

Regine Scherer-Renner

Die tiefenpsychologische CIP Supervisoren-Ausbildung

Abriss eines Pilotprojekts

Depth-Psychological CIP Supervisor Training – Outline of a Pilot Project

Unverändert seit den 1920er-Jahren ist die Supervision neben Theorie und Selbsterfahrung eine der drei Säulen der psychoanalytischen/tiefenpsychologischen Aus- und Weiterbildung. Die Anerkennung von Ärztekammer, Approbationsbehörde und Weiterbildungsinstitut, die zur Vermittlung der drei Bausteine berechtigt, differenziert bisher nicht zwischen der Tätigkeit als Supervisor, Dozent oder Lehranalytiker/Lehrtherapeut, obwohl unter Experten Konsens besteht, dass unterschiedliche Qualifikationen erforderlich sind. Insbesondere die Supervision der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, die in der heutigen Versorgungs- und Ausbildungspraxis einen großen Raum einnimmt, ist durch den Pluralismus der psychoanalytischen Schulen und die Vielfalt der psychodynamischen Konzeptualisierungen sehr viel komplexer geworden. Eine systematische, spezifisch-tiefenpsychologische Supervisoren-Ausbildung erscheint sinnvoll, wie sie vom Centrum für Integrative Psychotherapie (CIP) in München bereits 2013 bis 2015 als Pilotprojekt durchgeführt wurde, um Kriterien guter Supervision zu entwickeln.

Schlüsselwörter

Aufgabenbereich der tiefenpsychologischen Supervision – tiefenpsychologische CIP Supervisoren-Ausbildung – Theoretische Basis zur gemeinsamen Verständigung – Videodokumentierte Fallvorstellungen – Triadenarbeit – Selbsterfahrung – Dozententätigkeit – Abschlusskolloquium

Since the 1920s, alongside theory and self-awareness, supervision has remained one of the three columns of psychoanalytical/depth-psychological training and further training. The recognition of the Medical Council, licensing authority and further training institute, which gives eligibility to teach the three building blocks, has never differentiated between the work as supervisor, lecturer or training analyst/training therapist, although there is a consensus among experts that different qualifications are necessary. In particular, the supervision of psychotherapy founded on depth psychology, which takes up a lot of space in present-day care and training practice, has become much more complex due to the pluralism of the psychoanalytical schools and the diversity of the psychodynamic conceptualizations. A systematic, specific, depth-psychological supervisor training as was already carried out by the Centrum für Integrative Psychotherapie (CIP) in Munich in 2013–2015 as a pilot project appears to *make sense in order to develop criteria for good supervision.*

Keywords

Tasks of depth psychological supervision – depth psychological CIP supervisor training – theoretical basis for joint understanding – video-documented case presentations – triad work – self-awareness – lecturer activity – final colloquium

Einleitung

Unverändert seit den 1920er-Jahren ist die Supervision neben Theorie und Selbsterfahrung eine der drei Säulen der psychoanalytischen/tiefenpsychologischen Aus- und Weiterbildung.

Wir unterscheiden von der internen Supervision, wie sie meist in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken oder anderen psychotherapeutischen Einrichtungen von leitenden Kollegen durchgeführt wird, die externe Supervision. Die Anerkennung zur Durchführung externer Supervision im Rahmen der Facharztweiterbildungsgänge Psychiatrie/Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, sowie der Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“ durch die Weiterbildungsinstitute, Landesärztekammern bzw. Approbationsbehörden bei psychologischen Psychotherapeuten setzt eine fünfjährige Berufstätigkeit ab der Facharztanerkennung bzw. Approbation und eine dreijährige (bei Psychologen) und fünfjährige (bei Ärzten) Dozententätigkeit voraus. Es wird nicht differenziert zwischen der Tätigkeit als Dozent, Lehrtherapeut/Lehranalytiker oder Supervisor, obwohl schon lange unter Experten Konsens besteht, dass diese Aufgaben unterschiedliche Qualifikationen erfordern. Traditionell wurde die Tätigkeit als Supervisor für einfacher gehalten als die des Lehranalytikers. Es ist bekannt, dass die meisten Supervisoren sich zunächst an ihrer eigenen, früher gemachten Supervisionserfahrung orientieren, d. h. überwiegend an einer psychoanalytischen Supervision.

Im Kontrast dazu steht, dass gegenwärtig etwa 47 % der psychotherapeutischen Versorgung in der BRD von der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) und nur noch etwa 4 % von der analytischen Psychotherapie (AP) geleistet wird und immer mehr junge Aus- und Weiterbildungsteilnehmer sich – vielleicht weniger aus inhaltlichen als vielmehr pragmatischen Gründen – auf die kostengünstigere, weniger aufwändige Tiefenpsychologische Ausbildung begrenzen, sodass auch DGPT-Institute das bisher bevorzugte sog. „verklammerte Ausbildungsverfahren“ (PA/TP) mehr und mehr auflösen und sich verstärkt mit der Tiefenpsychologie auseinandersetzen (s. Arbeitsgruppe TP der DGPT).

Das supervisorische Arbeitsfeld ist inzwischen viel breiter gefächert: Balintgruppe, supervidierte Anamnesen (als obligatorische Voraussetzung, mit Ausbildungsfällen beginnen zu können), Einzel- und Gruppensupervision der laufenden Ausbildungsfälle, Supervision in kasuistisch-technischen Seminaren (heutzutage an allen Weiterbildungsinstituten Pflichtveranstaltung begleitend zur gesamten Zeit der Ausbildung), Supervision der internen Abschlussberichte und Prüfungsfälle, Tätigkeit als Prüfer für die Ärztekammern bei den Abschlussprüfungen der Zusatzbezeichnungen Psychoanalyse/Psychotherapie (eingeführt 2010), bei den Facharztprüfungen für Psychosomatische Medizin sowie als Prüfer bei den Approbationsbehörden (seit 1998). Es besteht also ein hoher Bedarf an tiefenpsychologischer Supervision.

Zu der äußeren Veränderung in der psychotherapeutischen Versorgungs- und Ausbildungssituation kommt ein inhaltlicher Wandel auf Grund der komplexen, vielfältigen Entwicklung in Theorie, Psychodiagnostik und Behandlungstechnik durch den Pluralismus der Schulen und die Verschiedenheit psychodynamischer Konzepte. Entgegen der bisherigen Sichtweise ist dadurch m.E. die Tätigkeit des Supervisors, vor allem in der tiefenpsychologischen Supervision, schwieriger geworden als die Tätigkeit des Lehranalytikers bzw. des Lehrtherapeuten.

Die drei komplexen Aufgabenbereiche der zeitgenössischen tiefenpsychologischen Supervision

Zu den Aufgaben der tiefenpsychologischen Supervision zählen heute insbesondere drei Bereiche:

- die Wahrnehmung der traditionellen Aufgaben, die in der tiefenpsychologischen Supervision ähnlich sind wie in der Supervision der analytischen Psychotherapie
- die spezifischen tiefenpsychologischen Aufgaben der Supervision, die die tiefenpsychologische Supervision seit ihrer Entstehung von der Supervision der psychoanalytischen Psychotherapie unterscheiden
- die zeitgenössischen Aufgaben, die durch die Vielfalt neuerer psychodynamischer Konzepte in Theorie, Diagnostik und Behandlungstechnik dazugekommen sind

Der erste Aufgabenbereich der tiefenpsychologischen Supervision – traditionelle Aufgaben

Wie es im Text der Psychotherapie-Richtlinien (2009, §14 a) heißt, ist die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ein psychoanalytisch begründetes Verfahren. Der Faber-Haarstrick-Kommentar bezieht sich als Voraussetzung für psychodynamisches Verstehen nach wie vor auf die psychoanalytische Entwicklungstheorie. Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie werden seit einigen Jahren in Abgrenzung zur klassischen Psychoanalyse in der Terminologie des Wissenschaftlichen Beirats unter der Bezeichnung „Psychodynamische Verfahren“ zusammengefasst. Ich möchte hier auf die politische Kontroverse, ob die Tiefenpsychologische Psychotherapie ein eigenständiges Verfahren oder die „Kleine Schwester der Psychoanalyse“ ist, nicht eingehen, da ich es für fruchtbarer halte diese Polarisierung zu überwinden. Es gibt gemeinsame Grundannahmen und wesentliche Unterschiede.

Wichtige Grundannahmen, die beiden Methoden (PA und TP) gemeinsam sind:

- Die Prämisse vom psychodynamischen Unbewussten als Grundannahme besagt, dass psychische Prozesse primär unbewusst ablaufen und bewusste Prozesse davon gesteuert werden.
- Die Konflikt- und Objektbeziehungstheorien als Grundannahme gehen davon aus, dass psychische Prozesse eine ständige Suche nach der Befriedigung von Bedürfnissen aufweisen, die in Einklang gebracht werden müssen mit der Einschränkung durch die Realität und die verinnerlichten Erwartungen früherer Bezugspersonen. Kon-

flikthafte intrapsychische und interpersonelle Vorgänge können bewusst sein (sog. Aktualkonflikt). Ein Aktualkonflikt (Stress, besondere Belastungen) muss nicht mit einem unbewussten, frühkindlichen Konflikt im Zusammenhang stehen. Wenn ein gegenwärtiger Aktualkonflikt als unlösbar erscheint, kann vermutet werden, dass ihm ein unbewusster, frühkindlicher intrapsychischer Konflikt zugrunde liegt. In allen bisherigen Auflagen betont der Faber-Haarstrick-Kommentar in der Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung „Krisen in phasenspezifischen Schwellensituationen“ d. h. ein ätiologisch orientiertes und genetisch rekonstruierendes Konfliktverständnis. „Auch wenn teilweise berechtigte Einwände gegen die genetische Rekonstruktion als Methode bestehen, überwiegen die therapeutischen Vorteile, das gemeinsame Bemühen, die Lebensgeschichte verstehend zu rekonstruieren“ (Mertens, 2004).

Aus diesen Grundannahmen leiten sich Aufgaben der tiefenpsychologischen Supervision her, die sie mit den traditionellen Aufgaben der psychoanalytischen Supervision verbinden.

Die Supervision muss sich mit folgenden Fragestellungen befassen:

- Ist die unbewusste konflikthafte Auslösesituation erfasst oder muss sie noch erarbeitet werden?
- Von welchem aktuell wirksamen unbewussten Konflikt geht der Supervisand aus?
- Wurde eine sorgfältige Anamnese erhoben, die die lebensgeschichtliche Entwicklung, angefangen von der frühkindlichen, phasenspezifischen Genese, erfasst?
- Sind die Beziehungen zu frühen und gegenwärtigen Bezugspersonen ausreichend nachvollziehbar?
- Wird die Psychodynamik der Konflikt- und Objektpsychologie verstanden und der entsprechende psychoneurotische Kompromiss, der sich in der Symptomatik niederschlägt?
- Werden in der Probatorik wiederkehrende typische Träume berichtet?

Wie oben erwähnt erfordert die Richtlinien-Psychotherapie vor Therapiebeginn in der Probatorik ein psychodynamisches Verstehen auf der Basis der psychoanalytischen Entwicklungstheorien. Ein ätiologisch orientiertes und genetisch rekonstruiertes Konfliktverständnis ist nicht nur für das behandlungstechnische Procedere bedeutsam, es muss auch im Kassenantrag dargelegt werden. Da viele Supervisanden sich damit anfangs noch schwer tun, zählt die Unterstützung durch die Supervision zu einer vorrangigen Aufgabe. Die Ablehnung eines Kassenantrags wirkt sich für Patient und Therapeut sehr belastend aus und sollte durch gute Supervision vermieden werden.

Weitere wesentliche traditionelle, gemeinsame Aufgaben kommen dazu:

- Die Reflexion der Form und des Umgangs mit dem Setting von Therapeut und Patient, von Supervisor und Supervisand
- Das theoretische Wissen um die Prozesse von Übertragung/Gegenübertragung, Widerstand/Abwehrmechanismen, Traumarbeit und deren Umsetzung in die therapeutische Praxis
- Die Bedeutung der vier psychoanalytischen Paradigmen (Triebtheorie, Ich-Psychologie, Selbst-Psychologie, Objektbeziehungstheorien) für die Psychodynamik

Der zweite Aufgabenbereich der tiefenpsychologischen Supervision – die spezifischen Aufgaben

Fokussierter als in der analytischen Psychotherapie, in der ein gewisser Grad an Umstrukturierung der Persönlichkeit in ausgewählten Konflikt- und Strukturbereichen stattfindet, ist das Ziel der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie eine begrenzte Verhaltensänderung und die Auflösung bzw. Verringerung von Symptomen.

Von dieser Grundannahme leiten sich die spezifischen tiefenpsychologischen Aufgaben ab, die vielfach im Dienst der Eingrenzung des psychoanalytischen auf das tiefenpsychologische Modell gesehen werden können.

Zu beachten sind:

- Die Reflexion des Settings von Therapeut und Patient (der zeitliche Rahmen ist auf maximal 100 Stunden zu begrenzen, die Behandlung erfolgt im Gegenübersitzen, in der Regel mit einer Wochenstunde).
- Der Umgang mit dem Setting von Patient und Therapeut.
- Die Bestimmung eines Fokus (bzw. mehrerer Foki), eng verknüpft ist damit auch die Klärung eines begrenzten Therapieziels.
- Die Differenzierung zwischen Lebenszielen und Therapiezielen, sowohl den Patienten wie auch den Therapeuten betreffend.
- Die Handhabung regressiver Prozesse (wie können regressiver Prozesse begrenzt werden?)
- Wie ist die therapeutische Haltung- aktiver und direktiver? Werden edukative und störungsspezifische Techniken miteinbezogen?
- Wie wird mit Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen umgegangen?
- Befasst sich der Therapeut bevorzugt mit dem Gegenwartsunbewussten und abgeleiteten Konflikten in aktuellen Beziehungen und weniger mit dem Vergangenheitsunbewussten und den Konflikten mit primären Bezugspersonen?
- Wie geht der Therapeut mit handlungssprachlichen Mitteilungen von Patienten um, die in der Regel in der TP häufiger vorkommen? Kommt der Therapeut unter Druck, viele Ratschläge zu geben, die zu einem Alltagsdialog führen?
- Unterstützung bei der schwierigen Beendigung der Therapie bei begrenzter Verbesserung.

Der dritte Aufgabenbereich der tiefenpsychologischen Supervision: zeitgenössische Aufgaben auf Grund vielfältiger psychodynamischer Konzepte und pluralistischer Schulen

Wir befinden uns derzeit in einer Übergangsphase zwischen einem traditionellen Indikationsverständnis wie es partiell z. B. auch noch von Wöller und Kruse (3. Auflage, 2010) vertreten wird und einem „adaptiven Indikationsverständnis“ (Ermann, 2004). Dem traditionellen Indikationsverständnis zufolge umfasst die Kernindikation für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie rein neurotische, konfliktbedingte Störungen. Schwerere strukturelle Störungen sollten mit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie nicht behandelt werden, diese sollten der analytischen Psychotherapie

vorbehalten bleiben. Ermann hat dagegen eine Indikation begrifflich abgebildet, die nicht nur konflikthafte, sondern auch strukturelle – und Traumastörungen umfasst. Rudolf (2006) hat dieses Umdenken durch die Entwicklung der OPD und der strukturbezogenen Therapie noch entscheidend verstärkt.

Die Realität in den psychiatrischen, psychosomatischen, psychotherapeutischen Kliniken, in den Ambulanzen der Weiterbildungsinstitute, bei den Aus- und Weiterbildungsteilnehmern, in den Praxen niedergelassener Psychotherapeuten zeigt, dass schon länger immer mehr Patienten mit strukturellen Störungen tiefenpsychologisch fundiert behandelt werden. Auch die Bewilligungspraxis wird nunmehr der veränderten Situation gerecht, indem seit 2009 (s. Faber-Haarstrick-Kommentar, 9. Aufl., S. 39-42) in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie statt einem konfliktbezogenen Fokus ein strukturbezogener Fokus gewählt werden kann bzw. neben einem konfliktbezogenen auch ein strukturbezogener Fokus bearbeitet werden kann.

Mehr und mehr scheint sich eine Behandlungsmethodik durchzusetzen, die versucht, verschiedene psychodynamische Konzepte i. S. eines Kontinuums zu integrieren.

Das genetisch rekonstruierende Konfliktverständnis gestaltet sich heute unter dem Aspekt der vier psychoanalytischen Paradigmen, der Triebtheorie, der Ich-Psychologie, der Selbst-Psychologie und der Objektbeziehungstheorien.

Außer den vier klassischen Paradigmen gewannen ab den frühen 90er-Jahren das Konzept der Bindungstheorie und die empirischen Befunde der Säuglings- und Kleinkindforschung Einfluss auf das psychodynamische Denken.

Die gegenwärtige Sichtweise der Psychodynamik kann so zusammengefasst werden:

„Psychodynamische Konzeptualisierungen umfassen ein weites Spektrum an Trieb-, Wunsch- und Affektdimensionen, die als Objektbeziehungen, Repräsentationen von Interaktionserfahrungen, Emotionsschemata konzeptualisiert sind und Erleben und Handeln steuern. Dabei gestalten sich konflikthafte Erlebnisse stets in Abhängigkeit von ich-strukturellen Kompetenzen sowie von Erfahrungen, die nicht nur mit Sexualität und Aggression, sondern auch mit Selbsterhaltung, Austausch von Bedeutungen, Sicherheit und Bindung und weiteren Antrieben zu tun haben. Neben den aus Wunsch und Abwehr hervorgegangenen Konflikten treten außerdem die Folgen traumatisierender Erfahrungen, die zu Dissoziationen, aber auch zu konflikthaften und strukturellen Beeinträchtigungen geführt haben. Die externen Konfliktauslöser können dabei ebenfalls als traumatisierend aufgefasst werden, sodass sich die Frage ob zuerst ein Konflikt oder eine präkonfliktuelle Spannung auftritt oder eine Traumatisierung, die dann zu einem Konflikt führt, erübrigt.“ (Mertens, 2013)

Neben all dieser Vielfalt hat sich noch ein zweites psychodiagnostisch-psychodynamisches Instrumentarium eingebürgert, die OPD. Die OPD distanziert sich von der psychoanalytischen Entwicklungstheorie, sie ist vorwiegend ein beschreibendes System ohne ein genetisches phasenspezifisches Konfliktverständnis, das eine biographisch gewachsene Konfliktspannung mit biographischen Sinnzusammenhängen verknüpft. Mertens (2004) plädiert für eine zweigleisige psychodynamische Diagnostik „dual Track“.

Als dritte Spur schlägt sich bei der Diagnosestellung noch die diagnostische Einbeziehung der rein deskriptiv-phänomenologischen ICD-Klassifikation nieder.

Für den Supervisor ergeben sich daraus folgende Fragestellungen, die beachtet werden sollten:

- Hat der Supervisand die Theorie der ich-strukturellen Kompetenzen genutzt, um das Strukturniveau des Patienten einzuschätzen?
- Wie valide wurde das Strukturniveau eingeschätzt? Sieht der Supervisand den Patienten gesünder oder kränker als er ist?
- Wie sieht bei Vorliegen einer Mischform von Konflikt- und Strukturpathologie die Gewichtung aus?
- Wurde eine behandlungstechnische Konsequenz daraus gezogen, d. h. Zurückhaltung bei der konfliktaufdeckenden Konfrontation und Deutung versus einem bevorzugt strukturbezogenen Vorgehen d. h. Stabilisierung des Selbst und Aufbau einer haltgebenden, vertrauensvollen Beziehung?
- Hat der Supervisand verschiedene psychodynamische Konzeptualisierungen verwendet? Hat er z. B. die Erkenntnisse der Bindungstheorie oder der Säuglings- und Kleinkindforschung oder der mentalisierungsbasierten Theorie mit einbezogen? Ist trotz der unterschiedlichen Konzeptualisierungen ein einleuchtendes Gesamtbild der Persönlichkeit des Patienten, seiner Biographie und Symptomatik erkennbar?

Es braucht wenig Phantasie, um sich die nicht selten anzutreffende Verwirrung der Supervisanden und deren Bedarf nach orientierender Unterstützung vorzustellen.

Aber auch für Supervisoren bedeutet die Komplexität der traditionellen, spezifisch tiefenpsychologischen und zeitgenössischen Aufgaben der gegenwärtigen Supervision eine Herausforderung und legt nahe, dass eine systematische tiefenpsychologische Supervisoren-Ausbildung erforderlich ist, um eine qualifizierte Supervision zu gewährleisten (angeblich endet ein Drittel aller kassenfinanzierten Therapien mit einem Abbruch der Behandlung).

Das Centrum für Integrative Psychotherapie (CIP) in München hat daher bereits von 2013-2015 eine tiefenpsychologische Supervisoren-Ausbildung durchgeführt, die als ein Pilotprojekt betrachtet werden kann, in dem versucht wurde, Kriterien für eine gute Supervision zu entwickeln.

Die Gestaltung der tiefenpsychologisch fundierten CIP Supervisoren-Ausbildung

An der Ausbildung nahmen siebzehn, persönlich und fachlich sehr kompetente Kollegen und Kolleginnen teil. Von den siebzehn Teilnehmenden waren neun als ChefärztInnen, OberärztInnen, leitende PsychologInnen in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kliniken für Psychosomatische Medizin tätig. Einige übten bereits interne und externe Supervision aus, d. h. sie verfügten über eine Weiterbildungsbefugnis bzw. die Anerkennung für externe Supervision. Ihre Teilnahme an der aufwändigen, oft mit weiter Anreise verbundenen Ausbildung spricht für die Erkenntnis und Motivation, die eigene supervisorische Qualifizierung verbessern zu wollen. Letzteres galt gleichermaßen für die acht KollegInnen die als langjährig erfahrene, niedergelassene FachärztInnen bzw. psychologische PsychotherapeutInnen, (darunter eine Kollegin in einem MVZ) psychotherapeutische/psy-

choanalytische, psychosomatische Behandlungen durchführten. Die Gruppengröße war begrenzt auf maximal 18 Teilnehmende, die Aufnahme erfolgte nach einem persönlichen Auswahlgespräch mit einem der beiden Ausbildungsleiter.

Die Organisationsleitung lag in den Händen von Prof. Dr. Dr. Serge Sulz, die Ausbildungsleitung übernahmen Prof. Dr. Wolfgang Mertens und Dr. Regine Scherer-Renner, als dritter Dozent verstärkte Prof. Dr. Ralf T. Vogel das Team der Supervisoren-Ausbildung. Die Ausbildung umfasste sieben dreitägige Seminare (Freitag bis Sonntag) und zuletzt ein zweitägiges Abschluss-Seminar, insgesamt 183 Stunden. (s. Anhang 1)

Zwei dreitägige Seminare, das zweite und das sechste Wochenende, waren der Selbsterfahrung eingeräumt.

Zwischen den Kursblöcken wurden von den Ausbildungsteilnehmenden Einzel- oder Gruppensupervisionen mit Video-Dokumentation durchgeführt. Die Teilnehmenden waren also im Besitz einer eigenen Videokamera mit SD-Speicherung, um ihre Supervisionen aufzunehmen. Die Supervisionen wurden im Abstand von zwei Wochen durchgeführt. Alle Teilnehmende stellten innerhalb von vier Wochenenden einen Supervisionsfall mit einer ausgewählten Sequenz und einer speziellen Supervisionsfrage vor. Am siebten Wochenende wurde der längere Verlauf des Supervisionsfalls präsentiert. Ein schriftliches, fünf- bis achtseitiges Protokoll der selbst durchgeführten Supervisionen wurde vor dem siebten Wochenende oder spätestens vier Wochen vor dem Abschlusskolloquium den beiden Ausbildungsleitern zugestellt.

Zwei wichtige Besonderheiten der Ausbildung: Triadenarbeit und eigene Dozententätigkeit

Zwei wichtige Besonderheiten des Ausbildungsmodells waren – neben der Selbsterfahrung – die Triadenarbeit und die Möglichkeit, am CIP auch eigene Dozententätigkeit mit einem theoretischen Thema der tiefenpsychologischen Psychotherapie auszuüben. Am ersten, spätestens am zweiten Wochenende schlossen sich die Teilnehmenden zu Triaden zusammen. Jeweils drei KollegInnen trafen sich alle zwei Monate unabhängig von den Kurswochenenden, um theoretische und praktische Fragen zu besprechen, die keinen ausreichenden Platz an den regulären Wochenenden hatten. Sie unterstützten sich u. a. gegenseitig bei der Auswahl des SupervisandInnen, der Videopräsentation und gaben sich intervisorisches Feedback. Das Modell der Triadenarbeit (eine Anregung von Herrn Sulz) hat sich als außerordentlich fruchtbar erwiesen. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten bei der Zusammenfindung (hier war auch der Wohnort und die Selbsterfahrungsgruppe von Bedeutung) haben die Teilnehmenden das Triadenmodell als unverzichtbar konstruktiven Bestandteil der Ausbildung erlebt.

Der Vorteil, im Rahmen der Supervisoren-Ausbildung als DozentIn tätig zu werden, um den für die Anerkennung der Ausübung externer Supervision benötigten Nachweis über die erforderliche Dozententätigkeit zu erwerben, bot außerdem die Möglichkeit, die eigene Didaktik zu optimieren und didaktisches Feedback zu erhalten. Von einigen Teilnehmenden wurde dieser Teil der Ausbildung wahrgenommen, sie vermittelten in sehr kompetenter Form essentielle Themen der tiefenpsychologischen Psychotherapie, andere Teilnehmende hatten bereits eine Dozententätigkeit inne an einer Weiterbildungseinrichtung in ihrer Region.

Der Verlauf der sieben dreitägigen Seminare

Das erste Wochenende war vorwiegend der Theorie gewidmet. Es war uns ein Bedürfnis, mit der Gruppe eine anfängliche theoretische Basis der Konzeption der Tiefenpsychologisch Fundierten Psychotherapie, der psychodynamischen Diagnostik und der psychodynamischen Supervisionskonzepte herzustellen für eine gemeinsame Begrifflichkeit der kommenden supervisorischen Prozesse.

Im Einzelnen wurden folgende Themen behandelt:

- Entstehungsgeschichte der TP (neu: Konfliktpathologie und Strukturpathologie)
- Verfahren der TP (interaktionell, strukturell orientiert, mentalisierungsbasiert, traumatherapeutisch)
- Politische Kontroversen (z.B. Härdtle, 2004) und die Position der Aufhebung der Polarisierung von PA und TP
- Die Gegenüberstellung von traditioneller und zeitgenössischer Psychoanalyse (vom klassischen Modell zu zeitgenössischen intersubjektiven Auffassungen)
- Die Gegenüberstellung von PA und TP: Gemeinsamkeiten (z.B. entwicklungsorientiertes Denken) und Unterschiede (Handhabung der Regression, Handhabung der Übertragung, Zentrierung auf das Gegenwartsunbewusste, fokale Eingrenzung, begrenzte Therapieziele, mögliche Einbeziehung verschiedener anderer Verfahren).
- Die Psychodynamik aus heutiger Sicht
- Fokus und Ziele/psychodynamische Diagnostik und OPD
- Kurzer historischer Abriss der Supervisionskonzepte (die wichtigsten Schulen)
- Rahmenbedingungen und Setting
- Parallellphänomene
- Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen
- Triadische Supervision
- Treat or Teach?
- Problemorientiert oder beziehungsorientiert?
- Umgang mit nonverbalen Phänomenen
- Ethische und rechtliche Aspekte

Es fand aber auch bereits am *ersten Wochenende* praktische Arbeit statt zu Themen, die besonders vorrangig erschienen.

So wurde die Psychodynamik aus heutiger Sicht an Hand eines praktischen Beispiels (Vignette 1) in der Kleingruppe erarbeitet. Fragen wurden gestellt und Antworten gesucht zur Bedeutung der vier Paradigmen der PA (Triebtheorie, Ich-Psychologie, Selbst-Psychologie, Objektbeziehungstheorien) für die TP sowie zum Verhältnis intrapsychischer versus interpersoneller Konflikte, zur Gewichtung der Konflikt- und Strukturpathologie und der damit verknüpften Aufgabe des Therapeuten als Übertragungsobjekt und/oder als Entwicklungsobjekt.

Es ging um den ersten Behandlungsfall einer jungen Ärztin in tiefenpsychologisch/psychoanalytischer Weiterbildung. Im Folgenden wird eine Zusammenfassung des Erstgesprächs wiedergegeben.

Vignette 1

Die 30-jährige attraktive Patientin, Frau N., wurde von ihrer Hausärztin zur psychotherapeutischen Behandlung überwiesen. Äußerer Anlass war ein SMV mit fünf Tabletten Valium. Die Patientin drohte mit weiteren suizidalen Handlungen.

Frau N. berichtete offen und direkt, sie komme aus schlechten familiären Verhältnissen. Die Familie ist im Rheinland ansässig. Ihre Großeltern mts. und vts. starben vor ihrer Geburt, sie weiß nur, dass sie in ärmlichen Verhältnissen gelebt haben. Ihr Vater habe seine Lehre als Malergeselle infolge einer Farbenallergie abbrechen müssen, durch einen Unfall habe er den rechten Arm verloren. Er führte eine Firmenkantine, in der auch ihre Mutter ganztags als Reinigungskraft beschäftigt war. Ihre Mutter sei immer gut zu ihr gewesen, sie hätten bis heute ein enges, zärtliches Verhältnis, während sie dem Vater nicht verzeihen könne, dass er als Alkoholiker die Familie unglücklich gemacht habe. Es habe hässliche Szenen gegeben, in denen der Vater mit dem Messer auf Mutter und Kinder losgegangen sei. Öfters hätten sie sich nachts aus dem Fenster zu den Nachbarn geflüchtet.

Sie sei die Jüngste von drei Töchtern, die Schwestern sind sieben und zehn Jahre älter, sie sei das „Nesthäkchen“. Vor allem ihr Vater sei über ihre Geburt sehr enttäuscht gewesen, weil er sich einen Sohn erhofft habe. Ihre Mutter habe bald nach der Geburt wieder ganztags arbeiten müssen. Zunächst sei sie von ihren Schwestern betreut worden, die aber früh das Elternhaus verlassen haben. Danach habe eine Nachbarin manchmal vorbeigeschaut. Sie sei viel allein gewesen und habe sich selbst versorgen müssen. Ihre Schwestern und ihre Mutter vermisse sie bis heute, sie telefoniere täglich mit ihnen. Beide Schwestern würden auch unglückliche Ehen führen mit alkoholabhängigen Partnern. Einen Kindergarten habe sie nicht besucht, habe aber in der Nachbarschaft eine Freundin gefunden, mit der sie auch jetzt noch eng verbunden sei. In der Schule, die sie mit der Hauptschule abschloss, erzielte sie mittlere Leistungen. Auf Grund ihrer sozialen Herkunft habe sie viele Kränkungen erlebt. Sie erinnere sich, dass eine Lehrerin vor der ganzen Klasse bei ihr als einzigem Kind die Fingernägel kontrollierte, „weil sie ein armes Schlüsselkind sei“. Seitdem habe sie immer peinlich genau auf ihr Äußeres geachtet.

Bis zum 15. Lebensjahr schlief sie im Bett der Eltern, mit 16 Jahren lernte sie als ersten Sexualpartner ihren heutigen Ehemann kennen und wurde bald schwanger. „Ahnungslos bin ich da ohne Aufklärung reingestolpert“. Sie reagierte verzweifelt, „weder wollte ich heiraten noch wollte ich Kinder“. Zunächst wohnten beide noch bei den Eltern, die Patientin beendete ihre Lehre als Verkäuferin, der Partner schloss die Schule mit dem Abitur ab. Die Patientin heiratete, um ihren Eltern „Schande“ zu ersparen und um ihrem Wunsch nachzukommen, die Möglichkeit zu einem sozialen Aufstieg wahrzunehmen. Nach der Hochzeit ging Herr N. zur Bundeswehr, um seiner bestimmenden, verwitweten Mutter die Kosten eines Studiums zu ersparen. Sein Vater, von Beruf Pfarrer, war an einem Krebsleiden verstorben, als der Sohn neun Jahre alt war. „Für ihren Mann wäre ein anderer Beruf nicht in Frage gekommen, er sei weich und könne nicht kämpfen, lieber wäre ihr ein Mann, der Grenzen setzen könne. Ihr größtes Problem sei, dass ihr Mann ab und zu mit ihr schlafen wolle. Schon immer sei sie diesbezüglich voller Abwehr gewesen, sie habe

seelisch und körperlich nie etwas dabei empfunden, bereits zärtliche Berührungen seien ihr zuviel. Es komme vor allem seit der Geburt der zweiten Tochter immer häufiger zu Streitigkeiten, seitdem ihr Mann mehr Alkohol trinke. Sexualität bräuchte es ihretwegen nicht zu geben, sie habe ihren Mann aufgefordert, das mit anderen Frauen auszuleben, aber er begehre nur sie.

Innerhalb von sechs Monaten habe er sich das Nasenbein und zweimal das Bein gebrochen. Sie denke an Scheidung, bei einem Rechtsanwalt habe ihr Mann schriftlich versichert, sie sexuell in Ruhe zu lassen, sofern sie nur bei ihm bliebe. Aber er habe sie wieder bedrängt und wütend über ihre Verweigerung und ihre Drohung, ihn zu verlassen geschrien „dann geh doch zurück in den miesen Stall, aus dem du stammst“. Dieser Satz habe sie sehr verletzt und das Gefühl hervorgebracht, nicht mehr leben zu wollen, deshalb habe sie die Valium Tabletten geschluckt. Seit langem erlebe sie sich innerlich tot und leer, wie ein Baum bei dem der ganze Saft in die Rinde gelaufen ist. Sie sei ständig unzufrieden, obwohl sie vieles habe. Sie leide unter Magenschmerzen, schließe sich dann ins Badezimmer ein und heule stundenlang. Wenn sie wieder herauskomme, fühle sie sich selber wie eine fremde Person. Sie suche dann Trost bei ihrer kleinen Tochter. Den Kindern ginge es auch nicht gut, ihre jüngere Tochter leide ständig unter Bronchitis, die ältere sei verhaltensauffällig und habe von der Realschule in die Hauptschule wechseln müssen. Sie würde gerne arbeiten, möchte aber ihre Kinder nicht allein lassen und ihr Mann sei auch dagegen. Sie würde gerne selbstbewusster und selbstständiger werden und sich von ihrem Mann trennen. Sie habe Gelegenheit gehabt fremdzugehen, dabei habe sie feststellen müssen, dass ihre Probleme nicht nur an der Partnerwahl lägen, sondern in ihr verwurzelt seien. Es sei ihr klar, dass sie therapeutische Hilfe brauche.

Einige Fragen und Antworten zu Vignette 1

Welches ist der aktuell wirksame unbewusste Konflikt?

Die Patientin sucht Autonomie, findet aber aus ihrer Abhängigkeit nicht heraus.

Welches ist die unbewusste Auslösesituation?

Eine narzisstische Kränkung durch den Ehemann stellt eine Wiederauflage in der Kindheit erlebter Kränkungen ihres Selbstwertes dar, löst narzisstische Wut aus, die die Patientin gegen sich wendet.

Welches ist der Grundkonflikt?

Es lassen sich – wie öfters – mehrere Grundkonflikte annehmen: ein Individuation-Abhängigkeits-Konflikt, ein Selbstwertkonflikt, ein ödipaler Konflikt.

Lässt sich eine Traumaätiologie erkennen?

Die Patientin erlebte Gewalterfahrung (s. Szenen mit dem alkoholisierten Vater und sexuell grenzüberschreitende Situationen (bis zum 15. Lebensjahr im Ehebett der Eltern).

Trieb- und strukturtheoretisch

Welche Triebwünsche werden abgewehrt?

Vorwiegend orale, urethrale, ödipale

Welche Fixierungsstellen lassen sich erkennen?

Fixierung in der oralen und ödipalen Phase

Welche Entwicklungschancen werden in der Pubertät genutzt, um den Kindheitskonflikt zu lösen?

Die Patientin kann diese zweite Chance in der Adoleszenz (Blos,1973) wenig nutzen, immerhin kommt es zu einer frühzeitigen, äußeren Ablösung vom Elternhaus durch die Beziehung mit dem Partner und die Schwangerschaft. Sie gerät aber von einer Abhängigkeit in die nächste und vollzieht keine innere Ablösung von den Eltern.

Inwieweit hat die Patientin einen ödipalen Konflikt erleben können? Inwieweit ist sie immer noch in einer Demeter-Persephone-Konstellation gefangen (das Mädchen muss bei der Mutter bleiben, darf keine eigene Sexualität leben)?

Die Mutter hat die Patientin in dieser Rolle vereinnahmt, die Patientin hat sich aber nur partiell und scheinbar dem mütterlichen Gebot unterworfen, insgeheim gab es vermutlich auch eine sinnliche und zärtliche Beziehung zum Vater, die dieser auch beantwortet hat. Anfangs ließ sich der ödipale Konflikt nur erahnen z. B. durch die Erwähnung des Fremdgehens.

Worin bestehen der primäre und der sekundäre Krankheitsgewinn?

Die Flucht in die Krankheit (SMV) enthebt die Patientin der ihr unangenehmen Verpflichtung, „Sexualität bräuchte es für mich nicht geben“, sie kann regressiv kindlich bleiben und erzwingt noch die Rücksicht und Fürsorge des Partners.

Ichpsychologisch

Qualität und Art der bevorzugten Abwehrmechanismen?

Reife Abwehrmechanismen sind Verdrängung, Reaktionsbildung, Somatisierung.

Unreife Abwehrmechanismen sind Idealisierung, Entwertung, Projektion.

Welche Ressourcen hat die Patientin?

Ihr rheinländisches Temperament, Offenheit, Direktheit, Humor, Vitalität, Attraktivität

Welche konfliktbedingten Einschränkungen von Ich-Funktionen lagen vor?

Ich-Interessen und berufliche Entwicklung lagen brach.

Welche Ich-Ideale hat die Patientin?

Eine Idealvorstellung von einer Frau, die gerne und erfolgreich arbeitet und emotional und existentiell unabhängig leben kann und soziale Anerkennung findet.

Integrität des Über-Ichs?

Hauptsächlich ihren Kindern gegenüber hatte sie Schuldgefühle zu überwinden auf Grund ihres Wunsches, sich vom Vater der Kinder zu trennen und ihrem Wunsch zu arbeiten, die Kinder mehr allein zu lassen. Im sozialen Umgang war die Patientin sehr zuverlässig.

Falsche Partnerwahl aus Schuldgefühl?

Die Patientin fühlte den Eltern gegenüber die Verpflichtung, die Möglichkeit des sozialen Aufstiegs wahrzunehmen und ihnen „keine Schande zu machen“.

Objektbeziehungstheoretisch

Wie wurden die Eltern von der Patientin erlebt?

Die Mutter wurde idealisiert, der Vater entwertet.

Welche Rolle spielen die beiden älteren Schwestern?

Sie bleiben letztlich blass, obwohl die Patientin das Verhältnis als eng und zärtlich beschreibt. Die Patientin schildert sich als verwöhntes „Nesthäkchen“, Rivalität unter den Geschwistern war kein Thema. Alle Frauen der Familie waren mit ihrer Weiblichkeit im Hader.

Welche eigenen Konflikte weisen die Eltern auf?

Ähnliche wie die Pat. und ihr Ehemann. Bei Besuchen schlief die Patientin im Ehebett mit der Mutter, der Ehemann mit den Kindern in der Küche, der Vater im Gartenhäuschen.

Welche kollusiven Aspekte enthält die Paarbeziehung

„Hysterische Ehe“ (s. Mentzos, 2004, Willi, 1972)

Welche Wünsche delegiert sie an ihren Mann?

Dass er die Konflikte gelöst hat, die sie selber belasten. Er soll selbstbewusst sein, Grenzen setzen können, selbstbehauptend sein, lebendig, interessant.

Welche ungelösten Objektbeziehungskonflikte lassen sich bei beiden vermuten?

Beide sind ödipal fixiert, weil sie ihre Eltern zu wenig als gutes Paar erleben konnten. Beide haben in der Kindheit Verlassenheit erlebt. Beide haben einen Selbstwertkonflikt, er ist unsicher in seiner männlichen, sie in ihrer weiblichen Identität. Beide tun sich schwer, erwachsene Sexualität zu leben.

Selbstpsychologisch

Welche Rolle spielen narzisstische Selbstobjekte?

Vor allem die jüngere Tochter wurde von der Patientin benutzt, um eigene Bedürfnisse zu erfüllen, so wie es ihr vermutlich auch als Kind ergangen ist mit ihrer Mutter.

Welche Regulierung des Selbstwertgefühls liegt vor?

Mittels Entwertung andere (insbesondere Ehemann) Idealisierung (Mutter), Verschmelzung (Freundin, kleine Tochter)

Wie wird mit Enttäuschung umgegangen?

Die Patientin richtet die Wut gegen sich selbst, sie zieht sich narzisstisch gekränkt von andern zurück.

Bindungstheoretisch

Welche Bindungserfahrungen liegen in der Kindheit mit wichtigen Bindungspersonen vor?

Die Patientin kennt ihre Großeltern nicht, auch sonst gab es keine engen verwandtschaftlichen Kontakte. Der Altersabstand zu den Schwestern war groß und die Schwestern verließen ähnlich früh das Elternhaus. Die Mutter musste bald nach der Geburt der Patientin wieder ganztags arbeiten. Die Mutter wirkt idealisiert, nicht echt mütterlich. Vieles spricht für die Annahme einer unsicher-ambivalenten Bindung.

Wie ist das Reflexionsniveau?

Die Patientin ist in ihren Mutmaßungen überwiegend an Verhaltensweisen anderer orientiert, sie kann sich die Wünsche und Absichten anderer (z. B. Ehemann) wenig vorstellen.

Neigt die Patientin mehr zur Selbstregulierung oder erwartet sie interaktive Regulierung im Kontakt?

Sie neigt eher zur Selbstregulierung.

Auch die wichtigsten Unterschiede zwischen PA und TP wurden an einer weiteren Fallvignette aufgezeigt und in der Kleingruppe die Eingrenzung des PA Modells auf die TP mit begrenzter Zielsetzung, begrenzter Regression und Begrenzung auf das Gegenwartsunbewusste vermittelt.

Am Beispiel einer dritten Fallvignette wurde ein Überblick über die fünf Achsen der OPD-Diagnostik gegeben und die Vor- und Nachteile von Diagnostiksystemen diskutiert. Die Teilnehmenden erhielten zur Nacharbeit Kopien von allen während der gesamten Ausbildung verwendeten Unterlagen (PPP und Manuskripte) sowie eine Literaturliste (s. Anhang 2).

Am zweiten Wochenende fand die Selbsterfahrung statt, die in zwei Gruppen durchgeführt wurde, die jeweils von einem Dozenten des Ausbildungsteams geleitet wurde. Die Einteilung in die jeweilige Gruppe wurde von den Teilnehmenden selbst vorgenommen. Im Vorfeld waren die Ausbildungsleiter unsicher, ob die Selbsterfahrung themenzentriert (auf Supervision) eingegrenzt werden sollte. Herr Sulz plädierte auf Grund seiner Erfahrung mit der verhaltenstherapeutischen Supervisoren-Ausbildung für ein nicht themenzentriertes, psychoanalytisch/tiefenpsychologisches Vorgehen. Unsere Entscheidung, auf diese Erfahrung zu bauen, hat sich einerseits bewährt, andererseits wurde die Vermengung von Dozententätigkeit und Selbsterfahrungsleitung teilweise auch problematisch erlebt.

Sicherlich mitbedingt durch die frühere psychoanalytische Selbsterfahrung, die die Teilnehmenden mitbrachten, gestaltete sich sehr rasch ein produktiver, offener Gruppenprozess. Auf dem Hintergrund konflikthafter Erfahrungen in der Ursprungsfamilie, die sich in der Beziehungsgestaltung zu vorgesetzten KollegInnen und privaten Bezugspersonen widerspiegelte, schloss sich auch ein Bogen zu der bevorstehenden Videopräsentation des eigenen Supervisionsfalls, die ab dem dritten Wochenende stattfanden.

Die Selbsterfahrungsgruppe erwies sich als ein hilfreiches Forum, um Hemmnisse bedingt durch Ängste, Misstrauen, zu starken Leistungsdruck im Kontext vergangener schwieriger Erlebnisse auszusprechen und zu bearbeiten. Wie positiv die Teilnehmenden diesen Anteil der Supervisoren-Ausbildung erlebt haben, zeigte sich daran, dass am Ende des ersten Selbsterfahrungswochenendes anstelle der anfänglich vorhandenen Skepsis allgemeines Bedauern getreten war, dass die Fortsetzung der Selbsterfahrung erst in einem Jahr geplant war. Vielleicht lässt sich das Bedürfnis nach Selbsterfahrung damit erklären, dass der Anteil der Selbsterfahrung in der tiefenpsychologischen Aus- und Weiterbildung oft als nicht ausreichend erlebt wird.

Als von uns anfangs nicht genug bedachtes Problem erwies sich, dass die rasch entstandene hohe Kohäsion und gute Kooperativität in jeder Gruppe auch als ein trennendes Element für die Gesamtheit der Weiterbildungsgruppe erlebt wurden. Auf Wunsch der beiden Gruppen wurde spontan beschlossen, am Beginn des dritten Wochenendes eine Stunde lang sich in der Gesamtgruppe auszutauschen, damit sich die geteilten Gruppen wieder vereinter fühlen. Im Verlauf der gesamten SupervisorInnenausbildung hat sich dieses Problem durch vielfältige Kontaktmöglichkeiten weitgehend aufgelöst.

In der Arbeitsgemeinschaft für die Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen (AGG) in Göttingen wird davon ausgegangen, dass ein Ausbildungskonzept mit einer dichten Verknüpfung von Selbsterfahrung, Supervision und Theorie bei Weiterbildungsteilnehmenden zu einem sehr guten Kompetenzerleben führt. Zu diesem Ausbildungskonzept („Göttinger Modell“) gehört auch, dass die Gruppe mit einem Gruppenleiter arbeitet, der sowohl die Selbsterfahrung als auch die Supervision anbietet. Es wird eine hohe Zufriedenheit von Lernenden und Lehrenden berichtet. Das Modell wird aber auch kritisiert mit Hinweis auf die Einschränkung der Abstinenz des Gruppenleiters und vermuteter Einschränkungen der Möglichkeit der Selbsterfahrung. Dementsprechend ist im D3G-Vorstand 2014 ein Antrag der Weiterbildungskommission auf Trennung von Supervision und Selbsterfahrung eingegangen. „Forschung zur Bedeutung und Gestaltung der Selbsterfahrung in der gruppenanalytischen Ausbildung und zum Transfer des Gelernten in die Praxis fehlt und ist dringlich“ (Staats et al., 2014). Bisher gibt es wenig empirische Untersuchungen und Literatur zu dieser Frage. Unsere Erfahrung bestätigt überwiegend die positiven Eindrücke des Göttinger Modells, auch wenn wir die Gegenposition nachvollziehen können.

Der Vormittag des *dritten Wochenendes* begann an jedem der drei Tage mit einem einführenden Referat des an diesem Tag leitenden Dozenten. Es ging um Themen der speziellen Neurosenlehre, einen Überblick der Psychodynamischen Setting-Reflexion: Supervision mit einzelnen, mit Supervisionsgruppen, Supervision mit Teams, interne und externe Supervision im stationären und ambulanten Rahmen (Ralf. T. Vogel), um die Theorie und Praxis in der Supervision hysterischer Phänomene, verdeutlicht an dem Fallbeispiel einer Patientin, mit zahlreichen psychosomatischen Symptomen, die zu einer invasiven

Diagnostik und Therapie geführt hatten (Regine Scherer-Renner) und um die Theorie der Angstbehandlung, die Darstellung unterschiedlicher psychodynamischer Konzepte der Angst und der differenzierte Umgang damit in der Supervision (Wolfgang Mertens). Dann folgten die video-dokumentierten Fallvorstellungen der entsprechend zu diesem Tag angemeldeten Teilnehmenden mit ausführlicher Diskussion in der Gesamtgruppe. Präsentation und Diskussion gestalteten sich intensiv und für den vortragenden Teilnehmer sehr herausfordernd, verliefen insgesamt aber in kollegialer, unterstützender Atmosphäre. Die einzige, belastende Schwierigkeit lag im Bereich der Technik. Öfters zeigten sich die Systeme der Videoübertragung als nicht kompatibel, manche Videopräsentationen waren von der Bildqualität oder von der Tonaufnahme zu wenig verständlich, sodass zeitliche und inhaltliche Verluste zu beklagen waren. Bei den Ausbildungsleitern entstand der Wunsch, an Hand von Transkripten die supervisorischen Prozesse besser nachvollziehen zu können, aber auch Verständnis dafür, dass sich Teilnehmende diese Mehrbelastung bei ihrem ohnehin hohen Arbeitspensum nicht zumuten wollten.

Das vierte und fünfte Wochenende verliefen nach demselben Modus.

Die einführenden Referate der DozentInnen am **vierten Wochenende** wurden bestimmt von der Bedeutung der strukturellen Störungen in der Supervision.

Wolfgang Mertens stellte dar, wie sich Mentalisierungsdefizite in Therapie und Supervision auswirken und wie TherapeutInnen und SupervisorInnen kompetent damit umgehen können.

Ralf T. Vogel befasste sich mit dem Thema Struktur und Supervision aus psychoanalytischer Sicht, wobei er zusätzlich alternative (z. B. jungianische) Sichtweisen und Modelle mit einbezog.

Regine Scherer-Renner stellte ihre Erfahrungen als Supervisorin dar bezüglich der unterschiedlichen, oft polarisierten Gewichtung von Konflikt- und Strukturpathologie im therapeutischen Procedere der SupervisorInnen.

Die einführenden Referate am **fünften Wochenende** galten Themen der Behandlungstechnik:

- Traumarbeit und Supervision (Regine Scherer-Renner)
- Übertragung und Gegenübertragung in der Supervision (Ralf T. Vogel)
- Konzepte des Widerstands in der Supervision (Wolfgang Mertens)

Fortsetzung der Selbsterfahrung am **sechsten Wochenende**

Die Gruppen konnten ohne Schwierigkeiten trotz des Abstands von einem Jahr wieder an den früheren Prozess anknüpfen, zumal die Zusammenarbeit in Theorie und Supervision die Gefühle von Vertrautheit und Zusammenhalt noch verstärkt hat. Der zweite Teil der Selbsterfahrung bot auch eine gute Möglichkeit, Konflikte, Missverständnisse, Kränkungen, die bei den Videopräsentationen bzw. Triaden entstanden waren, zu bearbeiten. Deutlich wurden auch positive persönliche und fachliche Weiterentwicklungen, die in der Zwischenzeit durch die konstruktiven Austauschprozesse gewachsen waren.

Siebzehn Vorstellungen der laufenden Supervisionsfälle am **siebten Wochenende**

Für die Vorstellung hatte jede/r TeilnehmerIn fünfundzwanzig Minuten Zeit (eine Video-Dokumentation war hier nicht vorgesehen), zwanzig Minuten waren für die Diskussion in der Gruppe eingeplant. Wieder wurde jeder Tag von einem der drei Dozenten geleitet. Die beiden Ausbildungsleiter und der Organisationsleiter waren an drei Tagen anwesend. Teilweise lagen die schriftlichen Abschlussberichte vor, was sich als sehr hilfreich erwies, sodass der Beschluss gefasst wurde, den schriftlichen Abschlussbericht künftig nicht wie bisher fakultativ entweder schon zum siebten Kursblock oder erst zum Abschlusskolloquium einreichen zu lassen, sondern obligatorisch vier Wochen vor dem siebten Wochenende, damit die Ausbildungsleiter genügend Zeit haben, die Berichte zu lesen.

Die praktische Arbeit mit den laufenden Supervisionsfällen erlebten wir als ein Herzstück der Supervisoren-Ausbildung. Wir gewannen viele Erkenntnisse charakteristischer Schwierigkeiten der supervisorischen Prozesse im ambulanten und stationären Setting (z. B. typische Anfängerfehler bei der Wahl der Supervisanden, Einflüsse hierarchischer Verstrickungen, Parallellphänomene, um nur einige anzudeuten).

Daher sollen in diesem Themenheft in einem gesonderten Artikel diese Erfahrungen ausführlich vermittelt werden.

Das Abschlusskolloquium am achten Wochenende

Das Abschlusskolloquium dauerte zwei Tage. Für jede/n TeilnehmerIn standen dreißig Minuten Einzelgespräch zur Verfügung. Es sollte keine Prüfung sein, sondern ein kollegiales Gespräch mit den beiden Ausbildungsleitern, in dem nochmal einige wichtige Dimensionen der gemeinsam erlebten, supervisorischen Tätigkeit reflektiert wurden, die wir für eine gute Supervision für bedeutsam hielten.

Bezugnehmend zum Teilnehmer und dessen Abschlussbericht wurden folgende Dimensionen berührt: Reflexion der Vorgeschichte, Reflexion des Supervisions-Settings, Klärung des Supervisions-Auftrags, Reflexion der Beziehung von TherapeutIn und PatientIn, Reflexion der Beziehung von TherapeutIn und SupervisorIn, Reflexion möglicher Parallellprozesse. Wie wurde das Verständnis der Psychodynamik des Patienten bei dem Supervisanden gefördert? Wie verlief die Metakommunikation über die Beziehung Supervisor-Supervisand? Teach or treat?

Die Einschätzung der Bewältigung dieser vielfältigen Aufgaben war unterschiedlich, aber alle Teilnehmenden erhielten ihr qualifizierendes Zertifikat, das sie bei einer Ärztekammer bzw. Approbationsbehörde im Rahmen einer angestrebten Anerkennung für externe Supervision einreichen können.

Parallel zum Kolloquium fand für die Teilnehmenden ein Coaching-Schnupperkurs statt, der von Prof. Dr. Sulz geleitet wurde.

In einer Abschlussrunde mit allen an der Ausbildung Beteiligten wurden nochmals Fragen reflektiert, die die gesamte Ausbildung betrafen: Was nehmen die Teilnehmenden mit? Was fehlte, was hätten sie sich anders gewünscht? Was würden sie im Nachhinein anders machen mit den Erkenntnissen, die sie im Kurs gewonnen haben? Was sind die wichtigsten Qualifikationen, die eine gute Supervision ausmachen?

Das Feedback für die Ausbildung fiel sehr positiv aus. Alle Teilnehmenden waren sich einig in der Meinung, dass ihnen sehr deutlich geworden sei, wie anspruchsvoll und komplex die supervisorische Aufgabe sei und dass daher eine spezielle, systematische Supervisoren-Ausbildung sinnvoll sei.

Das Modell der CIP Supervisoren-Ausbildung habe sich bewährt, vor allem auch mit Einschluss der Triadenarbeit und der Selbsterfahrungsgruppe, die als unverzichtbar notwendig erlebt wurde.

Die Verabschiedung fand bei einem feierlichen Essen statt mit Überreichung der Urkunden und einem Rückblick auf zwei gemeinsame Jahre eines sehr fruchtbaren fachlichen und menschlichen Austauschs.

Literatur

- Blos, P. (2001). *Adoleszenz: eine psychoanalytische Interpretation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ermann, M. (2004). Die tiefenpsychologisch fundierte Methodik in der Praxis. Die Spezifizierung des psychodynamischen Ansatzes in der Richtlinienpsychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 20, 300-313.
- Härdtle, R. (2004). Zum Verhältnis von TfP und Psychoanalyse. Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als eigenständiges Verfahren oder von der Psychoanalyse abgeleitete Methode. *Psychodynamische Psychotherapie*, 3, 85-98.
- Mentzos, S. (2012). *Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Mertens, W. (2004). Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 20, 18-22.
- Mertens, W. (2013). Das Unbewusste – Metamorphosen eines Kernkonzepts. *Psyche* 9,10. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rüger, U., Dahm, A. & Kallinke D. (Hrsg.) (2009). *Faber-Haarstrick: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (9. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Staats, H., Falck, O., Dally, A., Döring, P. (2014). Gruppen leiten lernen. Selbsterfahrung und Supervision in einer Gruppe? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik. Zeitschrift für Theorie und Praxis der Gruppenanalyse*. 50 Jahrg., 4/2014, Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Willi, J. (1975). *Die Zweierbeziehung*. Reinbeck: Rowohlt.
- Wöller, W. & Kruse, J. (2010). *Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*. Stuttgart: Schattauer.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Regine Scherer-Renner
Kaiserplatz 11 | 80803 München | scherer-renner@gmx.de

Anhang 1: Tiefenpsychologische Supervisoren-Ausbildung 2013 CIP-Akademie

		1. Block	Einführung in die Supervisoren-Ausbildung	Std.
Fr	07.06.13	Mertens/Scherer-Renner	Einführung in die Konzeption tiefenpsychologischer Psychotherapie	8
Sa	08.06.13	Mertens/Scherer-Renner	Fokus und Ziele der tiefenpsychologischen Psychotherapie. Psychodynamische Diagnostik und OPD	8
So	09.06.13	Mertens/Scherer-Renner	Psychodynamische Supervisionskonzepte – von der Theorie zur Praxis	8
		2. Block	Selbsterfahrung I	
Fr	20.09.13	Mertens/Scherer-Renner	Selbsterfahrung 1	8
Sa	21.09.13	Mertens/Scherer-Renner	Selbsterfahrung 2	8
So	22.09.13	Mertens/Scherer-Renner	Selbsterfahrung 3	8
		3. Block	Spezielle Neurosenlehre – Praxis der Supervision	
Fr	15.11.13	Vogel	Psychodynamische Setting-Reflexion. Supervision eigener Supervisionen	8
Sa	16.11.13	Scherer-Renner	Theorie der Hysteriebehandlung. Supervision eigener Supervisionen	8
So	17.11.13	Mertens	Theorie der Angstbehandlung. Supervision eigener Supervisionen	8
		4. Block	Strukturelle Störungen und Supervision	
Fr	07.02.14	Mertens	Mentalisierungsdefizite. Supervision eigener Supervisionen	8
Sa	08.02.14	Vogel	Supervision und Strukturelle Störungen. Supervision eigener Supervisionen	8
So	09.02.14	Scherer-Renner	Struktur und Konflikt. Supervision eigener Supervisionen	8
		5. Block	Behandlungstechnik und Kasuistik	
Fr	09.05.14	Scherer-Renner	Traumarbeit. Supervision eigener Supervisionen	8
Sa	10.05.14	Vogel	Übertragung u. Gegenübertragung. Supervision eigener Supervisionen	8
So	11.05.14	Mertens	Konzepte des Widerstands. Supervision eigener Supervisionen	8
		6. Block	Selbsterfahrung II	
Fr	20.09.13	Mertens/Scherer-Renner	Selbsterfahrung 1	8
Sa	21.09.13	Mertens/Scherer-Renner	Selbsterfahrung 2	8
So	22.09.13	Mertens/Scherer-Renner	Selbsterfahrung 3	8
		7. Block	Vorstellung des laufenden Supervisionsfalls	
Fr	21.11.14	Mertens – 14 -19.30 Uhr	Vorstellung des laufenden Supervisionsfalls	7
Sa	22.11.14	Vogel	Vorstellung des laufenden Supervisionsfalls	8
So	23.11.14	Scherer-Renner	Vorstellung des laufenden Supervisionsfalls	8
		8. Block	Abschlusskolloquium	
Fr	27.02.15	Mertens/Scherer-Renner	Abschluss-Seminar und parallel	8
Sa	28.02.15	Mertens/Scherer-Renner	Coaching-Schnupperkurs (Sulz)	8
Jeweils von 9.00 bis 17:00 Uhr im CIP				183

Anhang 2

Literatur zum ersten Block der Supervisoren-Ausbildung der CIP-AKADEMIE Psychodynamische/Tiefenpsychologische Psychotherapie

1. Die Konzeption tiefenpsychologischer Psychotherapie

- Ermann, M. (2004). Die tiefenpsychologisch fundierte Methodik in der Praxis. Die Spezifizierung des psychodynamischen Ansatzes in der Richtlinienpsychotherapie. *Forum der Psychoanalyse*, 20, 300-313.
- Ermann, M., (2005). Explizite und implizite psychoanalytische Behandlungspraxis. *Forum der Psychoanalyse*, 21, 3-13.
- Härdtle, R. (2004). Zum Verhältnis von TfP und Psychoanalyse. Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als eigenständiges Verfahren oder von der Psychoanalyse abgeleitete Methode. *Psychodynamische Psychotherapie*, 3, 85-98.
- Jaeggi, E. & Riegels, V. (2009). *Techniken und Theorien der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie* (2. Auflage). Stuttgart: Klett Cotta.
- Jaeggi, E., Gödde, G., Hegener, W. & Möller, H. (2003). *Tiefenpsychologie lehren – Tiefenpsychologie lernen*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Jungclaussen, I. (2013). *Handbuch Psychotherapie-Antrag. Psychodynamisches Verstehen und effizientes Berichts schreiben in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Krill, M. (2008). *Das Gutachterverfahren für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. Ein Handbuch*. Gießen: Psychosozial.
- Küchenhoff, J. (2005). *Psychodynamische Kurz- und Fokalthherapie. Theorie und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. & Jakobsen, T. (2002). Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im Gutachterverfahren. Gutachterliche Stellungnahmen im Vergleich. *Forum der Psychoanalyse*, 18, 381-386.
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Rüger, U. Dahm, A. & Kallinke, D. (2012). *Kommentar Psychotherapie Richtlinien* (9. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Wöller, W. & Kruse, J. (2010). *Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*. Stuttgart: Schattauer.

2. Fokus und Ziele der TP/ Psychodynamische Diagnostik und OPD

- Ambühl, H. & Orlinski, D. (1999). Therapieziele aus der Perspektive der PsychotherapeutInnen. In H. Ambühl & B. Strauß (Hg.). *Therapieziele* (S. 319-334). Göttingen: Hogrefe.
- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Hans Huber.
- Grande, T. (2007). Wie stellen sich Konflikt und Struktur in Beziehungen dar? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 144-162.

- Hohage, R. (2011). Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Behandlungsplanung – Kassenanträge – Supervision. V. a. Kap. 3 (5. vollst. überarb. u. erweit. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Holmes, J. (1998). The changing aims of psychoanalytic psychotherapy: An integrative perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 227-240.
- Klüwer, R. (2006). Die vollständige psychoanalytische Methode und ihre klinische Anwendung. Zur vernachlässigten Dimension des Fokalen. *Psyche – Z Psychoanal*, 60, 1105-1100.
- Lachauer, R. (2004). *Der Fokus in der Psychotherapie* (3. Auflage). Stuttgart: Pfeiffer.
- Lachauer, R. (2005). Du sollst Dir ein Bild machen. Fokus – Metapher – psychoanalytische Heuristik. *Forum der Psychoanalyse*, 21, 14-29.
- Mertens, W. (2000). *Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd. 1 Kap. 2: Behandlungsziele der Psychoanalyse* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (2012). Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S. 152-190) (5. Auflage). Stuttgart: Thieme.
- Raphling, D.L. (2002). Psychic change in analysis: its relation to analyst's and patient's goals. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50, 765-777.
- Strauß, B. (1999). Therapieziele in der psychoanalytischen Therapie. In H. Ambühl & B. Strauß (Hg.), *Therapieziele* (S. 91-115). Göttingen: Hogrefe.

3. Psychodynamische Supervisionskonzepte – von der Theorie zur Praxis:

- Berman, E. (2000). Psychoanalytic supervision: The intersubjective development. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 273-290.
- Buchholz, M. (2001). Supervision. Lehren aus der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 17, 271-286.
- Buchinger, K. (1988). Teamsupervision in Institutionen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 24, 1-14.
- Buchinger, K. (1993). Die Bedeutung psychoanalytischer Konzepte für Supervision. *Supervision*, 23, 36-46.
- Dammasch, F. Metzger, G.-H. & Overbeck, A. (1997). „... Es war ja mein Anliegen, die ... äh ... Patientin ...“ In M. Buchholz und N. Hartkamp (Hg.), *Supervision im Fokus. Polyzentrische Analysen einer Supervision* (S. 145-189). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Graf-Deserno, S. & Deserno, H. (1998). *Entwicklungschancen in der Institution. Psychoanalytische Teamsupervision*. Frankfurt/M.: S. Fischer (Geist u. Psyche).
- Haesler, L. (1996). Der angemessene Abstand in der Beziehung zwischen Supervisor und Kandidat. *Psyche – Z Psychoanal*, 50, 321-337.
- Kahl-Popp, J. (2010). Kontextanalytische Supervision in der psychoanalytischen Ausbildung. *Psychotherapeut*, 55, 471-476.
- Kettner, M. (1995). Psychoanalytische Deutungsmuster. Plädoyer für die diskursive Erforschung der Supervision. In E. Kaiser (Hg.), *Psychoanalytisches Wissen* (S. 265-282). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Klüwer, R. (2010). Mein Konzept der Supervision. *Forum der Psychoanalyse*, 26, 175-184.
- Kutter, P. (1990a). Spiegelungen und Übertragung in der Supervision. In H. Pühl (Hg.), *Handbuch der Supervision* (S. 52-62). Berlin: Marhold.
- Kutter, P. (1990b). Das direkte und indirekte Spiegelphänomen. In H. Pühl (Hg.), *Handbuch der Supervision* (S. 191-201). Berlin: Marhold.
- Lane, R.C. (Ed.) (1990). *Psychoanalytic approaches to supervision*. New York: Brunner/Mazel.
- Lester, E.P. & Robertson, B.M. (1995). Multiple interactive processes in psychoanalytic supervision. *Psychoanalytic Inquiry*, 15, 211-225.

- Lohmer, M. (2000). *Psychodynamische Organisationsberatung. Konflikte und Potentiale in Veränderungsprozessen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- McKinney, M. (2000). Relational perspectives and the supervisory triad. *Psychoanalytic Psychology*, 17, 565-584.
- Metzger, H.G. (1999). Die triadische Struktur der Supervision. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, XIV, 74-97.
- Ogden, T.H. (2005). On psychoanalytic supervision. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 1265-1280.
- Overbeck, A. (1995). Der Triangulierungsprozeß als Grundlage von Symbolbildung und Erkenntnis – diskutiert am Beispiel eines psychoanalytisch-hermeneutisch ausgewerteten Supervisionsprotokolls. In G. Schneider & G.H. Seidler (Hg.), *Internalisierung und Strukturbildung. Theoretische Perspektiven und klinische Anwendungen in Psychoanalyse und Psychotherapie* (S. 159-180). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Pühl, H. & Schmidbauer, W. (Hg.) *Supervision und Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: S.Fischer (Geist und Psyche).
- Raguse-Stauffer, B. (1994). Was wirkt in der Supervision? *Wege zum Menschen*, 46, 442-456.
- Scharff, J.M. (1994). Psychoanalytisch orientierte 10-Stunden-Beratung im Spiegel der Supervision. *Psyche - Z psychoanal*, 48, 324-360.
- Schindelheim, J. (1995). Learning to learn, learning to teach. *Psychoanalytic Inquiry*, 15, 153-168.
- Sedlak, V. (2003). The patient's material as an aid to the disciplined working through of the counter-transference and supervision. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 1487-1500.
- Szecsödy, I. (2007). Zur Dynamik der Interaktion in der Supervision. *Forum der Psychoanalyse*, 23, 393-401.
- Szecsödy, I. (2008). Does anything go in psychoanalytic supervision? *Psychoanalytic Inquiry*, 28, 373-386.
- Szönyi, G. (1999). Das therapeutische Moment in der Supervision. *Zeitschrift für psychoanalytische Theorie und Praxis*, XIV, 59-69.
- Wellendorf, F. (1991). Supervision als Institutionsanalyse. In H. Pühl & W. Schmidbauer (Hg.) *Supervision und Psychoanalyse* (S. 49-65). Frankfurt/M.: S. Fischer (Geist u. Psyche).