

Bernadette Grawe

## Selbstreflexion und ihre Bedeutung für die Supervision<sup>1</sup>

### Vorbemerkungen

Selbstreflexion begleitet uns im Beruf ständig. Habe ich das angemessen erledigt? Warum habe ich das eigentlich so geregelt, ich wollte es doch anders machen? Wir erinnern uns daran, wie wir uns vielleicht überraschend in Konflikte verwickelt haben, die wir gar nicht beabsichtigt hatten und gehen die erlebten Szenen innerlich noch einmal nach.

Selbstreflexion kann man verstehen als „die Fähigkeit, die eigene Realität zum Thema kognitiver Aktivität zu machen.“ (Schülein 1998, S.9) <sup>2</sup> Sie ist wichtig für unser Alltagsbewusstsein. Das ist der Typ von Bewusstsein, der die alltägliche Praxis steuert. Wir benötigen das Alltagsbewusstsein für die Aufrechterhaltung der situativen Handlungsfähigkeit, die Balance der sozialen und der individuellen Identität sowie für die Gewährleistung eines angemessenen Realitätskontakts.

Selbstreflexion kann man vielleicht als ein lautloses inneres Gespräch beschreiben. Wenn wir es so verstehen, kommen aber nicht nur kognitive Aspekte in diesen Vorgang hinein – dieses innere Gespräch ist wie ein inneres Betrachten, wie die Wahrnehmung einer inneren Bühne zu sehen. Dieses Gespräch findet immer statt, wird aber manchmal durch die Notwendigkeit, zu handeln oder etwas Äußeres genauer wahrzunehmen, in einen Hintergrund gedrängt.

Anlässe, dieses Gespräch auf einen Dritten oder gar auf einen Supervisor, eine Supervisorin auszudehnen, können ganz unterschiedlich sein. Es sind oft besondere Erlebnisse, Verunsicherungen im beruflichen Handeln, Krisen, Konflikte oder Veränderungswünsche im Blick auf persönliche berufliche Entwicklungen.

In dem Moment nun, in dem sich SupervisandInnen sich von einem Supervisor beraten lassen, wird diese in jedem von uns vorhandene Selbstreflexion sozial gerahmt. Die Beteiligten begegnen sich in der Supervision in einem entsprechenden Beratungsformat, das von gegenseitigen Erwartungen aber auch von Regeln und Normen bestimmt ist. Supervision ist als „Institution“ gesellschaftlich bereits vorhanden, muss aber im Zusammenwirken der Beteiligten immer wieder neu interaktiv hergestellt werden.

---

<sup>1</sup> Der folgende Beitrag nimmt das Thema der Selbstreflexion aus dem Vortrag von Frau Dr. Grawe bei den FIS-Tagen 2018 auf. Da das bei den FIS-Tagen beschriebene Fallbeispiel aus Diskretionsgründen nicht veröffentlicht werden kann, wird das Thema hier an einem anderen Fall erläutert. Dabei ergeben sich auch einige andere theoretische Zugänge, die aber die Frage der Selbstreflexion und ihre Bedeutung im Kontext der Supervision gut erhellen können. Wir bitten um Verständnis.

<sup>2</sup> Der Begriff „Selbstreflexion“ ist unter wissenschaftlichem Aspekt ausgesprochen voraussetzungsvoll und mit seinem Bedeutungshof von Selbstbewusstsein, Selbsterkenntnis, Selbstbild, Selbsterleben oder Introspektion in Erkenntnistheorie, Entwicklungspsychologie oder Psychoanalyse führt er umfangreiche gedankliche Modelle bei sich, denen hier im Einzelnen nicht nachgegangen werden kann. Ich folge hier dem Verständnis, wie es Schülein (1998) beschrieben hat.

Dieses in einer Supervision erforderliche Zusammenspiel zwischen Innenwelt und Außenwelt, zwischen der lautlosen inneren Selbstreflexion – womit ja beide beschäftigt sind – und der sozialen Interaktion ist keineswegs trivial. Psychisches transformiert sich nicht unmittelbar und linear in Soziales oder umgekehrt. Bei dieser Transformation zwischen Innen und Außen hat sich – und das ist sicherlich ein Gewinn – in vielen Organisationen das Angebot Supervision etabliert.

Betrachtet man nun gegenwärtig die organisatorischen und institutionellen Kontexte von Supervisionsanfragen, so begegnen wir verschiedenen neuen Herausforderungen. Zum einen verbreitet sich offenbar ein organisatorischer Optimierungsdruck, der die Erwartungen an Beschleunigung und schnelle Anpassung erhöht. Gleichzeitig sind für unsere SupervisandInnen vor allem im Bereich der sozialpädagogischen oder der sozialtherapeutischen Organisationen immer auch finanzielle Erwägungen und institutionelle Grenzen des Hilfehandelns zu balancieren.

In den Innenwelten unserer Supervisanden verstärken sich Ratlosigkeit, Leere, Burnout. Es zeigen sich dabei nicht selten erstaunliche Machbarkeitserwartungen im Blick auf die Supervision. Da soll vielleicht in wenigen Sitzungen ein Konflikt verstanden, bearbeitet und gelöst werden.

In der Praxis unserer Supervisionssitzungen wird jedenfalls aktuell erlebbar, dass Innenwelt und Außenwelt nach je eigenen Logiken und mit je eigenen Zeitrechnungen arbeiten und sich nicht selten gegenüber den vorhandenen Optimierungs- und Rationalisierungserwartungen widerspenstig verhalten.

In der Supervision arbeiten wir nun an den notwendigen Transformationen, wir unterstützen Supervisand/innen darin, Innen- und Außenwelt besser in eine Kongruenz zu bekommen. Interesse dieses Beitrags ist es nun, diese Transformationen näher zu beschreiben und damit einen Beitrag zu einer Bewusstwerdung über die Bedeutung von Selbstreflexion und deren im Blick auf deren Komplexität in der Supervision zu leisten.

## Ein Fallbeispiel

In einer Supervisionsgruppe mit Pflegekräften einer Allgemeinen Klinik wird zu Beginn mitgeteilt, dass die Supervision aus Kostengründen im nächsten Jahr nicht mehr weitergeführt werden soll. Es steht im Raum, dass die Pflegekräfte sich mit einem Eigenanteil an den Kosten beteiligen sollen. Dazu haben sie aber noch keine Entscheidung getroffen.

Dann berichtet Frau Meier – sie arbeitet als Krankenschwester auf einer Station mit dem Schwerpunkt Entzugsbehandlungen – von einem Alkoholiker, der wieder einmal zum Entgiften in die Klinik gekommen sei. Er komme in Abständen alle paar Jahre in diese Einrichtung, man kenne ihn schon. Während sie das erzählt, stöhnt sie immer wieder auf: „Er nervt uns alle.“ Heute ist er etwa 50 Jahre alt, früher, als er noch jünger war, ist es in der Entgiftungsphase zu heftigen Gewaltausbrüchen gekommen, er musste oft fixiert werden. Dazu brauchte man mehrere starke Männer. Heute ist er ruhiger, aber im Umgang sehr unangenehm. Jeder ist schon genervt, wenn er hört, dass dieser Patient wieder aufgenommen wurde. Er beschimpft das Pflege- und das therapeutische Personal, bei den Ärzten hält er sich zurück. Es entsteht

keine Beziehung zu ihm. Es gebe immer das gleiche Ritual. Zunächst erkennt man bei ihm starke unangemessene Selbstdarstellungen, dann überzogene Erwartungen (er will immer stärkere Medikamente), dann kommt es eskalierend zu Suizidversuchen, die kurz vor dem ernsthaften Stadion aber bisher immer abgebrochen werden. Frau Meier schildert, dass sie letztens Dienst hatte und bei ihm die Schelle ging. Da lag er halbnackt auf dem Bett, eine Plastiktüte um den Kopf und sein Gesicht hatte sich schon fast blau verfärbt, offenbar hatte er aber während des Versuchs die Schelle in der Hand, die er dann im letzten Moment gedrückt hatte. „Ich musste dann Hilfe holen, ich musste ihn da unbekleidet sehen und auch sein Erbrochenes wegmachen.“ Sie erlebt das als sehr unangenehm. Sie sagte, diese Entwertungen, die bei den Beschimpfungen entstehen oder diese narzisstischen Bedürfnisse widern sie an: „Das ist doch nur Theater“. Man wisse das schon, das seien alles nur Strategien, um an stärkere Medikamente zu kommen.

In der Fallbesprechung kommt es zunächst nur zur Einfühlung mit Frau Meier, die Last dieser Erfahrungen wiegt in der Supervision schwer. Der Patient hatte sie sozusagen in eine Nähe gezwungen, die sie bei ihm nicht gut aushalten konnte, weil er sich auch sonst immer so dominant und entwertend verhielt. Die Schwere der Abgrenzung gegenüber schwierigen Patienten erleben die anderen SupervisandInnen ja auch und sie führt in der Sitzung zu stark depressiven Gefühlen. „Wir müssen sowas eben aushalten“ – das steht im Raum. Die Distanzierung, die hier möglich erscheint, entsteht also nur auf der Rollenebene: das sind Patienten, die verhalten sich nun mal oft unangemessen und wir als Pflegekräfte können uns nur schützen, indem wir die Last gemeinsam tragen und im Stationszimmer unseren „Dampf“ abladen.

Die ersten Versuche, sich in den Patienten einzufühlen (warum macht er das, welche Geschichte bringt er mit?), werden in der Supervisionsgruppe schnell abgewehrt. Sie scheinen zu diesem Zeitpunkt die Last vielmehr nur noch zu verstärken und die Möglichkeit der Distanzierung in der Rollengestaltung auch noch wegzunehmen: „wir sind doch keine Therapeuten“ und: „ich will mich gar nicht in dieses kranke Gehirn einfühlen“ und „für diese Spielchen haben wir keine Zeit“. Es wird aber deutlich, dass das gemeinsame Stöhnen im Stationszimmer auch nicht wirklich entlastet.

Ich selbst sitze auch eine ganze Weile ratlos und mit den Gefühlen von Frau Meier beschäftigt da. Erst als wir uns mehr und mehr mit den Entwertungen befassen, wird deutlich, dass der Patient offenbar den bei Pflegenden immer vorhandenen positiven Hilfeimpuls ignoriert und kränkt. Es wird deutlich, dass Frau Meier sich hier – trotz vieler gut gemeinter Beziehungsangebote – benutzt, dominiert und missbraucht und nicht als engagierte HelferIn wahrgenommen fühlte. Nach und nach wird klar, dass Frau Meier und ihre KollegInnen sich schützen müssen nicht z.B. davor, jemandem das Erbrochene wegzumachen, sondern davor, dass ihr ureigener Impuls, Menschen helfen zu wollen, so entwertet wird, während sie doch täglich entsprechende Hilfe- und Beziehungsangebote machen und versuchen, die Patienten auf diese Weise zu erreichen.

Diese Erinnerung an die Enttäuschungen, an die vergeblichen Bemühungen, die Wahrnehmung der eigenen professionellen Identität führt in der Gruppe zu einer Entspannung. Frau Meier ist erkennbar wieder mehr mit sich selbst und ihren Beziehungsangeboten als mit der Wut und ihrer Abwehr gegenüber dem aggressiven Patienten beschäftigt. In der kreisenden, mit starken Affekten aufgeladenen und im Stationszimmer sozial agierten Abwehr gegen das unangenehme Verhalten des Patienten war

die Selbstreflexion ausgeschaltet. Frau Meier und ihre KollegInnen auf der Station waren mehr mit dem äußeren Verhalten des Patienten befasst und schützten sich – sich gegenseitig bestätigend – ihrerseits mit einer Abwertung des Patienten.

Jetzt konnte auch in der Gruppe die Frage kommen: Wie aber schütze ich mich vor dieser Entwertung? Nach und nach wurde deutlich, dass nicht allein das soziale und äußere Agieren der Abwehr, sondern der Blick auf sich selbst, die Selbstreflexion, Raum gibt, um herauszufinden, wo genau mich dieser Patient eigentlich trifft, was er denn genau verletzt. Damit aber wandert der Blick von einer äußeren Welt mit ihren Regeln, Normen und gegenseitigen menschlichen Verhaltenserwartungen (deren Verletzung hier entsprechende Empörung auslöste) zu der inneren Welt, zu der inneren Bühne, auf der es vielleicht um alte und reaktivierte Beziehungsmuster oder um Kränkungen geht.

Erst als wir diesen Zugang zur Selbstreflexion wiedergefunden hatten, als Frau Meier verstanden hatte, was sie da verletzt und gekränkt hatte, konnte auch von ihr eine Einfühlung für den Patienten entstehen und andere schlossen sich an. Er tat ihnen leid, warum musste er solche Umwege suchen, um sich gesehen zu fühlen? Das Verzweifelte an seinem Handeln konnte gesehen werden aber auch die Widersprüchlichkeit. Denn die Anerkennung, die er suchte, war auf diesem Weg der Entwertung nicht zu gewinnen. In dem jetzt einsetzenden Nachdenken konnten neue Einfälle zu dem Zusammenspiel zwischen dem äußeren Verhalten und den inneren Motiven entstehen.

## Theoretische Überlegungen

Die Psychoanalyse hat sich seit ihrem Beginn mit verschiedenen theoretischen Konzepten für das Zusammenspiel zwischen Innen und Außen interessiert. Sie stellt vor allem seit der interaktiven Wende in der Objektpsychologie klar heraus, dass das Soziale für uns Menschen konstitutionellen Charakter hat, die psychische Entwicklung von Menschen ist ohne sozialen und interaktiven Kontext gar nicht zu denken.

Die inneren Objekt- und Selbstrepräsentanzen und die Fähigkeit, zwischen uns selbst und anderen zu unterscheiden, werden in der frühen Interaktion des Kindes mit den wichtigsten Bezugspersonen aufgebaut. Bei diesem Aufbau spielt die Art und Weise, wie diese Bezugspersonen mit den Bedürfnissen und Affekten des Kindes umgehen, eine zentrale Rolle. Aus der bindungstheoretischen Forschungstradition wissen wir, dass eine angemessene Affektspiegelung dazu beiträgt, dass Säuglinge ein normales Selbst-Erleben entwickeln. Damit ist gemeint, dass die Mutter dem Kind zu verstehen gibt, dass es seine Not und seinen Affekt verstanden hat und darauf eingehen will. Diese „Spiegelung“ müsse aber markiert sein, d.h. der Säugling müsse verstehen, dass das, was er da als Resonanz bei der Mutter wahrnimmt eine Spiegelung, also „Ausdruck seines eigenen Erlebens und nicht der Gefühle der Mutter ist“ (Fonagy u.a. 2015, S. 28). Erst dann, wenn dies markiert ist und für das Kind erkennbar wird, dass die Resonanz sich auf ihn bezieht, dass also die Realität der Mutter noch einmal etwas anderes ist, kann er die Unterschiedlichkeit zwischen Ich und Anderer entwickeln. Aus dieser Unterscheidung entwickeln sich dann nach und nach durch Internalisierung von Erfahrungen die Selbst- und Objektrepräsentanzen und die Kompetenz zur Selbstreflexion.

Wenn nun bei Menschen die Affektregulation, also z.B. die Fähigkeit, sich durch Selbstreflexion beruhigen zu können oder sich in angespannten Situationen angemessen mit anderen über die eigenen Bedürfnisse verständigen zu können, unzulänglich ist – und das kann man bei einer Suchterkrankung berechtigterweise vermuten –, haben die Betroffenen vor allem unter sozialem Stress „erhebliche Schwierigkeiten [...] ihren sozialen Kontext zu verstehen. Sie handeln unüberlegt und voreilig, weil sie sich über die Gedanken und Gefühle ihrer Partner hinwegsetzen.“ (a.a.O. S. 29) Man könnte auch sagen, ihre Kompetenz zur Differenzierung zwischen Innen und Außen ist unterentwickelt.

Und welche Folgen hat diese unzulängliche Affektregulation im interpersonellen Zusammenspiel? Was bedeutet es genau, wenn wir bei einer äußeren Interaktion immer eine innere Resonanz, ein inneres Erleben und eine innere Bewertung mitdenken müssen? Welche Theorien zu dieser Transaktion liegen vor? Ein erstes Konzept zum Verständnis des interaktiven Zusammenspiels zwischen Innen und Außen hat Freud selbst beigesteuert im Konzept von Übertragung und Gegenübertragung. Eines, das diesen Zugang weiterentwickelt hat, ist das Konzept von der Projektiven Identifikation. Es ist m.E. ausgesprochen gut geeignet, dieses interpersonelle Zusammenspiel und die Funktion der Selbstreflexion für den im Fall beschriebenen Kontext zu verdeutlichen. Darum hier eine kurze Beschreibung.

Projektive Identifikation ist ein Konzept aus der psychoanalytischen Richtung von Melanie Klein. Der Gedanke war, dass widersprüchliche Erfahrungen, die das Kind macht, möglichst von ihm ferngehalten werden müssen, da es die Enttäuschungswut über nicht gewährte Befriedigungen noch nicht wirklich psychisch verarbeiten könnte. Ohne im Einzelnen auf die bei Melanie Klein eher intrapsychischen Vorgänge einzugehen, kann man hier festhalten, dass Wilfred Bion (Melanie Klein war seine Lehranalytikerin) und andere dieses Konzept mehr interpersonell verstanden und entsprechend weiterentwickelten (vgl. Mertens 1918, S. 121)<sup>3</sup>.

Mit Projektiver Identifikation ist hier nun das Phänomen gemeint, dass wir in der Interaktion mit anderen Menschen diese gelegentlich mehr oder minder unbewusst dazu bringen, sich so zu fühlen und sich auch so zu verhalten, wie wir sie sehen. (a.a.O. S. 124). Das heißt: wir projizieren etwas auf den anderen und identifizieren ihn damit. Spielt er das Spiel mit, so identifiziert er sich selbst auch mit dieser Projektion, er übernimmt das Bild.

Diese, von einem anderen Menschen ausgehende Projektion ist bei uns selbst aber oft erkennbar an einer Irritation oder einer überraschenden Emotion, die mehr und mehr von uns Besitz ergreift. "Sie spüren, wie Ihre Fähigkeit, sich zu Ihrem Selbsterleben in Distanz begeben zu können, mehr und mehr schwindet. Ihr Bewusstsein wird gleichsam eindimensional nur noch angefüllt von dieser Ihnen fremd erscheinenden Emotion. Sie spüren zum Beispiel eine heftige Wut in sich, ein Bedürfnis, Ihr Gegenüber zu verletzen, es zu dominieren oder zu kränken. Oder Sie fühlen sich ohnmächtig, entwertet, hilflos. Und bei alledem verlieren Sie Ihren Denkraum, Ihre Fähigkeit zu reflektieren, Ihre Metakognition." (a.a.O. S. 126).

Man kann nun nicht davon ausgehen, dass dieser Vorgang nur einseitig ist. Auch derjenige, der hier in einer helfenden Beziehung zu einem anderen steht und sich mit einem solchen projektiven Vorgang konfrontiert sieht, ist an dem Vorgang und vor allem daran, dass

---

<sup>3</sup> An dieser Stelle sei auf die ausgesprochen hilfreiche und gut erläuterte Präsentation der Konzepte von Wilfried Bion in der Arbeit von Wolfgang Mertens (2018) hingewiesen, auf die ich mich hier beziehe. Gerne verweise ich auf die hier in diesem Newsletter abgedruckte Rezension von Jürgen Kreft dazu.

er dauerhaft anhält beteiligt. Zunächst muss er sich überhaupt für eine solche Projektive Identifikation eignen, er muss sich sogar zunächst auf sie einlassen. Das bedeutet aber im Beratungskontext, man muss diese Identifizierung vorübergehend zulassen – Mertens (2018, S. 125) spricht hier mit Rückgriff auf Joseph Sandler (1976a) von einer "gleich schwebenden Rollenempfänglichkeit".

Das bedeutet aber, dass derjenige, in dem der Verdacht aufkommt, er könne hier (vielleicht unbewusst) zu einem bestimmten Verhalten gezwungen werden, diesen Verdacht durch intensive Selbstreflexion überprüfen muss. Es könnte ja auch sein, dass er selbst der Agierende ist. Vielleicht hat die Wut, die er in sich spürt, etwas mit seiner eigenen Lebensgeschichte zu tun. Der Patient löst die seinerseits durch sein Verhalten aus.

"Je nachdem, wie er mit diesen Selbstzuständen in sich selbst umgehen kann, vermag er diese Emotionen in sich zu kontextualisieren, sie mit kognitiven Überlegungen und Bedeutungen anzureichern, um sie auf diese Weise für sich selbst annehmbarer zu gestalten. Es gelingt ihm also, von der Wucht, die viele Emotionen aufweisen können, Abstand zu gewinnen und sie somit auf ruhige Weise in sich zu verarbeiten. Und dieser Verarbeitungsprozess drückt sich wieder in seiner Stimme, seiner Mimik und natürlich auch in seinen inhaltlichen Entgegnungen aus." (a.a.O., S. 138)

Solange wir in der Projektiven Identifikation mitagieren, wenn wir also die vom Anderen unbewusst inszenierte Rolle übernehmen, bleiben wir in den uns aufgezwungenen Affekt verstrickt. Gelingt uns aber, in unserer Innenwelt die projizierten Emotionen zuzulassen, gelingt uns, mit uns selbst wieder in einen Kontakt kommen, so kann eine andere, eine reflektierte Distanzierung entstehen. Dazu ist die Kompetenz zu Selbstreflexion notwendig.

## Zurück zum Fall

Frau Meier stellte ihren Fall in einer Gruppe von anderen Pflegenden vor, die sich angesichts der belastenden Erfahrungen schnell mit ihr identifizieren. Der heftige Affekt auf den Patienten „der macht doch nur Spielchen!“ wirkte ansteckend, die anderen Pflegenden erinnerten ähnliche Erfahrungen und beklagten sich über schwieriges und unangemessenes Verhalten von Patienten. Ich konnte die Reaktionen von Frau Meier und ihren KollegInnen einerseits gut nachvollziehen und verstehen – und das drückte ich auch aus. Wir sprachen über die Entwertungen, die so ein Verhalten auslöst und wie schwer es ist, dann immer wieder freundlich und zugewandt zu bleiben.

Nun kann man berechtigterweise die Vermutung haben, dass der Patient Frau Meier seinerseits in eine projektive Identifikation verstrickt. Dieser Spur möchte ich in diesem Kontext aber nicht folgen, es geht mir hier mehr um den Vorgang, der sich zwischen mir und Frau Meier, bzw. zwischen mir und den anderen TeilnehmerInnen der Gruppe in der Supervision abspielte.

Denn ich fühlte mich mehr und mehr gedrängt, diesen Affekt, den sie da mitteilten, nicht nur zu verstehen, sondern auch gutzuheißen, was in mir einen gewissen Unwillen auslöste. Ich begann daraufhin, mich mit dem Patienten zu beschäftigen und fragte mich und dann die Gruppe, wie es ihm mit diesen erfolglosen Strategien wohl gehen könnte. Diese Einfühlung

löst aber eine heftige Abwehr in der Gruppe aus: „Ich will mich in dieses kranke Gehirn gar nicht einfühlen.“

Diese Intervention war gescheitert, eine Spannung war im Raum zu fühlen. Ich erschrak über die Heftigkeit – ich hatte ganz offenbar etwas übersehen. So nach und nach hatte ich den Verdacht, dass ich vielleicht auch eher auf der sozialen, äußeren Ebene geblieben war und noch nicht wirklich die Innenwelt von Frau Meier erreicht hatte. In ihrer professionellen Rolle steht sie hier in einem Konflikt: sie kann ihren Hilfeimpuls ja nicht wirklich verabschieden, muss sich aber gegen ein übergriffiges Verhalten auch abgrenzen. Man kann vermuten, dass Frau Meier ihren inneren Konflikt mithilfe einer Projektiven Identifikation von mir gelöst haben wollte: ich sollte ihren Affekt nicht nur verstehen, sondern auch gutheißen.

Ich begann also, mich mit den Gefühlen von Frau Meier genauer zu befassen und fragte, was denn da bei ihr entwertet werde. Hier entstand dann eine Phase der Exploration, in der sowohl Frau Meier, wie auch die anderen die Missachtung, das Gefühl, benutzt zu werden und die Vergeblichkeit ihrer Hilfeangebote aussprachen. Das Gespräch entspannte sich zusehends, als deutlich wurde, dass es um etwas ganz Wichtiges geht, nämlich um die eigene Helfer-Identität, die hier so gar nicht zum Zuge kommen konnte, ja im Gegenteil, immer wieder entwertet wurde.

Das Konzept der Projektiven Identifikation kann hier Verschiedenes erklären und aufhellen. Mit Blick auf das Beziehungsgeschehen zwischen dem Patienten und Frau Meier könnte man die Phänomene so erklären, dass sie und ihre KollegInnen auf der Station in einer Projektiven Identifikation mit dem Patienten verstrickt waren. Sie waren ziemlich wütend auf ihn, weil er in ihnen so viel Aggression und Abwehr, soviel Distanzierungswünsche auslöste, die im Tiefsten nicht ihrer beruflichen Identität und ihrem Selbstbild von Geduld, Verstehen und Zuwendungsbereitschaft entsprach. Sie konnten sich aber auch nicht mehr wirklich zu ihrem Selbsterleben in Distanz bringen und das Verhalten des Patienten mit Abstand betrachten. Sie waren in ihrem Affekt verstrickt und hatten einen inneren „Denkraum“ nicht mehr wirklich zur Verfügung.

Mit diesem Affekt kam Frau Meier nun in die Supervision und stellte den Fall vor. Meine ersten Reaktionen waren auch nicht wirklich von einem Verstehen ihrer Verzweiflung gekennzeichnet. Ich spürte von ihr den Wunsch, ich möge doch ihren Ärger und die Wut sehen und sie gutheißen, ja bestätigen und mit ihr und den anderen dieses „Schicksal“, mit solchen Patienten zu tun zu haben, beklagen. Das befremdete mich, denn ich sah auch den Patienten in seiner (wenn auch aggressiv und übergriffig) agierten Problematik. Meine innere Abwehr gegen diese von ihr und den anderen SupervisandInnen aufgebaute „Klagemauer“ führte aber zu einem Mitagieren: ich blieb nicht wirklich bei ihr, sondern fühlte mich in den aggressiven Patienten ein und kriegte dafür die heftige Abfuhr und Quittung, die mich dann erst wirklich zur Selbstreflexion brachte und nun erst in mir den Blick auf die Abwehr von Frau Meier und ihre Verzweiflung öffnete.

Die Wende entstand also durch eine Eskalation der Abwehr. Erst jetzt konnte ich wirklich sehen, wie verzweifelt Frau Meier war und begann, diese Abwehr zu verstehen. Dadurch konnte ein Denkraum wieder entstehen. Frau Meier fühlte sich nun von mir gesehen und hatte auch ihrerseits ihre Selbstreflexion und damit ganz andere als affektive Distanzierungsstrategien im Umgang mit dem Patienten zur Verfügung.

Tatsächlich muss man den Fall vielleicht auch in seiner sozialen Rahmung sehen. Der kollegiale Austausch führt in vielen Institutionen, wie auch hier in dieser Klinik, sicher häufig zu einer emotionalen Entlastung beim Umgang mit einer schwierigen Klientel. Allerdings sind die psychischen Abwehrmechanismen von Klienten – z.B. in der Jugendhilfe aber auch im Suchtbereich – in der Lage, ganze Teams in ein Mitagieren zu verstricken und selbstreflexive Mechanismen bei den Professionellen (hier Pflegenden) auszuschalten. Supervisorische Interventionen können hier Verstehensprozesse einleiten und Affektregulation unterstützen, die zur Wiederherstellung von Denkräumen und zu einer neuen Handlungsfähigkeit führt. Aber die Arbeit an sich selbst ist auch nicht leicht. Die Bereitschaft zur Selbstreflexion bedarf auch der institutionellen Unterstützung. Insofern ist es bedauerlich, wenn eine solche Reflexionsarbeit aus Kostengründen „wegrationalisiert“ wird.

## Fazit

Selbstreflexion kann als eine Art innerer Aufmerksamkeit auf die eigenen Gefühle, das eigene Denken und die eigene Sprache und damit wie die Arbeit eines inneren Analytikers<sup>4</sup> verstanden werden. Findet sie nicht nur als lautloses, inneres Gespräch statt, sondern wird sie – wie z.B. in einer Supervision – sozial gerahmt, so hat sie teil an einer Dialektik zwischen inneren und äußeren Prozessen. Das bedeutet, dass die sozialen Verhaltensweisen und die von den SupervisandInnen beschriebenen sie belastenden Konflikte inneren und äußeren Logiken folgen und durch komplexe Transformationen gesteuert werden, die wir nicht unmittelbar einsehen und verstehen können. Theoretische Konzepte aus der Soziologie und aus der Psychoanalyse helfen uns allerdings, zu diesen Transformationen Hypothesen zu bilden, die wir durch das supervisorische Gespräch überprüfen können.

Durch die systematische Fallreflexion können wir als SupervisorInnen den Blick der SupervisandInnen auf sich selbst einfühlsam weiterentwickeln. Voraussetzung dazu ist, dass wir die Selbstreflexion nicht allein von unseren SupervisandInnen erwarten, sondern uns selbst immer wieder mit in den Blick nehmen, wenn es schwierig wird in der Kommunikation. Was Mertens für den Analytiker beschreibt, gilt hier auch für einen Supervisor: Er ist kein „Alleskönner, der mit allen projizierten Emotionen eines bestimmten Patienten souverän umgehen kann. Er muss vielmehr kontinuierlich an sich arbeiten, um die Resonanz für die projizierten Emotionen zuzulassen, seine eigenen aktivierten Selbstzustände gut wahrnehmen, die mitunter heftigen Turbulenzen eindämmen und sich von rasch aufflammenden Beschwichtigungs- Vergeltungs- und Rachedenzen zu befreien.“ (Mertens 2018, S. 139).

Das Fallbeispiel zeigt: wenn wir im Blick auf die Reflexion von Teamprozessen in sozialen Organisationen in der Betrachtung von äußeren Regeln und Normen verhaftet bleiben, entsteht leicht Entfremdung. Der Aufbau einer Distanzierungskompetenz, die auch die inneren Welten einbezieht, erscheint mir gegenwärtig gesellschaftlich geboten.

---

<sup>4</sup> Differenziert erläutert z.B. Ralf Zwiebel mit der Metapher vom „Inneren Analytiker“ diese Elemente einer von der schwebenden Aufmerksamkeit gehaltenen Introspektion, siehe Zwiebel, Ralf (2001).

## Verwendete Literatur

Fonagy, P. u.a. (2015): Einführung und Übersicht in Anthony W. Bateman, Peter Fonagy (Hrsg.) (2015) Handbuch Mentalisieren, Gießen, S.27-66.

Mertens, W. (2018): Psychoanalytische Schulen im Gespräch über die Konzepte Wilfred R. Bions. Originalausgabe. Gießen.

Schüle, J. A. (1998): Zur Entwicklung selbstreflexiver Kompetenz. In: Forum Supervision Heft 12, 1998, S.9-20.

Schüle, J. A. (2016) Soziologie und Psychoanalyse. Perspektiven einer sozialwissenschaftlichen Subjekttheorie, Wiesbaden.

Zwiebel, R. (2001): Zum Konzept des Inneren Analytikers. In: Forum Supervision Heft 18, Oktober 2001, S.65-82.