

15 Die psychiatrische Klinik als eine dynamische Organisation

Mathias Lohmer

15.1 Einleitung

Dieser – noch von Gerhard Dammann als Aufgabe vorgegebener – Titel des Kapitels legt eine zweifache Bedeutung von *dynamisch* nahe:

Zum einen geht es darum, dass eine psychiatrische Klinik als Organisation einem ständigen Wandel unterworfen ist und damit notwendig anpassungs- und entwicklungsorientiert sein muss, um aufgaben- und marktgerecht sein zu können.

Zum anderen aber geht es auch um das psychodynamische Verständnis von Organisationen und um die Frage, wie man diesen Organismus Klinik aus einer psychodynamischen Perspektive verstehen und steuern kann.

In diesem Kapitel werden daher folgende Themen behandelt:

- Was sind die Aufgaben einer psychiatrischen Klinik?
- Was macht eine gute Organisation aus?
- Was sind Fallstricke in der Organisation einer Klinik?
- Wobei hilft psychodynamisches Denken?
- Was braucht es, damit psychodynamisches Arbeiten möglich ist?

15.2 Aufgaben einer psychiatrischen Klinik aus psychodynamischer Sicht

15.2.1 Containment

Psychodynamisch-systemisch gesehen besteht die Aufgabe einer psychiatrischen Klinik darin, Spannung, Störung, Leid und Konflikte in ein System aufzunehmen, das heilen soll. Die grundlegende und primäre Aufgabe besteht also darin, Halt, Verarbeitungsmöglichkeit und Orientierung anzubieten – in einem psychodynamischen Verständnis *Struktur- und personales Containment*.

Containment als zentraler Begriff eines psychodynamischen Organisationsverständnisses meint die Fähigkeit einer Person, Gruppe oder Organisation, Spannungen und emotionale Turbulenzen aufzunehmen, zu halten, zu verarbeiten und

in angemessener Form als verstehbare Antwort zurückzugeben (Bion, 1962, 1970a, 1970b; Lohmer, 2022).

Containment hat dabei zwei Facetten: Als *Struktur-Containment* (Giernalczyk & Lohmer, 2012) sorgt es für klare Strukturen und Prozesse, funktionale Leitung und Management, Reflexionsräume und Orientierung. Als *personales Containment* repräsentiert es eine Haltung, die eben diese Toleranz für emotionale Turbulenzen und ein verarbeitendes Reflektieren anstelle eines impulsiven Mitagierens zur Verfügung stellt.

15.2.2 Entwicklungsraum und Realitätsprinzip

Psychiatrische Kliniken stellen für verwirrte, gestörte, traumatisierte und von der Realitätsbewältigung überforderte Menschen einen temporären *Schutz- und Entwicklungsraum* zur Verfügung. Der Druck der alltäglichen Lebensbewältigung mit all seinen Anforderungen ist für einen Moment ausgesetzt. Gleichzeitig repräsentieren psychiatrische Kliniken auch das *Realitätsprinzip*: Es geht auch um Anpassung, Begrenzung von pathologischer Regression und Konfrontation mit den Aufgaben einer adäquaten Lebensbewältigung. Die Art und Weise, wie die Beteiligten der Organisation zusammenarbeiten, führen, Aufgaben angehen und welche Atmosphäre und Kultur sie damit schaffen, hat eine Modellwirkung für die Patient:innen und trägt entscheidend zur Wirksamkeit eines »Raumes der Gesundheit« bei.

15.2.3 Ständige Konzeptentwicklung

Es gibt Konzepte, die zu ihrer Entstehungszeit revolutionär waren, z. B. das sozialpsychiatrische Grundkonzept der *Sektor-Orientierung*. Dabei geht es darum, dass Patient:innen aus einem Einzugsbereich bei häufig wiederholter Behandlungsbedürftigkeit immer auf dieselbe Abteilung/Station aufgenommen werden und nach Möglichkeit dieselben Behandler:innen erhalten. Beziehungskontinuität als handlungsleitender Faktor für eine heilende Umgebung steht hier also im Zentrum.

Im Rahmen der zunehmenden Behandlung von Patient:innen mit schweren Traumafolge- und Persönlichkeitsstörungen wurden aber zunehmend *störungsspezifische Konzepte* relevant, die spezialisierte Stationen oder Bereiche erfordern, die für bestimmte Patienten- und Diagnosegruppen (z. B. Sucht, Psychose, Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen) Spezialsettings anbieten, häufig nach einem für das Team konsistenten handlungsleitenden Konzept (im Bereich der Persönlichkeitsstörungen z. B. TFP, MBT, DBT, Schematherapie) (Dulz et al., 2022; Lohmer 2024).

Damit wird der Gesichtspunkt *optimale störungsspezifische Setting-Gestaltung* zum handlungsleitenden Faktor und löst die Sektor-Orientierung ab. Dabei gerät er aber in Konflikt mit der *Sektor-Orientierung*, die in vielen Kliniken nach wie vor die Grundorientierung und identitätsstiftende Tradition darstellt.

Dann wiederum kann es zu einem Revival zwischenzeitlich in Vergessenheit geratener Konzepte kommen, wie dem der *Therapeutischen Gemeinschaft* (Lohmer, 2013; Hinshelwood & Manning, 1979) – gerade für die Behandlung strukturell

gestörter Patient:innen. In diesem Konzept kann adäquates, realitätsgerechtes Verhalten mit einer gemeinsamen und demokratischen Gestaltung der Stationskultur und offenen Rückmeldungen eingeübt und Selbstwirksamkeit erlebt werden. Damit gibt es eine spannende Verbindung des alten Konzeptes *Therapeutische Gemeinschaft* zum neuen organisationalen Konzept der »psychologischen Sicherheit« (Möller & Giernalczyk, 2022).

Bewährte Konzepte müssen also immer wieder überprüft und neue Konzepte erprobt werden. Hierfür ist besonders die *funktionale Leitung* (Giernalczyk et al., 2012; Kernberg, 2000) einer Klinik wichtig, die die natürliche Homöostase-Neigung und damit das Verharren einer psychosozialen oder Gesundheits-Organisation (Lohmer & Wernz, 2000) durch persistentes Hinterfragen »stört« und ständige Entwicklungsanreize gibt – doch davon später noch mehr.

15.3 Charakteristika einer guten Organisation

Eine gute, also funktionale, ihren Zweck erfüllende und für Kund:innen und Mitarbeiter:innen förderliche Organisation weist die folgenden Charakteristika auf.

15.3.1 Fähigkeit zur Adaptation

Als zur Umwelt offenes System besteht eine kontinuierliche Fähigkeit zur Adaptation an sich verändernde Bedingungen – dies zeichnet auch die *Resilienz* eines Systems aus. Eine zeitgemäße Organisation braucht eine Orientierung an den Umweltanforderungen, am Markt, an den »Kund:innen« und den Mitarbeiter:innen.

15.3.2 Klare Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten (AKV)

Dies klingt zunächst selbstverständlich – aber nur allzu oft erschweren unklare Grenzen und Verantwortlichkeiten wirkungsvolles Arbeiten. Hier hilft der Begriff der *Rolle*: Was muss ich, was kann ich und was darf ich nicht im Rahmen meiner Rolle? Rollen und dazugehörige Erwartungen müssen in Organisationen immer wieder ausgehandelt werden.

15.3.3 Selbstwirksamkeitserleben der Mitarbeiter:innen

Es wurde häufig beschrieben, dass die jüngeren Generationen (»Generation Z«) der Mitarbeiter:innen ein ausgeprägtes – und nachvollziehbares – Bedürfnis nach *Sinnhaftigkeit* (Purpose), Mitwirkung und *Wirksamkeitserleben* in ihrer beruflichen

Praxis und Rolle haben. Die Entwicklung von New Work und Agilität (Holle et al., 2019; Möller & Giernalczyk, 2022) macht deutlich, dass darin eine enorme Energie steckt, die gerade auch für das klassische, eher hierarchisch geprägte Gesundheitssystem genutzt werden muss. Das Gewinnen, Entwickeln und Halten von Mitarbeiter:innen wird eine überlebenswichtige Aufgabe in Organisationen.

15.4 Fallstricke in der Organisation einer Klinik

15.4.1 Chronifizierte Polarisierung und Spaltung

Häufig können in Kliniken Spannungen, z. B. zwischen Medizin (Fokus Versorgung und Ausbildung) und Ökonomie (Fokus Rentabilität), Pflege (Fokus Regelerorientierung und geordneter Stationsbetrieb) und Therapeut:innen (Fokus individuelles Eingehen auf Patientenentwicklung) beobachtet werden. Dies ist zunächst ein naturgemäßer und notwendiger Konflikt zwischen gleichermaßen wichtigen Gütern oder handlungsleitenden Zielen, der aber zu einem dysfunktional agierten »eingefrorenen Konflikt« mit daraus resultierender chronifizierter Polarisierung und Spaltung werden kann. Dies hat zumeist mit einer »Mentalisierungs-Verweigerung« zu tun: Der Gegenseite wird der Perspektivwechsel verweigert, die Gegenposition wird entwertet, ein produktiver Dialog findet nicht mehr statt. Dies ist verführerisch, weil es jedem oder jeder Beteiligten bzw. jeder beteiligten Gruppe den inneren Konflikt und die innere Spannung zwischen entgegengesetzten Gütern erspart – man identifiziert sich einseitig mit einer Seite der Ambivalenz und spaltet die andere Seite ab. In solche Dynamiken weisen Organisationen also eine *institutionelle Borderline-Dynamik* auf.

15.4.2 Dysfunktionale Führung

Dynamiken wie oben beschrieben können sich besonders dann chronifizieren, wenn es keine *funktionale Führung* gibt, sondern diese z. B. polar autoritär-machtorientiert oder aber permissiv-entscheidungsschwach ist.

15.4.3 Agieren der Teams

Behandlungsteams können adäquat realitätsorientiert oder aber im Zustand einer pathologischen oder gar malignen Regression sein – häufig im Rahmen von Parallel- oder Spiegelprozessen in der Behandlung strukturell gestörter Patient:innen. Dann kann es zu Grenzverletzung, Vernachlässigung oder Überfürsorge gegenüber den Patient:innen kommen. Besonders in der Behandlung von Patient:innen mit Traumafolgestörungen ist eine gemeinsame Opferidentifikation mit den Patient:innen eine häufige Falle. Dies kann in einer sektenartigen Verschwörung gegen eine

als »unemphatisch« und »Täterintrojekte agierend« wahrgenommene Klinikumgebung eskalieren.

15.4.4 Konfliktäre Organisationskulturen

Organisationen müssen kulturell in sich konsistent sein, um glaubwürdig, richtungsgebend und damit auch »heilsam« zu sein. Wenn ich auf Station eine egalitäre Therapeutische Gemeinschaft verwirklichen will, in der alle Teammitglieder und Patient:innen offen Feedback üben und die gemeinsame Gruppendynamik untersuchen sollen, kann nicht im übergreifenden Klinikmilieu zugleich eine autoritäre Führungskultur im Kader herrschen, die mit Angst und Einschüchterung operiert.

15.5 Psychodynamisches Denken als Hilfe für die Steuerung einer Organisation

Wir haben bisher gesehen, wie uns psychodynamische Konzepte beim Verständnis der komplexen Organisationsdynamik einer Klinik helfen können. Was sind die besonderen Stärken einer solchen Perspektive (Lohmer & Möller, 2014)?

15.5.1 Großgruppenprozesse verstehen und steuern

Aufgrund der oben beschriebenen Grundgegebenheiten – *Import von Störungen* und emotionalem Aufruhr in eine Organisation, die halten und heilen soll, *Zusammenarbeit* unterschiedlicher Mitarbeitergruppen (Therapeut:innen, Pflege, Verwaltung) mit unterschiedlichen Traditionen und Identifikationen, *Spaltungs- und Projektionsprozessen* aufgrund der Patienten- und Mitarbeiterdynamik – wird nachvollziehbar, dass das Verstehen und Steuern der *Großgruppenprozesse* eine zentrale Aufgabe von Führung in psychiatrischen Kliniken ist. Eine Klinik mit dieser Klientel pendelt notwendig beständig zwischen den Polen *Verstehen/Reflektieren* und *Abgrenzen/Handeln*. Im kleinianischen Verständnis kann dies mit dem von Bion beschriebenen Wechsel »PS ↔ D« verstanden werden (Bion, 1962; Lohmer, 2022) – seiner Weiterentwicklung der beiden berühmten kleinianischen entwicklungspsychologischen Positionen, der depressiven und der paranoid-schizoiden Position. Dieses Konzept hilft in besonderer Weise, die unterschiedlichen Funktionsniveaus von Gruppen und Organisationen zu verstehen. In der *paranoid-schizoiden Position*, wie sie ursprünglich Melanie Klein (1946) beschrieben hat, reagieren Menschen und Organisationen auf bedrohliche Gefühle wie Angst und existenzielle Unsicherheit mit Spaltung (der guten, bekömmlichen Aspekte von den schlechten, bedrohlichen), bringen eigene abgewehrte Impulse projektiv in der Umwelt unter und nehmen die Umwelt dann entsprechend verzerrt wahr. Ein Reifungsschritt stellt

demgegenüber die *depressive Position* dar, in der Kleinkinder, Menschen innerhalb der Therapie und Organisationen in ihrer jeweiligen Entwicklung Ambivalenz, Unterschiedlichkeit und den eigenen Anteil an destruktivem Handeln wahrnehmen und sich von der Vorstellung eines idealen Objektes verabschieden können. Bion konnte zeigen, dass diese Entwicklung ebenfalls als ein Pendeln zwischen zwei Polen und nicht als ein lineares Fortschreiten von »paranoid-schizoid« (spaltend, projektiv, externalisierend) zu »depressiv« (selbstreflexiv, empathisch, zu Schuldempfinden und Wiedergutmachung fähig) zu verstehen ist. Mit dem doppelten Pfeil »PS ↔ D« wollte er verdeutlichen, dass es um ein Pendeln zwischen beiden Positionen geht und die depressive Position nicht einfach erreicht, errungen und gewahrt werden kann.

Im Modus des *Verstehens/Reflektierens* hält man sich in der depressiven Position auf, wenn man agiert, in der paranoid-schizoiden. Jedoch braucht Führung von Zeit zu Zeit auch die Rigorosität und die Schwarz-/Weiß-Zeichnung der paranoid-schizoiden Position und des *Modus Abgrenzen/Handeln*, um Entscheidungen zu treffen und – auch bei unvollständiger Faktenlage – gegen Widerstände handlungsfähig zu sein.

Aus seiner Beobachtung von unstrukturierten Kleingruppen entwickelte Bion sein Modell der unterschiedlichen Gruppenmodi: Er konnte zeigen, dass Gruppen zwischen einem *Arbeitsgruppen-Modus* (»work group mode«) und einem *Grundannahmen-Modus* (»basic assumption mode«) oszillieren – ähnlich wie sein oben angeführtes und von ihm später entwickeltes Konzept von »PS ↔ D«.

Seine noch heute aktuelle Idee war dabei, dass Gruppen (und damit auch Großgruppen in Organisationen) einerseits an ihrer Arbeit und Aufgabe orientiert sind, dabei kreativ und diszipliniert sein und furchtlos Widerständen ins Auge blicken können (der Arbeitsgruppen-Modus), und andererseits auf die mit den Anforderungen der Arbeitsgruppe verbundene innere Aufruhr und Ängste mit Ausweichen reagieren. Dieses *Ausweichen* bezeichnete er als eine *Grundannahme* mit verschiedenen Ausprägungen. Der Begriff *Grundannahme* meint dabei, dass die Gruppe sich unbewusst so verhält, als gelte diese Grundannahme für alle Beteiligten. Die drei von Bion benannten Grundannahmen sind Abhängigkeit, Kampf/Flucht und Paarbildung.

In der *Grundannahme Abhängigkeit* suchen die Gruppenteilnehmer:innen Schutz, Stabilität und Abschirmung vor der Konfrontation mit der eigenen Verantwortlichkeit und der Aufgabe, sich arbeitsorientiert in einer Gruppe zu bewegen. Hierfür suchen sie sich unbewusst eine Führungsperson, die sie projektiv mit magischen Eigenschaften ausstatten und der sie sich – zumindest zeitweise – »unterwerfen«. »Magisch« meint hier, dass der Führungsperson mehr Ideenreichtum, Durchsetzungskraft oder Klugheit zugeschrieben wird, als realistisch zu erwarten ist. Hier kommt zur Geltung, was Freud in seinem Werk »*Massenpsychologie und Ich-Analyse*« (Freud, 1921) als unbewussten Mechanismus in der Beziehung der Geführten zum Führer beschrieben hat: die Projektion eigener Anteile des Ich-Ideals auf den Geführten und die folgende, Sicherheit vermittelnde Identifikation mit diesem. Kann der vorübergehende Führer der Gruppe diese Erwartungen nicht mehr einlösen, wird er umstandslos ausgetauscht bzw. die Gruppe wechselt in einen anderen Modus, zum Beispiel in den Kampf-Flucht-Modus. Im *Kampfmodus* einigt sich die

Gruppe unbewusst auf einen Außenfeind, gegen den sie sich zusammenschließt. In diesem gemeinsamen Kampf und in der Projektion von bedrohlichen Eigenschaften und Eigenaggression auf diesen Außenfeind erfährt die Gruppe Kohäsion und Beruhigung. Im *Fluchtmodus* weicht die Gruppe ihrer Arbeit aus, indem die Mitglieder zum Beispiel zu spät kommen, die Inhalte trivialisiert werden, der Umgangston läppisch und witzelnd wird und keine sinnvolle Arbeit zustande kommt. Sie flieht gewissermaßen vor der Schwierigkeit der Aufgabe. Im *Paarbildungsmodus* sucht die Gruppe unbewusst ein ideales Führungspaar, das mit messianischen Erwartungen ausgestattet wird und für die Gruppe eine »Erlösung« bringen soll – z. B. ein geniales Konzept. Die kreative Kapazität der Gruppe wird also an dieses Paar delegiert.

Wir können unschwer sehen, dass viele Prozesse von Gruppen und Organisationen diesem Pendeln zwischen einem Arbeitsgruppen-Modus und einem Grundannahmen-Modus entsprechen – diese Beschreibung gilt eben nicht nur für therapeutische Gruppen, sondern in hohem Ausmaß auch für Arbeitsgruppen, wie wir sie aus dem Bereich der Team- und Projektarbeit aus psychiatrischen Organisationen kennen. Diese Perspektive entspricht auch einem Konzept der Tavistock-Tradition, in dem wir davon sprechen, dass Gruppen oder Subsysteme »on task« (aufgabengerecht) oder »off task« (nicht aufgabengerecht) (Lohmer & Giernalczyk, 2012) arbeiten.

Wichtig war Bion hierbei die Feststellung, dass Gruppen nicht dauerhaft entweder in dem einen oder in dem anderen Modus sind, sondern zwischen beiden Gruppenmodalitäten oszillieren und es nur selten einen Modus oder eine Grundannahme in Reinform gibt.

Ein weiterer Faktor der Großgruppendynamik in psychiatrischen Organisationen ist, dass strukturarme Situationen (wenig Information, wenig Einbindung durch die Führung, wenig klare Aufgaben und Rollen) die *Regression* in Gruppen und der gesamten Organisation stärken und es damit zu einer Verstärkung des Agierens und der Übertragungsbereitschaft aller Beteiligten kommt – davon mehr im nächsten Abschnitt.

15.5.2 Übertragungen im psychosozialen Feld der Klinik erkennen und auflösen

Je struktur-schwächer Patient:innen sind, je diffuser die Identität ist und je weniger integriert die inneren Objekte sind, desto stärker ist ihre Übertragungsbereitschaft ausgeprägt. Die eigenen schlecht integrierten und oft widersprüchlichen Persönlichkeitsanteile werden im Konfliktfall dann projektiv auf die »Mitspieler« im Feld der Klinik übertragen – und diese identifizieren sich dann immer wieder, z. B. im Rahmen der Projektiven Identifikation, mit diesen zugewiesenen Rollen (die gewährenden Therapeut:innen, die grenzsetzenden Pflgeteams, die feindselige Verwaltung). Die oben beschriebenen Großgruppenprozesse verstärken die Verteilung der gespaltenen und verzerrenden Übertragungen im sozialen Feld der Klinik. Übertragung meint hier also eine unvermeidbare Externalisierung ursprünglich innerer Prozesse, bei der es immer auch um ein *Verkennen* dessen, auf den übertragen wird, und eine Verzerrung der wahrgenommenen Realität geht – gleichzeitig aber

auch um eine *notwendige* Inszenierung der inneren Welten in der äußeren, ohne die wir weniger über die Patient:innen verstehen und nicht so klar und eindringlich an ihrer inneren Welt arbeiten könnten.

Es sind aber nicht nur Patient:innen, die übertragen: Auch die Mitarbeiter:innen und Führungskader einer Klinik entwickeln solche verzerrten Wahrnehmungen gegenüber Kolleg:innen, Führenden, Geführten und auch Patient:innen. Mitarbeiter:innen in psychiatrischen Kliniken sind oft besonders sensitiv und mit-schwingend gegenüber den emotionalen Prozessen ihrer Patient:innen – aber im Gegenzug oft auch sehr empfindsam, leicht kränkbar sowie nicht gut im offenen Austragen von Konflikten und konkurrierenden Interessen. Dadurch werden Wahrnehmungen zu wenig überprüft und Zuschreibungen chronifizieren. Auf-merksames Führungshandeln und regelmäßige Supervisionen können hier helfen, Übertragungen zu erkennen, zu nutzen und aufzulösen.

15.5.3 Unreife Bewältigung von Konflikten bemerken und modifizieren

Diese Aufgabe ist eng mit der oben beschriebenen Übertragungsdynamik verbunden. Eine reife Bewältigung von Konflikten ist durch eine Fähigkeit zum Erkennen, konstruktiven Klären und Austragen von Konflikten gekennzeichnet. Dazu gehören offene Gespräche, ehrliche Rückmeldungen, eine transparente gegenseitige Erwartungskklärung sowie ein Perspektivwechsel mit der Sichtweise des Gegenübers und »Konfliktgegners« (Mentalisierung). Nur allzu oft unterscheidet sich der Alltag in Kliniken von diesem reifen Modus. Stattdessen werden Konflikte verschleiert, »hintenherum« durch Lästern gegenüber Dritten und durch Machtkämpfe mit Ausschluss und Negierung des Anderen agiert. Dieser *unreife* – weil nicht offene, nicht konstruktive, durch Angst und Missgunst dominierte – Modus kann Organisationen lähmen, Entscheidungen blockieren und die Arbeitsmoral beeinträchtigen. Das Erkennen dieses Modus hilft Führenden, aktiv zu intervenieren und Klärungen herbeizuführen.

15.5.4 Projektion und Spaltung sehen und auflösen

Eine psychodynamische Perspektive hilft uns demnach, Übertragungen und unreife Umgangsweisen mit Konflikten zu erkennen und anzugehen. Die oben beschriebenen Übertragungen und Großgruppenprozesse werden auch als Ausdruck *primitiver* (also archaischer, entwicklungspsychologisch früher) *Abwehrmechanismen* gefasst. Wir haben gesehen, wie insbesondere Spaltung und Projektion die tragenden Mechanismen dieser Prozesse sind. Versteht man dies, kann in geeigneten Sitzungen und Gefäßen (Teamsitzungen, Supervisionen, Klausuren, Mitarbeitergesprächen) an diesen Prozessen auf Patient:innen-, Mitarbeiter:innen- und Organisationsebene gearbeitet werden. Insbesondere die regelmäßige und koordinierte Supervision auf allen Ebenen (Dulz et al., 2022; Möller & Lohmer, 2017; Lohmer 2024) ist hier unabdingbar.

15.5.5 Was braucht es, damit psychodynamisches Arbeiten möglich ist?

1. eine funktionale *Führung*, die Orientierung und sicheres Containment ermöglicht,
2. eine Lizenz für alle zur offenen, aber respektvollen *Aussprache* und *Rückmeldung*,
3. eine *Therapeutische Gemeinschaft*, in der die Gruppendynamik zwischen Patienten- und Therapeutengruppe untersucht werden kann,
4. aufeinander *abgestimmte Konzepte* (z.B. TFP, MBT), an denen sich alle Mitarbeiter:innen und Berufsgruppen eines Bereiches orientieren, sowie
5. eine bedeutungsvolle *Supervision* auf allen Ebenen, die immer wieder die Dynamik der Organisation betrachtet.

Literatur

- Bion, W. R. (1961). *Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften*. Ernst Klett, 1974.
- Bion, W. R. (1962). *Lernen durch Erfahrung*. Suhrkamp, 1990.
- Bion, W. R. (1970a). Container und Contained. In W. R. Bion (Hrsg.), *Aufmerksamkeit und Deutung* (S. 85–97). Brandes & Apsel, 2006.
- Bion, W. R. (1970b). Container und Contained – transformiert. In W. R. Bion (Hrsg.), *Aufmerksamkeit und Deutung* (S. 122–143). Brandes & Apsel, 2006.
- Dulz, B., Lohmer, M., Kernberg, O. F. et al. (2022). *Borderline- Persönlichkeitsstörung. Stationäre Übertragungsfokussierte Psychotherapie*. Hogrefe.
- Freud, S. (1921). *Massenpsychologie und Ich-Analyse* (in Studienausgabe, Bd. IX). Fischer, 1974.
- Giernalczyk, T., Lazar, R. A., Albrecht, C. (2012). Die Rolle der Führungskraft und des Beraters als Container. In T. Giernalczyk, M. Lohmer (Hrsg.), *Das Unbewusste im Unternehmen* (S. 25–39). Schäffer-Poeschel.
- Hinshelwood, R. D., Manning, N. (1979). *Therapeutic Communities*. Routledge & Kegan Paul.
- Holle, M., Lohmer, M., Zimmermann, M. (2019). Von Old Work über New Work zu Real Work – Eine psychodynamische Beratungsperspektive. *Organisationsberat Superv Coach*, 26, 193–213.
- Kernberg, O. F. (2000). *Ideologie, Konflikt und Führung. Psychoanalyse von Gruppenprozessen und Persönlichkeitsstruktur*. Klett-Cotta.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In: M. Klein (Hrsg.), *Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse* (S. 101–125). Rowohlt, 1972.
- Lohmer, M., Wernz, C. (2000). Zwischen Veränderungsdruck und Homöostaseneigung: Die narzisstische Balance in therapeutischen Institutionen. In: M. Lohmer (Hrsg.), *Psychodynamische Organisationsberatung* (2. Auflage) (S. 233–254). Klett-Cotta.
- Lohmer, M., Giernalczyk, T. (2012). Psychodynamik und Unbewusstes im Unternehmen. In T. Giernalczyk, M. Lohmer (Hrsg.), *Das Unbewusste im Unternehmen* (S. 7–23). Schäffer-Poeschel.
- Lohmer, M. (2013). Stationäre Psychotherapie bei Borderline-Störungen. In: M. Lohmer (Hrsg.), *Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings* (3. Auflage) (S. 153–177). Schattauer.
- Lohmer, M., Möller, H. (2014). *Psychoanalyse in Organisationen. Einführung in die psychodynamische Organisationsberatung*. Kohlhammer.

- Lohmer, M. (2022). Der Beitrag W. R. Bions zu Gruppenanalyse und Organisationsberatung. In: G. Dietrich, F. Fossel (Hrsg.), Gruppenpsychoanalyse. Theorie, Geschichte und Praxisfelder der gruppenpsychoanalytischen Methode (S. 78–86). Facultas.
- Lohmer, M. (2024). *Psychodynamische Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Übertragungsfokussierte Psychotherapie bei Borderline-, Narzissmus- und Traumafolgestörungen*. Schattauer.
- Möller, H., Lohmer, M. (2017). *Supervision in der Psychotherapie*. Kohlhammer.
- Möller, H., Giernalczyk, T. (2022). New Leadership – Führen in agilen Unternehmen. *Organisationsberat Superv Coach*, 29, 51–66.