und vielen anderen, ähnlich ausgerichteten Analytikern) lebhaft unterstützt fühlen. Als psychodynamischer Berater im Feld der Psychiatrie fühle ich mich von ihm ermuntert und bestätigt, wenn ich das klassische Modell der psychodynamischen Berater verlasse und neue Wege gehe. Manchmal ist dies unausweichlich, wie im Fall einer Einrichtung, in der Supervision und Beratung *angeordnet* wurde, und ich die Anfrage und schließlich den Auftrag erhielt, diese anzubieten und durchzuführen. Die Details dieses Beratungsprozesses behalte ich natürlich – aus Gründen der Diskretion – für mich, aber das Große und Ganze kann ich kurz skizzieren: Die Einrichtungsleitung verweigerte die konstruktive Zusammenarbeit mit bestimmten Bereichen des Hauses, so dass es keine gemeinsame Sitzungen, keine gegenseitigen Informationen und Absprachen, keine gemeinsam erarbeiteten Konzepte und keine multidisziplinäre Zusammenarbeit in Krisenfällen gab. Therapeutische Gemeinschaft – Fehlanzeige! Dabei war die komplexe Aufgabenstellung der Einrichtung gar nicht anders als kooperativ zu bewältigen. Da dies ein schön länger anhaltender Zustand war, und da die Leitung selbst keine Beratung anfragte, wurde sie seitens des Trägers angeordnet. Das Ziel der Beratung war vorgegeben: Sie sollte helfen, die notwendige Zusammenarbeit der Berufsgruppen und Bereiche einzuleiten und zu etablieren. In der Umsetzung dieses Auftrages, dieser *Beratung auf Anordnung* ließ man mir grundsätzlich freie Hand. Der Vorstand des Trägers bot aber an, im Beratungsprozess mitzuwirken, wenn dies notwendig oder sinnvoll erscheine. Was resultierte, war ein komplexer Beratungsprozess, den ich – gemeinsam mit zwei Kollegen – über längere Zeit durchführte. Während es zunächst so schien, als könne die Einrichtungsleitung überzeugt werden zu kooperieren, während zunächst kleine Schritte in Richtung multiprofessioneller und bereichsübergreifender Zusammenarbeit auf den Weg zu kommen schienen, erwies sich diese Hoffnung schließlich doch als trügerisch. Uns Beratern blieb keine andere Wahl, als – in Absprache mit dem Vorstand des Trägers – konkrete, überprüfbare Schritte in Richtung interdisziplinäre Kooperation einschließlich eines präzisen Zeitrahmens vorzugeben: Die Entwicklung

hin zu einer tatsächlichen multidisziplinären und bereichsübergreifenden Zusammenarbeit sollte an konkreten Schritten ablesbar und überprüfbar sein. Mit dieser Forderung konfrontiert, entschied sich die Leitung dazu, die Einrichtung zu verlassen und eine andere Aufgabe wahrzunehmen. Die neue, bereits eingeführte Leitung wird nun die notwendige Entwicklung einleiten und umsetzen. – Beratung „auf Anordnung“, mit konkreter Zielformulierung, Erfolgskontrolle – ist das noch „psychodynamisch“? Dürfen psychodynamische Berater so aktiv intervenieren? Dürfen sie so nah am Trägervorstand arbeiten?

**Elastische Kontaktaufnahme (13):** Bei diesem Punkt denke ich an Supervisionsprozesse, die ich im Betreuten Wohnen (BW), im Rahmen der integrierten Versorgung (IV) und im Kontext der ambulanten psychiatrischen Pflege (APP) und im Feld der niedrigschwelligen, aufsuchenden Suchtkrankenhilfe leite. Wenn hier „Fälle“ vorgestellt werden, handelt es sich ausnahmslos um komplex gestörte, zumeist schwer traumatisierte, „multimorbide“ und chronisch beeinträchtigte Menschen, die sich im Kontakt befremdlich, bizarr, schrill, sonderbar, jedenfalls keinem Standard entsprechend verhalten. Standarddiagnosen sind so gut wie immer fehl am Platze, sie werden in ihrer Unangemessenheit nur noch von den Standardzielsetzungen der kostenbewilligenden Stellen getoppt. Ich weiß manchmal nicht, was ich schräger und bizarrer finden soll: Das Verhalten der Patienten, oder die Standardargumente der Diagnostiker und „Steuerungsexperten“. Es kommt hinzu, dass die zugesagten Betreuungsformate (Einzelfallhilfe, Betreutes Wohnen, Integrierte Versorgung, APP) ausgesprochen heterogen sind und dem wirklichen Bedarf an Begleitung und Betreuung überhaupt erst angepasst werden müssen. Manchmal reicht das zugesagte Zeitkontingent in keiner Weise aus, um die betreffenden Personen angemessen zu begleiten, in anderen Fällen ist der Patient gar nicht bereit, den Betreuer so oft zu kontaktieren, wie es die Kostenzusage ermöglicht. Und manchmal treffen sich Betreuer und Patienten, verbringen viel Zeit miteinander, haben aber keine gemeinsame Vorstellung davon, was hier miteinander Sinn machen und angestrebt werden könnte. So zuletzt in einem Fall, indem sich nach einiger Zeit ergab, dass möglicherweise *alles*, was der Patient mitgeteilt hatte, incl. seiner Lebensgeschichte und seiner aktuellen sozialen Situation, unwahr und erfunden, also eine pathologische Konstruktion war. Auf welcher Basis sollte sich die Betreuerin mit ihm treffen und austauschen? Wie viel Vertrauen oder wie viel Misstrauen war angemessen? Wie viel Offenheit war gegenüber den nur teilweise aufgeklärten Angehörigen angezeigt? Wie viel Transparenz im Kontakt mit den Kostenstellen? Welche Gesprächsführung böte sich an? Sollten die bisher geführten, langen Gespräche völlig sinnlos gewesen sein? Wie viel Konfrontation war dem Patienten zuzumuten? Wie viel Empathie, wie viel Verständnis, wie viel Unterstützung sollte die Helferin einbringen? Die Betreuung im Rahmen der IV könne sich auf einen Zeitraum von bis zu drei Jahren erstrecken – was solle sie sinnvollerweise anstreben? Dem Patienten liege viel an

den Gesprächen mit ihr, er sei sehr mitteilhaft. Wenn sich nun aber alles als erfunden, als „gefäkt“ erweise, sei es dann gut weiter zuzuhören? Da sein reales Leben ein einziges Chaos sei – solle sie aktiv intervenieren? – Ein anderer Patient aus der APP leidet an schwerer posttraumatischer Belastungsstörung. Er hat sich nach einer kürzlich erlittenen schweren Retraumatisierung sozial total zurückgezogen. Nun sitzt er nach der Klinikbehandlung in seiner neuen Wohnung, öffnet seit Wochen seine Umzugskisten nicht, packt einfach gar nichts an, freut sich aber auf den Besuch der ambulanten psychiatrischen Pflege und genießt offenbar das Gespräch. Nur greift er keine einzige Anregung der Pflegekräfte auf und packt schlichtweg gar nichts an. Die APP ist aber bewilligt worden, um den Patienten zu Ärzten, zum Einkaufen, zu Ämtern usw. zu begleiten! Das kann seit Wochen nicht umgesetzt werden, weil er einfach nirgendwo hingeht. Wie solle man den bisherigen Kontakt einschätzen? Ist das sinnvoll? Oder sollte es – weil sinnlos – beendet werden? – Ich könnte viele weitere Geschichten erzählen, und sie alle würden davon handeln, dass gemeindenahere psychodynamische Arbeit jenseits formaler, unsinniger Vorgaben eine flexible, individuelle, entgegenkommende und elastische Haltung braucht. Das gilt heute mehr denn je.

**Haltende Beziehungen und Containment (14):** „Können psychiatrische Organisationen haltende Umwelt sein?“ war mein Thema auf der zweiten Kooperationstagung in Frankfurt/Main, das war im Jahr 2003. Heute, zwölf Jahre später, ist unsere Antwort: Ja, das können sie, das können sie nach wie vor, es fällt aber immer schwerer. Der Halt wird fragiler, brüchiger, und ihn trotz widriger werdender Bedingungen aufrecht zu erhalten, fühlt sich immer anstrengender an. Die „Umweltmutter“ (Winnicott) kränkelt selbst, sie ist alleinerziehend, oder der Kindesvater ist viel zu selten da, und so sehnt sie sich selbst nach Unterstützung. Sie kann oft nicht mehr, ihr ist zeitweise zum Heulen, sie wünscht sich Trost, Zuspruch oder wenigstens die Anerkennung ihres Engagements. Manchmal kommt auch das von niemandem. – In dieser Lage fühlen sich heute viele Professionelle, und wie wir das wahrnehmen, anerkennen und miteinander reflektieren und kommunizieren, das macht *Containment* aus. In vielen Supervisionen realisieren wir schließlich, dass wir gerne mit Patienten arbeiten, dass wir gerne mit Kollegen kooperieren, und dass wir eine sinnstiftende, anregende und befriedigende Arbeit ausüben. Auch diese *Entgiftung* ist Teil des Containments.

**Kooperation und Vernetzung (15):** Unter dem Druck der Verhältnisse, gerät die Zusammenarbeit mit Drittpersonen aus dem privaten und dem professionellen Umfeld des Patienten selbst bei denjenigen leicht in Vergessenheit, denen sie eigentlich wichtig ist. Mein oben erwähntes Beispiel zusammenführender forensischer Fallsupervision handelte davon. Es ist heute – auch das erwähnte ich bereits – Teil unserer Grundmatrix und Ausdruck des vorherrschenden Zeitgeistes, dass Zusammenhänge aufgelöst und Verbindungen getrennt und

aufgespalten werden. Daher rege ich inzwischen in zahlreichen Supervisionsprozessen an, Mitbehandler, Rechtsbetreuer u. a. Kontaktpersonen als Gäste in die Sitzung einzuladen. Hier geht es darum, Verbindungen zu knüpfen und Brücken zu bauen („Connecting“). Das führt automatisch zum nächsten Punkt.

**Bifokales Arbeiten (16):** Hier geht es um die Verbindung zwischen äußerer und innerer Realität, zwischen der sozialen Situation und der innerpsychischen Verfassung unserer Patienten. Natürlich hängt das eine mit dem anderen zusammen, selbstverständlich wäre jede strikte Trennung künstlich, unnatürlich und kontraproduktiv. Gleichwohl gibt es eine zunehmende Tendenz etwa in manchen Kliniken, Arbeitsbereiche zu separieren: Der Arzt soll dann fast ausschließlich für die somatischen Belange des Patienten zuständig sein, die Psychologin für „psychologische Gespräche“, der Sozialarbeiter für das Entlassungsmanagement und die Pflege für die spezifischen Pflege Themen – separate Pflegeplanung, Pflegevisite und Pflegedokumentation inklusive. Psychodynamische Psychiatrie ist aber mehrdimensional und sollte ganzheitlich verstanden werden, und daran zu erinnern und darum zu ringen, steht heute wieder mehr an als noch vor 10-15 Jahren. Bifokales Arbeiten, also die Verbindung von sozialer Intervention und psychodynamischem Verstehen, ist eine Facette des *Connec-tings*.

**Entwicklungsförderung (17):** Es stimmt traurig und macht ärgerlich, dass die Zeit, die Patienten mit schweren strukturellen Störungen benötigen, um sich therapeutisch weiter zu entwickeln, in der Allgemeinpsychiatrie immer weniger vorgehalten werden kann. Auch im Betreuten Wohnen werden Zeitkontingente immer mehr gekürzt, oder es werden in relativ kurzer Abfolge Betreuungsziele in den Raum gestellt, von denen jeder Erfahrene weiß, dass sie ganz und gar unrealistisch sind. Diese Entwicklung trägt – wie ich bereits ausführte – dazu bei, dass viele Patienten, die früher allgemeinpsychiatrisch hätten behandelt werden können, heute forensisch untergebracht und behandelt werden. Sehr langsam ablaufende, dann aber spürbare und durchaus nachhaltige Entwicklungsverläufe können Mitarbeiter (und Supervisoren!) heute vorwiegend im erweiterten Kontext des Maßregelvollzuges begleiten. Die Forensische Psychiatrie und ihre Nachsorgeeinrichtungen (FIA, Betreutes Wohnen) sind daher wichtige Orte psychodynamischer Arbeit.

**„Gut genug“ reicht (18):** Ich bin beim letzten Punkt angekommen. Diesen Punkt umzusetzen, ist für sehr viele Mitwirkende in der psychodynamischen Psychiatrie der leichteste und der schwerste zugleich. Gerade deshalb muss er immer wieder diskutiert werden. Leicht und schwer zugleich – wie ist das gemeint? Es ist leicht, sich intellektuell einzugestehen, dass wir alle nicht perfekt sind, dass wir alle Abstriche an unseren Ergebnisse akzeptieren müssen,

dass das immer schon so war und heute um so mehr. Das ist rational leicht zu verstehen. – Das Herzblut, das viele in die psychiatrische Arbeit einfließen lassen, ist aber so heiß, und der Anpressdruck ist so hoch, dass sich in der hochtourigen Alltagsarbeit schnell eine unzu-trägliche Betriebstemperatur einstellt. Viele tun sich nun sehr schwer, sie auf ein bekömmliches Maß herunterzukühlen. Je mehr Gegenwind und je mehr Steigungen zu bewältigen sind, desto hochtouriger und desto heißer sind sie unterwegs. Sie erwarten dann, dass die Erfolge in der Arbeit mit Schwerkranken der Leidenschaft und der Intensität entsprechen, mit der sie sich ins Zeug legen. Daher werden sie schließlich ärgerlich, unzufrieden und – wenn es ganz schlecht läuft – chronisch frustriert oder sogar verbittert. Daran zu arbeiten und die kleinen Erfolge in der psychiatrischen Berufspraxis wahrzunehmen und zu schätzen, ist daher heute noch wichtiger als zu Beginn unserer Vereinsgründung.

### **Literaturverzeichnis**

- Allen, J., Fonagy, P., Bateman, A. (2011): Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis. Klett-Cotta. Stuttgart
- Allen, J., Lemma, A., Fonagy, P. (2015): Trauma. In: Bateman, A., Fonagy, P. (Hg.) (2015): Handbuch Mentalisieren. Psychosozial-Verlag. Giessen, S. 477-506
- Aron, L. (1996): A Meetings of Minds. Mutuality in Psychoanalysis. The Analytic Press. Hillsdale, London
- Aron, L., Harris, A. (2006): In Beziehungen denken – in Beziehungen handeln. Neue-re Entwicklungen der relationalen Psychoanalyse. In: Altmeyer, M., Thomä, H. (Hg.) (2006): Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Klett-Cotta. Stuttgart, S. 108-121
- Bateman, A., Fonagy, P. (Hg.) (2015): Handbuch Mentalisieren. Psychosozial-Verlag. Giessen
- Badura, B., Walter, U., Hehlmann, T. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl., Springer Verlag, Heidelberg
- Bohleber, W. (1997): Trauma, Identifizierung und historischer Kontext. In: Psyche 51, S. 958-995
- Bohleber, W. (2000): Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. In: Psyche 54, S. 797-839
- Dilk, A. und Littger, H. (2008): Das ausgebrannte Unternehmen. Organisationales Burnout. In: managerSeminare, Heft 125, August 2008, S. 18-24
- Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. Klett-Cotta. Stuttgart
- Heltzel (1998): Was ist psychodynamische Psychiatrie? In: NAPPO 3

- Heltzel (2000): Psychodynamische Grundhaltung in der Gemeindepsychiatrie. In: Psychotherapieforum 8, S. 107-116
- 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
- Küchenhoff, J. (1998): Trauma, Konflikt, Repräsentation. In: Schlösser, A-M., Höhfeld, K. (Hg.): Trauma und Konflikt. Psychosozial-Verlag. Giessen, S. 13-32
- Mitchell, S. (1993): Hope and Dread in Psychoanalysis. BasicBooks. New York
- Mitchell, S. (2003): Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag. Giessen
- Mitchell, S. (2005): Psychoanalyse als Dialog. Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung. Psychosozial-Verlag. Giessen
- Orange, D., Atwood, G., Stolorow, R. (2001): Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Brandes & Apsel. Frankfurt/M.
- Schore, A. (2007): Affektregulation und die reorganisation des Selbst. Klett-Cotta. Stuttgart
- Solms, M. (2006): Sigmund Freud heute. Eine neurowissenschaftliche Perspektive auf die Psychoanalyse. In: Psyche 60, S. 829-859
- Stern, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Klett-Cotta. Stuttgart
- Stern, D. (1998): Die Mutterschaftskonstellation. Klett-Cotta. Stuttgart
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschiweiler-Stern, N. Tronick, E. (2002): Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etws-Mehr“ als Deutung. In: Psyche 56, S. 974-1006
- Streeck, U. (2001): Psychotherapie komplexer Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta. Stuttgart
- Streck-Fischer, A. (2014): Trauma und Entwicklung, 2. Aufl.. Schattauer. Stuttgart
- Treurniert, N. (1995): Was ist Psychoanalyse heute? In: Psyche 49, S. 111-140
- Wienberg, G.: Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. In: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 1/2008, S. 2-13
- 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

*Dr. med. Rudolf Heltzel, Außer der Schleifmühle 56, 28203 Bremen, Tel. 0421 – 33 99 383.*

[www.rudolf-heltzel.de](http://www.rudolf-heltzel.de) - e-mail: [praxis@rudolf-heltzel.de](mailto:praxis@rudolf-heltzel.de)