

Von der Mühsal, die eigene Ohnmacht zu nutzen - Überlegungen zur Supervision von Traumaarbeit

David Becker

Zusammenfassung:

Bezugnehmend auf Bions Theorie der Gruppe und Winnicotts Überlegungen zum Übergangsraum sowie zu „Holding“ und „Handling“ werden Probleme von Teams, die über Trauma arbeiten, und deren Supervision diskutiert. Der Autor reflektiert dabei über seine eigene Praxis als Supervisand und Supervisor. Im Vordergrund steht die Frage nach dem Umgang mit der eigenen Ohnmacht: Um mit extrem traumatisierten Menschen zu arbeiten, bedarf es eines gehörigen Ausmaßes von Mut bzw. „allmächtigen“ Heilungsphantasien. Hat man dann aber einmal damit begonnen, geht es um das Gegenteil von Allmacht, nämlich um die Anerkennung der Ohnmacht.

1. Einleitung

„Supervision“ scheint etwas zu sein, was viele Menschen brauchen. Ein kurzer Blick mit der Suchmaschine ins Internet genügt, um festzustellen, daß es zu diesem Stichwort weit über eine Million Eintragungen gibt, woraus man schließen kann, daß es bereits unendlich viel bedeutende und wahrscheinlich auch weniger bedeutende Ausführungen zu diesem Thema gibt. Gerade in den sogenannten helfenden Berufen, also z.B. bei Psychotherapeuten, Ärzten, Erziehern, Pfarrern etc., wird ganz unabhängig von der jeweiligen theoretischen Ausrichtung Supervision für etwas Sinnvolles gehalten. Die Ansichten darüber, was denn genau unter „Supervision“ zu verstehen sei, gehen dabei weit auseinander. Die einen verstehen darunter mehr Anleitung und Kontrolle, die anderen mehr Verständnis, Unterstützung und Reflexion. Grundlegend aber ist man sich darüber einig, daß es sinnvoll ist, über die eigene Arbeit nachzudenken, und zwar mit Hilfe von anderen, die nicht unmittelbar in dieser Arbeit stehen.

Im folgenden soll erst gar nicht der Versuch gemacht werden, die existierende Literatur zum Thema zu referieren oder aufzuarbeiten.

Dem Leser sei allerdings ein Buch empfohlen: Verein für psychoanalytische Sozialarbeit, 1994, und eine Website mit einem langen Text von H. G. Petzold und Mitarbeitern: <http://mypage.bluewin.ch/gestalt/supervisionskritik>.

Vielmehr geht es darum, aus einem spezifischen Arbeitsbereich zu berichten, nämlich der therapeutischen Arbeit mit extrem traumatisierten Menschen und dabei einmal ausnahmsweise weniger über diese, als über die Menschen, die

mit ihnen arbeiten, nachzudenken. An erster Stelle werde ich daher von meinen eigenen Erfahrungen in Chile berichten, von der Suche nach Supervision, vom Boykott dieser Suche und davon, was dann schließlich doch erreicht wurde. Als nächstes möchte ich dann von meiner eigenen Tätigkeit als Supervisor berichten. Dabei werde ich kurz beschreiben, mit welchem theoretischen Hintergrund ich arbeite. Dabei geht es nicht um die Entwicklung eines weiteren Modells, sondern um die kurze Schilderung der theoretischen Hintergründe und traumaspezifischen Ansätze, die mein Verhalten bestimmten, wenn ich in Chile, in Angola, in Bosnien, in der Schweiz oder in Deutschland in den vergangenen Jahren Teams supervidiert habe, die im gleichen Bereich arbeiten wie ich selber. Im Vordergrund meiner Überlegungen stehen dabei die Fragen nach dem „Halten“ (Winnicott) und dem Bezug zur Gruppe (Bion). Schließlich möchte ich dann noch über spezifische Herangehensweisen berichten, wie sie sich für mich im Laufe der Jahre als sinnvoll erwiesen haben. Zentral geht es mir in diesem Artikel um die Frage nach dem Umgang mit der eigenen Ohnmacht, weshalb auch bereits im Titel auf sie hingewiesen wird: Um mit extrem traumatisierten Menschen zu arbeiten, oft unter äußerst schwierigen Arbeitsbedingungen, bedarf es schon eines gehörigen Ausmaßes von Mut bzw. „allmächtigen“ Heilungsphantasien. Hat man dann aber einmal damit begonnen, geht es - so scheint mir - immer wieder um das Gegenteil von Allmacht, nämlich um die Anerkennung der Ohnmacht. Dieses und damit zusammenhängende weitere Probleme sollen im folgenden etwas genauer erörtert werden.

2. „Warten auf Godot“ - ein Traumateam sucht Supervision

Gleichgültig, wo auf der Welt sich ein Team mit Trauma beschäftigt, das Grundproblem mit der Supervision ist immer sehr ähnlich: Einerseits sind sich alle Beteiligten bewußt, daß man eine wie auch immer geartete Unterstützung - sprich Supervision - von außen braucht, andererseits scheint es völlig unmöglich zu sein, auch eine/n geeignete/n Supervisorin / Supervisor zu finden. Man braucht dringend Hilfe, aber niemand ist gut genug, sie geben zu können.

Das Therapeutenteam, zu dem ich 1982 in Chile stieß, bildete hier keine Ausnahme. Damals herrschte in Chile Diktatur, d.h. unsere Arbeit war in gewissem Umfang gefährlich. Auch war die therapeutische Arbeit mit politisch Verfolgten noch etwas so Neues, daß niemand beanspruchen konnte, ein klares therapeutisches Konzept zu haben, geschweige denn ein entsprechendes Supervisionsmodell. Wir waren uns einig, daß wir dringend Supervision bräuchten, aber in Chile - so glaubten wir jedenfalls - gab es dafür niemanden. Die Psychoanalytiker hielten sich bedeckt, - ob aus Angst oder weil die

meisten von ihnen zu reaktionär waren, wußten wir nicht. Außerdem dachten wir sowieso, daß wir eigentlich von niemandem supervidiert werden könnten, der nicht selbst Erfahrungen mit solchen Patienten hat. Entsprechend supervidierten wir uns untereinander, - und dann gab es noch alle paar Monate eine Tonbandkassette aus Mexiko: Die dort lebende Psychoanalytikerin Marie Langer und ihr Team, waren so freundlich, als Supervisorsersatz schriftliche Berichte von uns über Patienten zu kommentieren und als besprochene Kassette zurückzuschicken. Wie nützlich diese „Supervision“ wirklich war, soll dahin gestellt bleiben. Fraglos hatten wir die Illusion, von Marie Langer beschützt zu werden, und eine solche Illusion hat sicherlich einen gewissen Wert.

Die Zeit verging, und die Situation begann sich zu verändern. In Chile fanden Massenproteste statt. Der Kampf gegen die Diktatur wurde allgemeiner und breiter. Unsere Arbeit und auch wir wurden öffentlich bekannt. Der Berufsverband der Psychologen in Chile verlieh uns einen Preis. Wir schrieben Artikel und reisten auf Kongresse. Auf die vielfach an uns gestellte Frage, wie wir denn unsere Arbeit persönlich aushielten, hatten wir ein Lächeln parat (Typ „erfolgreicher Märtyrer“) und außerdem den Hinweis, daß wir ja über unsere Arbeit schrieben. Die neuen Verhältnisse führten nun nicht dazu, daß plötzlich ein Heer von Psychologen bereit gewesen wäre, mit den Opfern zu arbeiten oder auch potentielle Supervisoren bei uns Schlange gestanden hätten. Aber die Möglichkeit, weitere Menschen anzusprechen, war größer geworden. Allerdings suchten wir auch jetzt nicht ernsthaft. Ja, eigentlich war es sogar noch schwieriger geworden, weil wir Erfolg hatten, und es so viele Patienten gab, daß wir einfach „keine Zeit“ hatten, uns um uns selbst zu kümmern. Nach außen hin blieben wir erfolgreich, und fraglos konnten wir auch vielen Patienten helfen, obwohl wir wiederum auch vielen Menschen nicht geholfen haben, Fehler begingen. Das Klima in der Gruppe wurde schlechter. Politische Differenzen und technische Diskussionen darüber, wie zu therapieren sei, wurden heftiger. Schließlich - ich glaube, es war 1986 - wurde deutlich, daß es so nicht mehr weitergehen konnte. Das Team begann zu zerfallen, die Streitigkeiten wurden heftiger, die Schuldgefühle, auch den Patienten gegenüber, immer größer. Irgendwann stellten wir fest, daß keiner von uns besonders gut schlief, daß wir alle regelmäßig Alpträume hatten und im Schlaf mit den Zähnen knirschten, daß es uns also allen nicht gut ging. Und wieder begaben wir uns auf die Suche nach einem/einer lokalen Supervisor / Supervisorin. Die Suche dauerte etwa ein Jahr und dann fanden wir schließlich zwei solidarische Psychoanalytikerinnen, die bereit waren, uns kostenlos zu supervidieren.

Chile ist ein kleines Land, und eigentlich kennt jeder jeden, wie in einem Dorf. Wir hätten diese zwei Kolleginnen auch schon Jahre früher finden

können, nur hatten wir das damals nicht geglaubt bzw. nicht gewollt. Nun kam es also zu einer regelmäßigen Supervision (einmal in der Woche 1 1/2 Stunden), allerdings zu einem Zeitpunkt, zu dem das Team als solches bereits nicht mehr zu retten war. Wir hatten uns schon zu viele Gemeinheiten an den Kopf geworfen; es gab „unüberwindbare“ politische Widersprüche und selbstverständlich Konflikte mit der Dachinstitution über die Leitungsstruktur, die Gehälter etc. Einige hatten das Team bereits verlassen, ein anderer Teil, zu dem ich auch selbst gehörte, spielte mit der Idee, entweder aufzuhören oder eine eigenständige neue Institution zu gründen. Letzteres geschah dann schließlich 1988. Mit vier Kolleginnen gründeten wir das „Lateinamerikanische Institut für Menschenrechte und psychische Gesundheit“ (ILAS). Mit der sorgfältigen Auswahl der Supervision hatten wir so viel Zeit zugebracht, daß der „Patient“, unser Therapeutenteam, bei Behandlungsbeginn bereits verstorben war. Die Supervision konnte daran nichts mehr ändern, obwohl sie allen Beteiligten deutlich machen konnte, daß wir uns so lange nur mit „den anderen“, „den Opfern“, beschäftigt hatten, bis wir uns selbst gegenseitig zu Opfern machten. Unabhängig davon, wie man den Konflikt, den wir damals hatten, einschätzt, denke ich, daß alle daran Beteiligten mir heute zustimmen würden, daß wir hier im Sinne eines Burnout-Syndroms das aggressiv aneinander ausgehandelt haben, was wir selbst jahrelang von unseren Patienten erfahren hatten. Ich denke auch, daß es nicht zufällig ist, daß diese erste offizielle Supervision eine in sich quasi traumatisch gespaltene Struktur aufwies und die Supervisorinnen als erstes Bindungsangebot auf ihre totale Ohnmacht bzw. Hilflosigkeit festlegte. Die beiden Kolleginnen hielten gottseidank durch und supervidierten das Restteam in den Folgejahren recht erfolgreich.

Unsere neugegründete Gruppe, das ILAS, suchte nach einem eigenen Supervisor, auch einem Analytiker, den wir nun innerhalb von wenigen Wochen fanden und der uns in den folgenden 10 Jahren begleitete. Wir sind ihm auch heute noch freundschaftlich verbunden. Es würde zu weit führen, den Supervisionsprozeß hier ausführlich zu schildern, allerdings möchte ich doch einige zentrale Elemente benennen:

Dr. Jordan kam einmal in der Woche zu einer eineinhalbstündigen Gruppensupervision. Danach gab es immer ein gemeinsames Mittagessen, das abwechselnd von einem von uns - das Team war inzwischen wieder größer geworden - zubereitet wurde. Nach dem Mittagessen gab es dann noch die Möglichkeit zur Einzelsupervision, die wir entsprechend Bedürfnislage wahrnahmen. Dr. Jordan erwies sich als einfühlsamer Analytiker, der keinen Hehl daraus machte, daß auch für ihn die Arbeit mit uns einen Lernprozeß darstellte. Wenn ich mir überlege, was für mich persönlich und auch für das

gesamte Team in diesen Jahren der Supervision das Wichtigste war, würde ich sagen:

1. Unser Supervisor hat uns überlebt, d.h. er hat uns zugehört, und er ist nicht weggegangen. Er hat uns gehalten, aber auch durchaus ansprechen können, wo wir terroristisch waren. Ich erinnere mich noch gut an unsere erste Supervision, bei der eine Kollegin und ich einen absolut fürchterlichen Fall vorstellten, bei dem es um Folter, um Mißbrauch, um Gewalt und Psychose ging. Es war sozusagen die Feuerprobe für unseren neuen Supervisor. Wir fuhren unsere „stärksten Geschütze“ auf, er versuchte zu überleben, er ermöglichte eine Diskussion, gab ein paar Ratschläge und kam eine Woche später wieder, um uns grinsend zu erzählen, er sei an jenem Tag in verkehrter Richtung in eine Einbahnstraße eingebogen. Gottseidank sei nichts passiert, und entsprechend könnten wir heute ruhig den gleichen Fall weiter diskutieren, gemäß unserer Absprache, jeden Fall über zwei Sitzungen hinweg zu besprechen.
2. Ein zentrales Thema in all diesen Supervisionen war immer wieder Aggression. In den ersten Jahren unserer Arbeit hatten wir gelernt, die extreme Aggression des Regimes auszuhalten und mit unseren Patienten dieser Aggression gegenüber solidarisch zu sein. Jetzt ging es darum, langsam zu erkennen, wieviel Aggression auch in unserer Beziehung zu unseren Patienten lebendig sein konnte. Trotz aller Solidarität, trotz aller Anerkennung der Opferrealität mußten wir lernen, zugeben zu können, daß auch Opfer einen manchmal (tatsächlich ziemlich häufig) „nerven“ können. Wir mußten in diesem Zusammenhang auch immer wieder lernen und erfahren, daß ein ständig nur guter Therapeut seine Patienten darauf festlegt, böse zu sein, während ein Therapeut, der bei sich selbst auch Aggressionen akzeptieren kann, dem Patienten die Möglichkeit gibt, auch einmal gut zu sein.
3. Das dritte zentrale Element war die Frage nach Allmacht und Ohnmacht oder wie es auf spanisch so schön und richtig heißt, das Problem der „impotencia“. Genau wie unsere Patienten, die immer die Hoffnung gehabt hatten, das Ende der Diktatur bedeute auch das Ende ihrer Leiden, so hatten wir eigentlich auch gehofft (zwar vorsichtiger, aber trotzdem), daß unsere Patienten in einer Mischung aus politischer und sozialer Wiedergutmachung sowie mit Hilfe unserer Therapien doch wieder ganz gesund werden könnten, und daß wir dies alles individuell und gesamtgesellschaftlich organisieren würden. Um sich zu trauen, so viel Tod und Zerstörung fühlbar werden zu lassen, mußten wir vielleicht zu Recht insgeheim immer wieder die Illusion nähren, diesen Tod besiegen zu können, und zwar psychotherapeutisch und politisch. Aber genau diese Illusion war ab einem bestimmten Punkt unnütz für die Patienten. Statt ihnen zu helfen, konnte es unter gewissen Umständen bedeuten, daß sie sich wiederum nicht anerkannt fühlten, daß sie erneut verleugnet wurden, und das führte letztendlich wieder dahin, kränker zu werden. Im Grunde ging es bei der Bearbeitung des Ohmachtproblems immer um die Frage des Grenzensetzens. Theoretisch wußten wir natürlich alle aus der Entwicklungspsychologie und aus unserer Erfahrung als Eltern, wie wichtig es ist, Grenzen zu setzen und eigene anerkennen zu können, um eine vertrauensvolle

Bindung zu schaffen. Bei unseren Patienten brauchten wir allerdings den Supervisor, der uns daran immer wieder erinnern mußte.

Die Arbeit mit extrem traumatisierten Menschen ist immer eine komplexe Gratwanderung zwischen der sozialpolitischen Dimension einerseits und individuellen, psychologischen Prozessen andererseits. Psychotherapie mit diesen Patienten kann also nie ein „sauberes“ Geschäft sein, im Sinne einer klar begrenzten psychotherapeutischen Intervention. Entsprechend gibt es immer das Risiko, zu stark in die eine oder andere Richtung zu kippen, und dementsprechend die traumatische Spaltung zu wiederholen. Die Supervision hat uns geholfen, diesem Spaltungsrisiko nicht anheim zu fallen. Dadurch, daß Dr. Jordan uns gehalten hat, die Aggression in all ihren Facetten mit uns besprach und der Ohnmacht manchmal auch zu einer positiven Existenz verhelfen konnte, hat er nicht nur unseren Patienten genutzt, sondern auch uns selbst geholfen, weniger selbstzerstörerisch zu sein. Er hat nie an unserer spezifischen Kompetenz gezweifelt. Im Gegenteil, als er schließlich Vorsitzender der chilenischen psychoanalytischen Vereinigung wurde, hat er uns eingeladen, um über unsere Kenntnisse und unsere Theorieentwicklung im Traumabereich zu berichten. Er hat uns vor allem aber auch konsequent geholfen, nach und nach einen zuverlässigeren therapeutischen Raum mit unseren Patienten zu konstruieren und uns auf diesen einzulassen. Einige von uns haben in dieser Zeit eine eigene Therapie bzw. Psychoanalyse gemacht. Heute ist Supervision kein Sonderthema mehr im ILAS, sondern eine Selbstverständlichkeit, die alle als ein zentral stützendes Element erfahren.

3. *Die Ohnmacht schützen helfen*

3.1 **Vom Supervisanden zum Supervisor**

In meiner eigenen Arbeit als Supervisor sind die eben geschilderten Erfahrungen ein wichtiger Bezugspunkt. Therapeutische Arbeit ist meistens einsam. Aber nichts ist so einsam, so belastend und beängstigend wie das therapeutische Durcharbeiten von Traumata. Entsprechend groß ist das Bedürfnis nach Unterstützung, nach Durchbrechen dieser Einsamkeit. Normalerweise wird dieses Bedürfnis allerdings von dem eigentlich einer ausgewachsenen Depression zugehörigen Gefühl der Hoffnungslosigkeit begleitet. Man glaubt, daß das Bedürfnis von niemandem gestillt werden kann, entsprechend also das, was man vielleicht bekommen könnte, immer zu wenig sein wird. Die Gruppe wird zum Träger dieser ambivalenten Bedürftigkeit und somit gleichzeitig idealisiert und entwertet. Die meisten Teams sind also - unabhängig von den jeweiligen Arbeitsbedingungen - bereits emotional überlastet,

bevor sie überhaupt beginnen, über ihre Arbeit nachzudenken. Die erfolglose Suche nach Supervision ist Ausdruck des Konfliktes, um den es hier geht. Einerseits macht man das Bedürfnis nach Schutz und Hilfe deutlich, andererseits aber ist man fest davon überzeugt, daß diese Hilfe, würde man sie denn erhalten, nur ihre eigene Unzulänglichkeit erweisen könnte. Entsprechend furchtbar wäre es also, Hilfe wirklich zu bekommen. Kurz: Nur als Illusion, d.h. so lange man sie noch nicht wirklich bekommt, in der vergeblichen Suche, kann man noch an die Hilfe glauben. Für den Supervisor bedeutet der Umgang mit diesem Konflikt eine schwierige Herausforderung. Er muß die Konstellation erkennen und sich auf sie einlassen können. Dabei ist es entscheidend wichtig, weder als „allmächtiger Retter“ aufzutreten und dementsprechend Bestandteil des idealisierenden Gruppenprozesses zu werden, noch umgekehrt die Hoffnungslosigkeit einfach zu bestätigen.

Zusammen mit einer Kollegin habe ich noch während des Krieges in Zagreb im Auftrag der WHO einen Workshop durchgeführt, an dem Therapeuten aus den verschiedensten Gebieten des ehemaligen Jugoslawien teilnahmen. Sehr eindrücklich ist mir eine Skulptur, die eine Kollegin aus dem damals noch umkämpften Sarajewo aufbaute. Dabei benutzte sie die anderen Mitglieder der Gruppe, um eine schreckliche Familiensituation darzustellen - ich glaube, die Mutter war getötet worden, ein Sohn war verletzt, die Familie hatte kein Essen, und es herrschte allgemeine Verzweiflung. Einen auch am Workshop teilnehmenden Vertreter einer UNO-Behörde setzte sie in der Skulptur für sich selber ein, und zwar in einer völlig unmöglichen Körperhaltung die Gesamtfamilie stützend, haltend und ihnen Mut zusprechend.

Im Gespräch haben wir dann verschiedene Alternativen ausprobiert und schließlich schlug ich der Kollegin vor - sie hatte ihren Platz inzwischen selbst eingenommen - doch einmal zu probieren, was passieren würde, wenn sie, anstatt zu kämpfen und wie eine Gladiatorin die ganze Familie auf den Schultern zu tragen, nachgeben und sich selbst in eine etwas bequemere Position auf den Boden setzen würde. Zunächst einmal konnte sich die Kollegin nicht vorstellen, daß so etwas überhaupt erlaubt sein könnte, dann aber stellte sie fest, daß nicht nur sie sich wohler fühlte, sondern auch die dargestellte Familie begann sich selbst mehr zu tragen. Am Ende des Workshops sagte mir die Kollegin, es sei das erste Mal gewesen, daß ihr jemand gestattet habe, nicht nur die Verzweiflung anzuerkennen, sondern auch noch zu spüren, daß dies gegebenenfalls ein sinnvoller therapeutischer Schritt sein könne.

Der Grundanspruch jeder Therapie ist, Leiden zu lindern, wenn nicht gar zu heilen. Das gilt offensichtlich auch für den Traumabereich. Je extremer das Leid, desto größer auch unser Wunsch, praktisch und konkret helfen zu können, das Leid real zu besiegen. Allerdings erfahren praktisch alle, die in und über extreme Leidenssituationen arbeiten, irgendwann, daß wir das Leid

nicht nur nicht beseitigen können, sondern daß unser „Heilungsfuror“ den Patienten noch nicht einmal nützt. Die meisten Menschen, die sich irgendwo auf der Welt mit Trauma beschäftigen, scheinen das intuitiv zu wissen oder zu ahnen, unabhängig davon, ob sie Professionelle oder Laien sind. Allerdings erleben sie dieses Wissen schuldhaft, als Beweis ihres Mißerfolgs und der eigenen Unkenntnis. Aufgabe guter Supervision ist es, Raum zu schaffen, damit man von dem Zwang befreit wird, etwas Produktives tun zu müssen und entdecken kann, was einem selbst und dem Gegenüber passiert.

Besonders deutlich wurde mir dieser Aspekt im Rahmen der Supervision der Mitarbeiter einer Prothesenwerkstatt in Angola. (vergl. Becker 1998) Damals berichtete ein Krankengymnast ausführlich über einen Patienten, der offensichtlich verrückt geworden war und darauf bestanden hatte, seine gymnastischen Übungen für sein amputiertes Bein, in einem leeren Schwimmbad durchzuführen. Der Patient behauptete unbeirrt, das Schwimmbad enthalte Wasser und der Krankengymnast sei nur zu faul mit ihm auf dem Motorrad zu diesem Schwimmbad zu fahren. Schließlich setzte der Patient sich durch. Die beiden kamen in das Schwimmbad und fanden es leer vor, was aber den Patienten nicht daran hinderte, es weiterhin als benutzbar zu deklarieren und von dem Krankengymnasten verlangte, jetzt schwimmen zu gehen.

Die Frage in der Diskussion über dieses Problem war nun, was eigentlich mit dem Patienten vorgegangen war, ob der Therapeut vielleicht etwas falsch gemacht hätte etc. Dieser fühlte sich nämlich schuldig, weil er glaubte, an diesem Tag mit dem Patienten wirklich nichts Produktives gemacht zu haben, schlimmer noch, am Ende sogar richtig wütend auf ihn geworden war. Nach langer Diskussion konnte ein Mitglied des Teams schließlich das Verhalten des Patienten erklären: Der Patient fahre sehr gerne Motorrad, hätte aber einen solchen Wunsch nie unmittelbar zu äußern gewagt. „Verrückt zu spielen“ war die einzige Möglichkeit, an diesem Tag doch noch zu seinem Vergnügen zu kommen. Für den zuständigen Krankengymnasten war diese Interpretation sehr erleichternd. Er konnte nachvollziehen, daß er vor allem deshalb den Patienten nicht verstanden hatte, weil er so darauf fixiert war, ihm helfen zu „müssen“. Das Beispiel zeigt, inwieweit wir oft nicht nur anerkennen müssen, daß wir nicht helfen können, sondern auch, daß mitunter erst, wenn wir dies tun, der Raum für etwas völlig Neues entsteht - in diesem Fall für das Vergnügen.

3.2 Theorie

Es gibt viele Theorien, die im Rahmen der Supervision von Traumaarbeit relevant sind. Für mich stehen an erster Stelle Wilfred Bions Theorie der Gruppe und die Überlegungen Donald Winnicotts zum Übergangsraum, sowie

zum „Holding“ und „Handling“ (im folgenden beziehe ich mich im Wesentlichen auf Bion, 1961 sowie Winnicott, 1974 und 1976).

Es würde zu weit führen, Bion hier genauer erläutern zu wollen. Erinnerung sei nur kurz an den von ihm beschriebenen Spannungsprozeß zwischen Individuum und Gruppe, insofern Individuen immer Teil einer Gruppe sind, jedoch gleichzeitig auch immer in gewisser Opposition zu ihr stehen müssen. Als Individuen können wir uns nur in bezug auf eine Gruppe definieren. Wie Bion richtig sagt, könnte selbst der Eremit kein solcher sein, gäbe es nicht eine Gruppe, von der er sich abgrenzen, d.h. zurückziehen kann. Erwähnt sei auch seine Charakterisierung der Gruppentypen. Er unterscheidet drei Gruppenarten, die entsprechend bestimmter Grundannahmen funktionieren, d.h. affektive, unbewußte Strategien, die der Selbsterhaltung der Gruppe dienen: Die Kampf-Flucht-Gruppe, die Paarbildungsgruppe und die abhängige Gruppe. Als vierten Gruppentyp stellt er die Arbeitsgruppe den anderen gegenüber. Diese hat eine Aufgabe außerhalb ihrer selbst und deshalb einen Realitätsbezug, weshalb hier ein gewisses Maß an Differenzierung möglich ist.

Bei diesen Charakterisierungen geht es letztendlich um Arten und Weisen, wie Gruppen das Problem der Zugehörigkeit, der Grenzen und der Führung lösen. Gerade in der Supervision von Therapeutenteams und insbesondere solchen, die in und mit extremen Situationen arbeiten, erscheinen mir Bions Ausführungen zentral. Die erwähnten Grundannahmen können letztendlich als Abwehrprozesse verstanden werden, die um so stärker auftreten, je bedrohter eine Gruppe sich fühlt. Es gibt sie also als latenten Prozeß in allen Gruppen. Traumateams definieren sich zwar offiziell als Arbeitsgruppen, funktionieren aber in der Regel weitgehend als Grundannahmegruppen und zwar nicht, weil sie so verrückt sind, sondern weil der Inhalt ihrer Arbeit so „verrückt“ ist und der institutionelle Halt normalerweise schlecht ist, sie also als Gruppe extrem bedroht sind. Dies setzt dann genau die emotionalen Abwehrprozesse in Gang, die Bion mit seinen Grundannahmen beschrieben hat.

Ich denke auch oft an Bion, wenn ich in sogenannten Krisenregionen dieser Welt auf Gruppen stoße, die das zweifelhafte Vergnügen hatten, an einem der unzähligen Trauma-Supervisionsworkshops teilzunehmen, mit denen „Traumaexperten“ die notleidenden Länder beglücken. Oft wird in solchen Workshops die Problematik der lokalen Gruppen mißachtet, werden mit psychologischen Techniken Grenzen so mißachtend überrannt, daß die ganze Arbeit in der Kampf-Flucht-Grundannahme oder öfter noch in der Grundannahme der abhängigen Gruppe hängen bleibt. In der Kampf-Flucht-Dynamik wird dann irgend jemand oder etwas zum Hauptfeind hochstilisiert. Das trifft dann bestenfalls den Workshop-Leiter, oft aber auch irgendein Gruppenmitglied, oder es führt zu einer intensiv und aggressiv geführten Diskussion, die aber nichts mehr mit dem eigentlichen Workshop-Thema zu tun hat. Häufiger

allerdings begegnet uns die Thematik der Abhängigkeit: Die Workshop-Teilnehmer tun so, als hätten sie selber nichts zu sagen, als sei alles Wissen über Trauma beim anwesenden Experten. Sie finden alles wunderbar, beklatschen und bestaunen es. Die Leiter ihrerseits bemerken das oft gar nicht und glauben, ob ihrer Unkenntnis, ihnen würde Zustimmung zuteil, anstatt zu erkennen, daß sie Angst und Zerstörung ausgelöst haben, und die Gruppe sie im Rahmen der Grundannahme Abhängigkeit funktionalisiert hat.

Obwohl Winnicott eine ganz andere Sprache als Bion spricht, stehen sich beide doch sehr nahe. Sie beide sind in vielen ihrer Gedanken Melanie Klein verpflichtet, emanzipieren sich aber von ihr. Beide haben wichtige Bausteine zu dem geliefert, was wir heute Objektbeziehungs-Theorie nennen. Für mich ist Winnicott auch so etwas wie eine freundliche Ergänzung zu Bion. Bei Bion lernen wir über die finsternen und verrückten Mechanismen, die in Gruppen ablaufen, über deren regressiven Charakter und über die zweifelhafte Funktion von Führern. Winnicott hingegen - obwohl er die gleichen Mechanismen sieht - spricht vom Schutz, von der mütterlichen Geste des Haltens.

Mit seiner Theorie von den Übergangsobjekten und -phänomenen hat Winnicott einen entscheidenden Vorschlag gemacht, wie der therapeutische Prozeß zu verstehen ist, bzw. unter welchen Bedingungen er gelingen kann. Im Winnicott'schen Sinne ist Therapie günstigstenfalls ein Übergangsraum. Dieser muß einerseits real genug sein, damit der Patient im Rahmen einer realen Bindung vertrauen kann, andererseits aber auch erfunden genug sein, d.h. offen für Übertragung, um dem Patienten die Möglichkeit zu lassen, ihn entsprechend seiner Bedürfnisse zu besetzen und zu benutzen. Konkret geht es dabei um das, was Winnicott „Holding“ und „Handling“ genannt hat, also um einen stützenden Rahmen in dem die Aufarbeitung von Traumata, persönliche Veränderung und Entwicklung stattfinden können. Supervision muß versuchen diesen Anspruch zu erfüllen. Sie muß gerade bei Traumaarbeit immer darum kämpfen, daß ein Raum entsteht, in dem wieder gedacht und phantasiert werden kann. Schließlich ist ja eines der zentralen Erlebnisqualitäten von Trauma die Tatsache, daß im Moment des Zusammenbruchs nicht mehr „gedacht“ werden kann, weil das was denkt, die psychische Struktur, vorübergehend ausgelöscht, zerbrochen wurde (vergl. S. Ferenczi, 1932). Winnicott hat in seinen Theorien viel über Kreativität nachgedacht und dabei auch immer an Kinder, mit denen er spielen wollte und konnte. Seine Technik des „Schnörkelspiels“ (D. Winnicott, 1973) ist in einer Supervision nicht zu benutzen. Aber ich habe immer wieder darüber nachgedacht, ob und wie in einer Supervision auch die Möglichkeit besteht, zu spielen. Dies ist dann auch die Schnittstelle zur Familientherapie und den dort in der Supervision öfter angewendeten Rollenspielen und Skulpturen, Techniken die zum Teil aus der

Gestalttherapie oder auch aus dem Psychodrama stammen. Ich mache das nicht immer und nicht mit allen Gruppen, aber grundsätzlich suche ich gerade, wenn es um so viel Terror geht wie bei der Traumaarbeit, die Möglichkeit im Winnicott'schen Sinne zu spielen.

Zum „Halten“ von Traumateams gehört u.a., sich von Anfang an jeder besserwisserischen Hybris zu enthalten. Das bedeutet, sich die Zeit zu nehmen, alle zu Wort kommen zu lassen, nicht zu schnell Lösungen vorzuschlagen und bereit zu sein, etwas Neues zu lernen, auch dann noch, wenn man glaubt, ein Traumaexperte zu sein. Besonders wichtig ist es, sich der Sprache der Menschen anzupassen, denen man gegenüber sitzt und sie nicht zu zwingen, sich der eigenen Fachsprache unterzuordnen. Ein weiteres Element des Haltens ist der feste Glaube, daß die Personen, die sich supervidieren lassen, etwas Spannendes mitzuteilen haben. Das Thema ist also nicht, „Wer weiß mehr über Trauma, Du oder ich?“, sondern vielmehr, wie kommen wir zueinander in ausreichend guten Kontakt, damit wir uns trauen können, so miteinander zu reden, daß es für alle Beteiligten interessant wird. Halten hat last not least vor allem etwas mit Aus-halten zu tun, d.h., mit Stützen, ohne den jeweils anderen einzuschränken.

Winnicott hat nur wenig über Gruppen gesprochen, allerdings sind gerade Arbeitsgruppen, Supervisionsgruppen der Ort, in dem Übergangsräume relativ einfach entstehen können. In der Supervision wird von etwas erzählt, das zentrale Bedeutung für die Erzählenden hat, aber nicht in diesem Moment stattfindet. Wenn es dann gelingt, eine echte Beziehung zueinander aufzunehmen, und wenn über das Berichtete zum gemeinsamen Spielen gefunden werden kann, dann kann eine Art Amalgam zwischen Winnicott und Bion entstehen, d.h. eine Situation, in der für die Individuen und für die Gruppe, die als Ganzes mehr ist als die Summe ihrer Einzelteile, ein Stück Veränderung passiert, welches wiederum den Patienten zugute kommt.

3.3. Wem soll Supervision nützen?

Die Beantwortung dieser Frage sollte eigentlich ebenso einfach wie selbstverständlich sein, nämlich daß Supervision demjenigen, der supervidiert wird, nützen sollte. Etwas weniger kompliziert ausgedrückt: Wer um Hilfe bittet, sollte sie bekommen und zwar ohne Demütigung, ohne Unterwerfungsgesten.

Nun ist es aber leider so, daß viele Supervisoren glauben, das „Objekt“ der Supervision sei der Patient. Insbesondere da, wo mit Einwegspiegeln supervidiert wird, wie z.B. in manchen Strömungen der Familientherapie, wird der Therapeut oft vergessen. Da ich selbst auch Familientherapeut und Familientherapie-Supervisor bin, weiß ich, wie verführerisch es ist, gerade in Ausbildungszusammenhängen vor allem zu zeigen, wie gut man selber ist

und wie viele Fehler der/die Auszubildende ständig macht. Wenn der Therapeut auf diese Art und Weise belehrt wird, dann ist er zum Objekt gemacht worden, d.h., er wird zum reinen Handlanger zwischen dem Supervisor und dem Patienten. Es sollte daher ein Anliegen einer jeden Supervision sein, daß sie in erster Linie dem Therapeuten zu nutzen habe. Das Argument, die technische Belehrung nutze doch auch dem Therapeuten, erweist sich als fadenscheinig.

Ein weiteres Thema ist, daß, man bei einer Gruppensupervision oft in den scheinbaren Zwiespalt gerät, zwischen Gruppe und Gruppenbedürfnissen auf der einen und den Bedürfnissen einer zu supervidierenden Einzelperson auf der anderen Seite, entscheiden zu müssen. Dies führt bei einigen Supervisionsmodellen dazu, daß die Gruppe einfach funktionalisiert wird, oder umgekehrt, daß die Sonderrolle der Person, die sich supervidieren läßt, nicht mehr genügend berücksichtigt wird. Mir persönlich sind die Gruppenprozesse in der Supervision fast genau so wichtig, wie die Einzelperson. Allerdings hoffe ich, dabei nie aus den Augen zu verlieren, daß es da ein Mitglied in der Gruppe gibt, das auf jeden Fall von der Supervision etwas mitnehmen können muß. Die Priorität dessen anzuerkennen, der um Hilfe ersucht, bedeutet für den Supervisor auch, den eigenen Belehrungswünschen - wie schon wiederholt gesagt - Grenzen zu setzen. Es ist leicht, Therapeuten scheinbar nachzuweisen, daß sie weniger wissen als man selbst, da man ja mehr Distanz zu ihrer Arbeit hat und immer einige Dinge sieht, die der unmittelbar Betroffene selbst nicht wahrnimmt. Ebenso leicht ist auch, Rezepte zu erfinden, die andere dann ausprobieren müssen. Wirklich schwierig ist hingegen, jemandem zu helfen, eigene Lösungen zu finden oder die Möglichkeit zu schaffen, daß das Sachwissen, welches man anbietet, auf eine selbständige und kreative, sich nicht unterwerfende Art und Weise, genutzt werden kann. Meiner Erfahrung nach kann eine Gruppe die Supervision um so besser kollektiv nutzen, je mehr es gelingt, die mit ihrer Problematik im Vordergrund stehende Person, besonders ernst zu nehmen und zu schützen. Für mich ist die einen Fall vorstellende Person immer in doppeltem Sinne die Hauptperson, einerseits, weil sie über einen eigenen Fall berichtet, für den sie aus der Supervision etwas mitnehmen können muß, andererseits, weil sie indirekt auch immer etwas über die Gruppe und den aktuell stattfindenden Gruppenprozeß berichtet. Die Gruppe umgekehrt stellt in ihren Reaktionen immer Teilaspekte des diskutierten Falles dar. In diesem Sinne sind die von Bion geschilderten Gruppenrealitäten immer wirksam. Was wir zunächst einfach als Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene wahrnehmen, erweist sich bei näherer Betrachtung so als die „Gestalt“ der Gruppe, die nach Bion immer als ein Organismus funktioniert. Supervision ist also sowohl für eine Hauptperson als auch für die Gruppe. Diese spiegelt etwas von der Hauptperson, diese wie-

derum spiegelt etwas vom Gruppenprozeß. Als Supervisor versuche ich immer, diese beiden Teilaspekte irgendwie zur Sprache zu bringen.

3.4. Einige Rezepte

Für eine gute Supervision kann es keine Rezepte geben, erst recht nicht im Bereich der Traumaarbeit. Wie ich an anderer Stelle ausführlich begründet und ausgeführt habe (vergl. z.B. D. Becker, 1995) kann Trauma immer nur in bezug auf einen spezifischen kulturellen und sozialpolitischen Kontext verstanden werden. Therapeutische Methoden ebenso wie die Art und Weise der Supervision müssen sich dementsprechend unterscheiden. Allerdings gilt sicherlich überall, daß Supervision deshalb funktionieren kann, weil der Supervisor nicht Teil der Gruppe ist, die er supervidiert. In der Traumaarbeit kommt die Notwendigkeit einer gleichzeitigen aktiven, solidarischen Nähe hinzu, im Sinne dessen, was bei Winnicott Halten bedeutet, was Kinston und Cohen „primary relatedness“ (W. Kinston und J. Cohen 1986) genannt haben und was bei uns in Chile „vinculo comprometido“ (D. Becker 1992) hieß. Dies ändert nichts an der Tatsache, daß eine vertrauensvolle Supervision nur da möglich ist, wo das jeweilige Team sich seinen Supervisor selbst aussucht und dieser nicht zur Institution gehört. Den meisten Lesern mag dies als selbstverständlich erscheinen. Ich möchte hier trotzdem darauf hinweisen, weil Traumaarbeit sehr leicht dazu führen kann, Grenzen zu verwischen, weshalb es manchmal sinnvoll ist, sich an einige grundlegende Notwendigkeiten zu erinnern.

Wenn ich also von „Rezepten“ spreche, dann meine ich damit einfach einige Überlegungen, die mir persönlich beim Supervidieren geholfen haben:

1. Alle Antworten sind in der Gruppe. Wenn ich die Teilnehmer der Supervision nur breit genug diskutieren lasse, dann entsteht früher oder später unweigerlich eine sichtbare Gestalt. Manchmal stelle ich mir das wortwörtlich so vor und warte darauf, wie nach und nach Arme, Beine, Rumpf und Kopf entstehen. Meine Interventionen zielen zunächst darauf ab, diesen Prozeß zu begleiten und voranzutreiben.
2. Ich weiß am Anfang möglichst wenig, d.h., ich bin bereit, mich auf ein gewisses Chaos einzulassen. Ganz bewußt versuche ich, nicht zu schnell zu ordnen, aber ich registriere sehr genau, wo ich mich zu interessieren beginne, wo ich mich langweile etc.
3. Traumaarbeit hat zentral etwas mit unaushaltbaren Widersprüchen und mit Spaltung zu tun. In Supervisionen versuche ich also, potentielle Gegensätze mitzudenken. Spricht jemand nur von der politischen Dimension, suche ich nach dem persönlichen Aspekt. Spricht jemand von Trauer, suche ich nach der Wut. Spricht jemand von Krieg, suche ich nach den Harmoniewünschen. Natürlich spreche ich diese Suche nicht immer aus, aber ich denke und phantasie sie mit. Mit anderen Worten, manchmal erschließt sich die Gestalt durch die Frage: „Was fehlt?“

4. Alle Formen der Kreativität sind wichtig. Das kann heißen, daß man zu spielen anfängt; es kann sich aber auch um Metaphern handeln. Auf jeden Fall geht es darum, solche Momente auszubauen und zu entwickeln.
5. Am wichtigsten bleibt bei all dem natürlich die Beziehung, die emotionale Verknüpfung, die es aufzubauen gilt. Schon Ferenczi hat ja sehr zu Recht festgestellt: „Ohne Sympathie keine Heilung“ (S. Ferenczi, 1932).

4. *Abschließende Bemerkungen*

In den vergangenen Jahren habe ich in regelmäßigen Abständen in Institutionen in der Bundesrepublik und in der Schweiz supervidiert, die mit Flüchtlingen arbeiten. Als in Chile lebender Deutscher kam ich quasi als Ausländer nach Deutschland, um Institutionen zu beraten, die sich mit Menschen beschäftigten, die ihre Heimat verloren hatten. In diesem Zusammenhang ergab sich ein vielschichtiges Beziehungsgeschehen, das auf meiner Seite ebenso wie auf der der Institutionen sicherlich typisch für Traumatherapeuten ist. Wie schon für uns damals in Chile war für europäische Institutionen ein weit entfernt lebender Supervisor offensichtlich etwas Attraktives. Für mich - umgekehrt - war dieses Supervidieren immer auch ein Stück Nachhausekommen, allerdings ohne die „familiären Verpflichtungen“, die ein Daueraufenthalt mit sich bringen kann. Natürlich erwiesen sich die deutschen und schweizerischen Kollegen als gesünder, als wir es damals in Chile waren, in dem Sinne, daß sie eine direkte und andauernde Arbeit mit mir begannen und auf Kassetten u.ä. Firlefanz verzichteten. Jetzt, wo ich wieder in Deutschland lebe, ist dieser Artikel auch eine Gelegenheit, zu rekapitulieren, wie und unter welchen Umständen ich zum sogenannten „Traumaexperten“ geworden bin. Wenn ich hier zum Schluß ein Fazit zu ziehen versuche, dann mit der ganz eindeutigen Aussage, daß Supervision eine absolute Notwendigkeit für alle im Traumabereich arbeitenden Personen ist. Traumaarbeit verführt dazu, heroisch sein zu wollen. Traumaarbeit bedeutet immer das Risiko, mehr zu wollen als man leisten kann, auf den notwendigen Selbstschutz zu verzichten. Wenn ich heute zurückdenke, dann bin ich froh darüber, daß wir es damals in Chile, wenn auch nach zu langer Zeit, geschafft haben, Supervision zu organisieren. Allerdings fallen mir auch viele Fehler ein, die ich gemacht habe, weshalb ich mir dann wünsche, ich hätte frühzeitiger lernen können, auch meine Ohnmacht zu erkennen und zu schätzen.

Literatur:

- Becker, David (1992). Ohne Haß keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten. Freiburg: Kore Verlag
- Becker, David (1995). The Deficiency of the Concept of Posttraumatic Stress Disorder when dealing with Victims of Human Rights Violations. In *Beyond Trauma*, Hgs. Rolf Kleber, Charles Figley and Berthold Gersons, 99-110, New York: Plenum Press
- Becker, David (1998). Das Elend mit den Flüchtlingen: Undankbare Opfer und ihre Helfer. Überlegungen zur psychologischen Diagnose und Therapie von Gefolterten. *Schweizerische Ärztezeitung* 1998, Nr. 4, S. 2040-2048
- Bion, Wilfred (1961). Experiences in Groups. London: Tavistock
- Ferenczi, Sándor (1932). Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag (1988)
- Kinston, W. and Cohen, J. (1986). Primal repression: Clinical and theoretical aspects. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 337-355
- Verein für psychoanalytische Sozialarbeit (Hrsg.) (1994). Supervision in der psychoanalytischen Sozialarbeit. Tübingen: Edition Diskord
- Winnicott, Donald (1973). Die therapeutische Arbeit mit Kindern. München: Kindler
- Winnicott, Donald (1974). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler
- Winnicott, Donald (1976). Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler