

Wolfgang Mertens

Einige Gedanken zur tiefenpsychologischen Supervision

Some Thoughts on Psychodynamic Supervision

Nach einigen Überlegungen, worin sich tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie tatsächlich unterscheiden, und der Frage, ob das Supervidieren tiefenpsychologisch orientierter Therapien möglicherweise noch mehr Kompetenzen erfordert als das analytischer Psychotherapien, erfolgt ein kurzer Überblick über die Notwendigkeit eines fundierten Konzeptwissens angesichts des gegenwärtigen theoretischen Pluralismus. Aber erst die emotionale Kompetenz des Supervisors ermöglicht ein Erkennen, wie offen sein Supervisand gegenüber den Emotionen seines Patienten sein und wie gut er sich auf die verschiedenen unbewussten Rollenangebote einlassen kann. In den abschließenden Gedanken wird unter anderem noch einmal auf die bisherige Annahme einer automatischen Doppelkompetenz von LehrtherapeutIn und SupervisorIn kritisch eingegangen.

Schlüsselwörter

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – analytische Psychotherapie – Anforderungen an den tiefenpsychologischen Supervisor – theoretische Pluralität – emotionale Kompetenzen – Doppelqualifikation

After some considerations on the differences between psychodynamic oriented and analytical oriented psychotherapy and the question whether the supervision of psychodynamic oriented psychotherapy requires even more competence than the one of analytical oriented psychotherapy, a short overview on the necessity of a solid conceptual knowledge structure in the light of the present theoretical pluralism is following. But in first place it is the supervisor's emotional competence which enables an understanding of the supervisee's openness which he shows for the emotions of his patient and how he is able to get involved with the patient's different unconscious offers of a role. In the concluding remarks the previous assumptions of an automatically supposed double competence of training therapist and supervisor are amongst others once again critically questioned.

Keywords

psychodynamic psychotherapy – analytic psychotherapy – demands on the psychodynamic supervisor – theoretical pluralism – emotional skills – double qualification

Einleitung

Welches sind Anforderungen an eine gute Supervision im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie aus heutiger Sicht? Um diese Frage zu klären, ist zunächst ein kurzer Überblick über einige Besonderheiten der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in Abgrenzung zur analytischen Psychotherapie notwendig. Erst dann kann die Frage beantwortet werden, welche zusätzlichen Qualifikationen ein Supervisor im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie aufweisen sollte. Die folgenden Überlegungen zur Supervision beziehen sich überwiegend auf Personen, die sich in Aus- und Weiterbildung zum Psychotherapeuten befinden. Hierbei vermitteln erfahrene PraktikerInnen ihr Wissen und Können angehenden PsychotherapeutInnen. Über andere Felder und Anwendungsbereiche von Supervision in verschiedenen Settings und Institutionen schreibt in diesem Heft Herr Vogel.

Lange Zeit herrschte die Einstellung vor: Wenn man etwas von Therapie versteht, beherrscht man selbstverständlich auch das Handwerk der Supervision. Seit einigen Jahren wird diese Auffassung aber gründlich in Frage gestellt. Analysieren/Therapieren unterscheidet sich hinsichtlich einiger Kompetenzen deutlich vom Supervidieren. Denn beim Supervidieren sind auch didaktische Fähigkeiten gefragt, die über das Zuhören und Intervenieren hinausgehen. Dieser didaktische Aspekt ist nicht nur für PsychotherapeutInnen, die sich in Ausbildung befinden wichtig, sondern auch für bereits längere Zeit im stationären und ambulanten Bereich Tätigen. Es geht nicht nur darum, Diagnosen der Störungen eines Patienten vorzunehmen, blinde Flecke eines Supervisanden aufzuspüren oder Probleme aufgrund von Verstrickungen oder Sackgassen zu klären, sondern auch die Vielfalt der möglichen diagnostischen und dynamischen Hypothesen bereitzustellen, um Engführungen des diagnostischen und therapeutischen Handelns zu vermeiden, Weiterentwicklungen der zeitgenössischen Psychoanalyse/Tiefenpsychologie aufzuzeigen und miteinander zu diskutieren. Und selbstverständlich geht es auch darum, mögliche Parallelprozesse zu erkennen und sie mit didaktischem und therapeutischem Gespür für das tiefere Verstehen eines Patienten anzusprechen.

Einige Überlegungen zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Die keineswegs einfache Abgrenzung der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) von der analytischen Psychotherapie (AP) trägt zu einer weiteren Komplikation bei. So trifft man z. B. in der Literatur die Auffassung an, dass „die Psychoanalyse“ (gemeint ist damit zumeist die AP) sich überwiegend biografisch rückwärtsgerichtet mit krankheitsspezifischen Kindheitskonflikten befasse, während die TP die Gegenwartskonflikte im Hier und Jetzt bearbeite. Vor dem Hintergrund von Prozessen der Übertragung und Gegenübertragung komme es in der TP zu einer stabilen Beziehung, in der dann auch der Zugang zu lebensgeschichtlich früheren Erinnerungen möglich werde. Insbesondere bei PatientInnen mit strukturellen Störungen übernehme der Therapeut zeitweise Ichfunktionen für seinen Patienten. Wegweisend für die TP seien aktuelle psychische Konflikte, weshalb zentrale Beziehungskonflikte zur Bearbeitung anstünden. Wegen der kürzeren Stundenanzahl seien konkrete Teilziele sinnvoll, die den Vorstellungen des Patienten zu folgen haben und nicht analytische Ziele, welche vor allem die Durcharbeitung einer Übertragungsneurose zum Inhalt hätten.

Tatsächlich ist diese Beschreibung der Unterschiede zwischen analytischer Psychotherapie (AP) und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) in einigen Punkten nicht zutreffend. Die Definition der beiden aus der Psychoanalyse abgeleiteten Verfahren, AP und TP, die seit einigen Jahren auch unter dem Oberbegriff der psychodynamischen Psychotherapien zusammengefasst werden, wurde vor fast einem halben Jahrhundert im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien erstmalig vorgenommen. Obwohl die Definition seitdem mehrere Neufassungen erfuhr (s. Rüger et al., 2012), zeigen die Erfahrungen aus der Praxis aber, dass die beiden Verfahren keineswegs so gehandhabt werden, wie es ihre ursprünglichen Erfinder vorgesehen haben. Das Verständnis einiger zugrundeliegender Konzepte hat sich seitdem ebenfalls verändert. Zur weiteren Komplikation trägt der Umstand bei, dass in diversen Veröffentlichungen nicht nur vereinfachende, sondern auch irreführende Charakterisierungen vorgenommen werden.

So geht es in der AP um das Kennenlernen und Aufdecken der unbewussten Bedeutungen von Handlungen, die sich im Hier und Jetzt ereignen. Ein Großteil davon betrifft Konflikte, die ein Patient über seine gegenwärtigen interpersonellen Beziehungen berichtet sowie die damit zusammenhängenden und zunächst unerklärlichen Symptome wie zum Beispiel Depressionen, Ängste oder Somatisierungsstörungen. Zwar müssen im Antragverfahren zur Kostenübernahme im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Überlegungen zur Psychogenese ausgeführt werden, doch bedeutet dies nicht, dass in der AP gegenwärtige Konflikte auf entsprechende Kindheitskonflikte zurückgeführt werden und somit schwerpunktmäßig eine Bearbeitung der Kindheitskonflikte angestrebt würde. Genetische Deutungen – die in der Praxis aber zweifelsohne immer noch erfolgen – gelten seit einigen Jahrzehnten eher als therapeutenseits erfolgte Abwehr des Beziehungserlebens im Hier und Jetzt (s. Mertens, 2004). Auch die Auffassung, dass eine Rekonstruktion der in der (frühen) Kindheit erfolgten Traumatisierungen und entstandenen Konflikte im Sinne der Erlangung einer „historischen Wahrheit“ möglich sei, wird seit geraumer Zeit eher einer positivistischen Denkhaltung zugeschrieben. „Wahrheit“ in einem zeitgenössischen, intersubjektiven Verständnis kann immer nur als „narrative Wahrheit“ verstanden werden, an dessen Konstruktion sowohl der Therapeut mit seiner Subjektivität, seinen theoretischen Präkonzeptionen und seiner „Restneurose“ als auch der Patient beteiligt sind. Hypothesen über mögliche (Entwicklungs-) Traumatisierungen, Konflikte und unzureichende Entwicklung von Ich-Kompetenzen in der Kindheit müssen deshalb mit Vorsicht vorgenommen werden, vor allem dann, wenn noch zu wenig Anhaltspunkte über die vielfältigen Phantasiebildungen, lebensaltersspezifischen Einschränkungen und Verzerrungen von Phantasien/Kognitionen sowie ständigen Überarbeitungen dieser Gedächtnisbildungen gegeben sind (z. B. Erreich, 2003/2016). Bedauerlicherweise werden diese genuin psychodynamischen Konstrukte häufig nicht zur Kenntnis genommen und stattdessen erfolgen nicht selten reduktive Kurzschlüsse zum Beispiel der folgenden Art: Die als unempathisch und lieblos erinnerte Mutter ist die „Ursache“ der in der Gegenwart auftretenden Depression; der übermäßige Alkoholkonsum eines Vaters ist die Ursache für die in der Gegenwart eingeschränkte sexuelle Lust einer Patientin; die das Kind im Übermaß motorisch kontrollierende Mutter ist die Ursache für die zwangsneurotischen Symptome des jetzt erwachsenen Patienten.

Wenn Deutungen der Übertragung eingesetzt werden, stehen in der AP eher Deutungen im Hier und Jetzt im Mittelpunkt wie z. B. „Sie erzählten mir soeben erneut von Ihrem strengen Vater. Kann es sein, dass Sie mich auch als streng erleben?“ Wenn gelegentlich Bezugnahmen auf die Vergangenheit erfolgen, dann wird nicht mehr das Hier und Jetzt als Zugang zur Vergangenheit betrachtet, die es möglichst genau zu rekonstruieren und bewusst zu machen gilt, sondern Annahmen über die Vergangenheit werden als eine Möglichkeit betrachtet, genauere Aufschlüsse über Konflikte und Ich-Einschränkungen in gegenwärtigen Beziehungen zu erhalten.

Ansonsten herrscht eine Vielzahl von Interventionen vor, die sich auf einem Kontinuum von Sicherheit vermittelnden, Selbstwert verstärkenden, Ressourcen aufbauenden, Ich-Kompetenzen fördernden, Dissoziationen bearbeitenden, Abwehrvorgänge ansprechenden und damit zur Konflikt- und Problembewältigung beitragenden Interventionen reichen. Je nach Vulnerabilität des Patienten, Sicherheit des Arbeitsbündnisses, Bewusstseinszugänglichkeit, erreichter Reflexionsfähigkeit und Auseinandersetzungsbereitschaft sowie dem Prozessverlauf werden Interventionen eingesetzt, die von expressiver Psychotherapie bis hin zu klarifizierenden, konfrontierenden und Konflikt aufdeckenden und durcharbeitenden analytischen Maßnahmen reichen (s. Mertens, 2014).

Dies ist nun im Prinzip in der TP nicht anders. Auch hier gilt es, die Auswirkungen von (Entwicklungs-) Traumatisierungen und unbewusst gebliebenen Konflikten sowie ichstrukturelle Beeinträchtigungen (präzise erfassbar mit der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturachse der OPD-2) zu erkennen und zu bearbeiten. Somit spielt auch in diesem Therapieverfahren die bereits von Freud genannte Ichstärke eine zentrale Rolle. Diese wurde vor allem in der amerikanischen Ich-Psychologie immer wieder zu operationalisieren versucht und sie fand schließlich in der von dem deutschen Arbeitskreis OPD ausgearbeiteten operationalisierten psychodynamischen Diagnostik mittlerweile eine weite Verbreitung (s. Arbeitskreis OPD, 2006). Auch tiefenpsychologisch orientierte PsychotherapeutInnen arbeiten ebenfalls häufig mit PatientInnen, die eine nur mäßige oder gar gering integrierte Struktur aufweisen (was kürzlich auch zu einer Änderung des Kommentars zu den Psychotherapie-Richtlinien geführt hat).

Was hat es nun mit der Regression in den beiden Verfahren auf sich? Inwieweit spielen hierbei die kürzere Stundenzahl der TP (50, 80, in Ausnahmefällen 100 Stunden) sowie die Sitzungsfrequenz (in der Regel einstündig und im Sitzen) eine Rolle? In älteren Veröffentlichungen wurde davon ausgegangen, dass die in der AP aufgrund des Liegens, der höheren Stundenzahl (160, 240, in Ausnahmefällen 300) sowie der höheren Sitzungsfrequenz (in der Regel zwei- bis dreistündig) erzielte Regression einen besseren Zugriff auf das frühe Kindheitserleben, das im Vergangenheits-Unbewussten (Sandler & Sandler, 1985) kodiert ist, ermögliche. Richtig daran ist aber Folgendes: PatientInnen kommen bereits in einem mehr oder weniger regredierten Zustand in die Psychotherapie. Denn sobald ihre Konflikte aktualisiert werden, erfolgt auch ein Einbruch der bisher erreichten Ich-Kompetenzen und Kompromissbildungen. Stärker beeinträchtigte PatientInnen weisen ohnehin nur eine gering integrierte Struktur auf. Und das Vergangenheits-Unbewusste, vor allem im Sinne impliziter Gedächtnisstrukturen ist auf Schritt und Tritt aktiv; es zeigt sich in allen Verhaltensweisen/Handlungen, die wenig oder gar nicht symbolisiert und mentalisiert sind. Es braucht somit nicht durch bestimmte Maßnahmen z. B. regressionsfördernder Art eigens aktiviert zu werden. Es darf auch nicht übersehen werden, dass PatientInnen

zumeist stabile Kompromissbildungen entwickelt haben, die ihnen trotz mannigfaltiger Probleme und Einschränkungen dennoch ein Minimum an Wohlbehagen vermitteln. Eine Veränderung dieser Arrangements ist mit einem großen Schamgefühl verbunden. Insofern werden die erreichten Kompromissbildungen über längere Zeit mit vielen Rationalisierungen aufrechterhalten, um der Versuchung widerstehen zu können, den allzeit wachen und abwehrbereiten Bewusstseinszustand aufgeben zu müssen. Zwar zielen die Grundregel der freien Assoziation, die geduldige und nicht verurteilende Haltung des Therapeuten darauf ab, die Anti-Regression (Sandler & Sandler, 1993) aufzulockern, doch dauert es manchmal fast bis ans Ende einer langen Therapie, bis ein Patient darauf vertrauen kann, nicht mehr im Übermaß beschämt und beschuldigt zu werden.

Dennoch kann das Liegen möglicherweise zu einer stärkeren Aktivierung des rechtehemisphärischen Gehirns (Schore, 2007) und mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem Bewusstseinsmodus führen, der seit einigen Jahren als „default mode network“ beschrieben wird (s. Raichle et al., 2001). In diesem „Ruhezustands-Netzwerk“ oder „stand-by-Modus“ des Gehirns weisen bestimmte Gebiete im Gehirn eine größere Aktivität auf, wenn die betreffende Person sich kognitiv in einem Ruhezustand befindet, also z. B. an nichts Besonderes denkt, keine Aufgaben oder Probleme zu lösen versucht. Dann können spontan Bilder und Einfälle auftauchen und die Gedanken wandern gleichsam herum und lassen verschiedene emotionale Tönungen anklingen.

Einige Knoten spielen innerhalb dieses Netzwerks eine Schlüsselrolle auch im nächtlichen Träumen. Deshalb sind auf einer funktionalen Ebene die Ähnlichkeiten zwischen dem Ruhezustands-Netzwerk und dem Träumen augenfällig. Im Default-Zustand werden sogenannte stimulus-unabhängige Gedanken erzeugt und Träume lassen sich nachgerade als stimulus-unabhängige Gedankengebilde und Geschichten charakterisieren. Denn als Träumender ist man weitgehend von der Wahrnehmung der realen äußeren Welt abgeschlossen; alle Stimuli, die für die Generierung von Geschichten verwendet werden, stammen aus der inneren Traumwelt.

Es wäre nun aber verfehlt, diesen Modus als regressiv zu bezeichnen. Allenfalls weist er Ähnlichkeiten mit der von Ernst Kris (1952) beschriebenen „Regression im Dienste des Ich“ auf. Dabei handelt es sich aber um keine Verschlechterung im Sinne eines Absinkens der Integration von ichstrukturellen Kompetenzen, sondern um eine Neukalibrierung von vertrauten Denk- und Erlebnisweisen. Aber nicht so sehr das logische Problemlösen steht hierbei im Vordergrund, sondern das phantasierende und imaginierende, ganzheitlichere Erleben.

Das Liegen auf der Couch führt aber keineswegs immer zu diesem imaginativen, träumerischen Erlebniszustand. Ebenso wie im nächtlichen Traum Erzählungen und Szenenabfolgen durch so genannte Interrupts (Moser & v. Zepelin, 1996) plötzlich abbrechen können, weil die Emotionsregulierungskompetenz des Träumenden versagt, so versuchen auch PatientInnen auf der Couch in der analytischen Psychotherapie diesen träumerischen Zustand anti-regressiv immer wieder zu kontrollieren, weil er emotional zu intensive Bilder und Einfälle zur Folge haben könnte.

Aber auch das Gegenübersitzen in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie kann durchaus Momente des Ruhezustands-Modus aufweisen; in der Regel herrscht jedoch eine stärkere Empfänglichkeit für Reize aus der äußeren Welt vor, was in diesem Fall vor allem mimische und gestische Cues des Therapeuten sind. Bewusst und unbewusst reagieren viele PatientInnen bereits auf winzige mimische Anzeichen im Gesicht ihres

Therapeuten, was für manche PatientInnen ungemein beruhigend und Halt gebend, für andere wiederum eine starke Dialogsteuerung bedeuten kann. Das Sitzen erleichtert aber nicht nur eine emotional korrigierende Beziehungserfahrung, wie Plab (2014) insinuiert, sondern kann auch, wie Krause (2012) experimentell aufgezeigt hat, zu einer Verstärkung der Affektabwehr beim Patienten führen, wenn sich der Therapeut in seiner Mimik ihm selbst nicht bewusst überwiegend oder gar ausschließlich konkordant verhält. Nur am Rande sei angemerkt, dass die vor allem durch die Einbeziehung von Befunden aus der Säuglings- und Kleinkindforschung sowie aus der Affektforschung erfolgende gegenwärtige Fokussierung auf die Mimik übersehen lässt, wie wichtig weiterhin der sprachliche Dialog in explizit inhaltlicher, aber vor allem hinsichtlich seiner impliziten, pragmatischen, also beziehungssteuernden Funktionen ist.

Es scheint deshalb sinnvoll zu sein, nicht mehr wie im herkömmlichen Verständnis von einer Regression zu einem frühkindlichen Erleben auszugehen, die durch das Liegen auf der Couch, die hohe Stundenfrequenz und die Grundregel der freien Assoziation automatisch ermöglicht wird (s. Körner, 2014), sondern von einem veränderten Bewusstseinszustand, der im Wachen wie im Träumen, im Sitzen wie im Liegen, bei einer einstündigen wie auch bei einer mehrstündigen Stundenfrequenz eintreten kann.

Sicherlich spielen die Frequenz und Anzahl der Stunden in der AP aber eine Rolle: zum einen wegen der geringeren Abstände zwischen den Sitzungen, die für manche PatientInnen eine größere Sicherheit, Strukturierung und Vertrautheit bietet, zum anderen wegen der Länge der Therapie, die einen Durcharbeitungsprozess, der über das bloße „Antherapieren“ hinausgeht, überhaupt erst ermöglicht.

Wahrscheinlich ist das relativ knapp bemessene Zeitkontingent in der TP mit der wichtigste Grund, warum tiefenpsychologisch behandelte PatientInnen in der Durcharbeitung derjenigen Konflikte, die stärkere Angst auslösen, meist nicht sehr weit kommen. Es können aber durchaus eine erste, häufig jedoch eher kognitiv verbleibende Annäherung an die Konflikte erfolgen sowie das Einüben von bestimmten ichtstärkenden Maßnahmen, die eine Selbstwertstabilisierung zur Folge haben. Darauf verweisen mehrere empirische Studien (z. B. Rudolf et al., 2012; Hörz-Sagstetter & Mertens, 2017), in denen mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS) das Ausmaß der erreichten Umstrukturierung in verschiedenen ausgewählten Foki eingeschätzt wurde. Während PatientInnen in der länger dauernden AP häufiger die Stufe 5 erreichen, bei der eine Destabilisierung, Auflösung und Durcharbeitung von eingespielten Abwehrvorgängen auch in Form einer Charakterabwehr in mindestens zwei Foki (zum Beispiel einen Konflikt- und einen Strukturfokus betreffend) erzielt werden, erreichen PatientInnen in einer TP häufig nur die Stufe vier, bei der es zu einer Verbesserung des Selbstwerts, zur besseren Selbstbehauptung, zu einem kognitiv Kennenlernen der zu Grunde liegenden Konflikte, zu verbesserten Problemlösungen, aber nicht zu einer gründlicheren Bearbeitung der zu Grunde liegenden psychodynamischen Phänomene von Angst und Abwehr kommt. Viele PatientInnen in der TP scheinen sich aber mit diesen Teilresultaten zufrieden zu geben und offensichtlich auch ihre TherapeutInnen.

Es bleibt dennoch schwierig, generalisierende Aussagen über die optimale Stundenfrequenz und damit auch die Differenzialindikation für TP und AP zu machen (s. Blüml & Fischer-Kern, 2015; Stasch et al., 2014). Erschwerend kommt hinzu, dass wir in der Gegenwart ohnehin immer mehr PatientInnen antreffen, die eine geringere Frequenz und Therapiedauer anstreben, als sie von Seiten des Psychoanalytikers/Psychotherapeu-

ten angezeigt erscheint. Die einstündige Stundenfrequenz wird am häufigsten gewählt. Neben Gründen, die mit Motiven und Überzeugungen des Psychotherapeuten sowie mit dem geringeren Arbeitsaufwand beim Antragschreiben zu tun haben, könnte es eine zunehmende Scheu vor allem bei jüngeren PatientInnen geben, sich intensiver und auch über einen längeren Zeitraum an einen Psychotherapeuten zu binden (s. Dreher & Bolognini, 2014; Mertens, 2015). Sicherlich sollte aber therapeutenseits auch die von einem Patienten unbewusst angestrebte und von ihm vertretbare Bindungsintensität berücksichtigt werden, da die durch die Kassenfinanzierung vorgegebene zeitliche Limitierung vor allem bei trennungs- und bindungstraumatisierten PatientInnen potenziell retraumatisierend wirken kann.

Höhere Qualifikationsanforderungen für den tiefenpsychologischen Supervisor?

Warum verlangt nun aber die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie möglicherweise sogar mehr Kompetenzen vom Therapeuten als die analytisch orientierte Psychotherapie?

Seit geraumer Zeit wird der Beziehungsdimension in der therapeutischen Begegnung sehr viel mehr Aufmerksamkeit gewidmet als dies im klassischen medizinischen Modell der Fall war, nach dem sich die maßgeblichen Prozesse allein innerhalb des Patienten abspielen. Auch die herkömmliche Psychoanalyse räumte dem Austausch zwischen den verschiedenen Gedächtnissystemen, wie dem Bewusstsein und dem Unbewussten in Form von intrapsychischen Übertragungsprozessen in der Person des Patienten Priorität ein. Erst in den 1970er-Jahren geriet die klassische Ein-Personen-Psychologie immer stärker in die Kritik. Diverse psychoanalytische Objektbeziehungstheorien, die Selbstpsychologie, interpersonelle, relationale und intersubjektive Richtungen, die Einflüsse der Säuglings- und Kleinkindforschung machten deutlich, dass in jeder Intervention ein Beziehungsaspekt mitschwingt, der vor allem bei PatientInnen mit einer traumatisierten Kindheit stark in den Vordergrund rückt. Der Therapeut wird damit zu einem handelnden, einem „handelnd-teilnehmenden Beobachter“, dessen Mimik, Gestik und vor allem auch die Prosodie des Sprechens, in denen Emotionen/Gefühle kontinuierlich zum Ausdruck kommen, ständig vom Patienten wahrgenommen werden, wenngleich auch zu einem nicht geringen Anteil nicht-bewusst. Es gilt somit, als TherapeutIn die Aufmerksamkeit sowohl dem Beziehungsgeschehen als auch den Übertragungsprozessen zuzuwenden, dem interpersonellen und dem intrapsychischen Geschehen, die allerdings vielfältige Verflechtungen miteinander aufweisen (s. Ponsi, 1997). Gödde & Buchholz (2011) haben in diesem Zusammenhang von einem „horizontalen“ Unbewussten und einem „vertikalen“ Unbewussten“ gesprochen.

In dem relativ eng gesteckten Zeitrahmen der TP ist es auf keinen Fall einfach, diesen bifokalen Blick ausreichend zu berücksichtigen. Die vor allem bei PatientInnen mit einer mäßig integrierten Struktur oftmals überraschenden emotionalen Schwankungen im direkten Beziehungskontakt machen es für einen Therapeuten mitunter durchaus schwierig, mit diesen interaktionellen Botschaften im face-to-face-Kontakt mitzukommen und gleichzeitig die Übertragungsdimension nicht aus dem Auge zu verlieren (s. Moser, 2001

, der parallel laufende Beziehungs- und Übertragungserfahrungen unterscheidet). Der auf der Couch liegende Patient, der sich stärker im Raum des „vertikalen“ Unbewussten bewegt, lässt einenhingegen einige Sekunden länger Zeit, sich auf die interaktiven Signale einzustellen und nicht mit einer unmittelbaren Affektansteckung zu reagieren. Deshalb kommt es hier auch nicht so oft zu einem „Gegenübertragungssalat“ (Moser, 2005, S. 84). Die Notwendigkeit, in der TP dialogischer vorzugehen, lässt die interaktive Dimension und deren Regulierung sogar noch stärker in den Vordergrund treten. Selbstverständlich ist aber deshalb der Übertragungs-Gegenübertragungs-Kontext nicht zum Verstummen gebracht und muss ebenfalls berücksichtigt werden. Wenn man – wie oben beschrieben - vom Hier und Jetzt ausgeht, spricht nichts dagegen, Übertragungsdeutungen auch in der TP einzusetzen, sofern der Stand der Ich-Entwicklung und das Symbolisierungsvermögen dies zulassen. Des weiteren ist es wichtig, die Auswirkungen dieser Interventionen in den darauf folgenden Mitteilungen, die noch innerhalb der Stunde erfolgen können, sich möglicherweise aber auch erst in den folgenden Stunden manifestieren, minutiös im Auge zu behalten, um auf diese Weise festzustellen, wie sie vom Patienten erfahren worden sind. Oftmals beziehen sich dann die Mitteilungen über interpersonelle Konflikte und Vorgänge im Alltag des Patienten, vor allem aber auch Traumerzählungen auf die gerade ablaufenden Beziehungs- und Übertragungsprozesse im Hier und Jetzt. Wenn man die soeben geschilderte Auffassung von TP dem supervisorischen Prozess zugrunde legt, wird deutlich, welche Anforderungen an eine Supervisorin, einen Supervisor im Bereich der TP gestellt werden.

Zur Notwendigkeit eines fundierten Konzeptwissens

Regine Scherer-Renner hat bereits die Wichtigkeit des theoretischen Wissens erwähnt. Trotz der in der zeitgenössischen Psychoanalyse und Tiefenpsychologie als so bedeutsam hervorgehobenen Rolle der Einfühlung, des Containing, der Regulierung von unerträglichen Emotionen, des spiegelnden Anerkennens, der Intuition und des impliziten Handelns in einer individuellen Zweiersonnen, gilt es daran festzuhalten, dass analytisches und therapeutisches Praktizieren durchaus theoriegeleitet vonstatten geht, auch wenn die Theoriefolien häufig nur implizite Wissensbestände verkörpern. Theoretische Konzepte impliziter wie expliziter Art müssen aber auf einen ganz bestimmten Patienten und auf eine ganz bestimmte Beziehungssituation angewendet werden. Viele Male hat ein angehender Therapeut in seiner Ausbildung zum Beispiel von szenischem Verstehen, Übertragungs- und Widerstandsdeutungen, von Beziehungs- und Affektregulierung, von verschiedenen Formen der Angst und der Depression, von „toten Müttern“ und in ihrer Triangulation versagenden Vätern, von interkulturellen Sprachbarrieren und unterschiedlichen Moralvorstellungen in anderen Kulturen gehört. Nun aber geht es darum, diese Konzepte auf einen ganz bestimmten Menschen anzuwenden, bei dem Vieles anders zu sein scheint, als es in der Theorie gelehrt und gelernt wurde. Es gilt somit abstraktes Konzeptwissen unter Berücksichtigung vieler moderierender Bedingungen auf einen konkreten Menschen in einer ganz bestimmten Interaktion mit seinem Therapeuten anzuwenden.

Untersuchungen von AusbildungskandidatInnen bezüglich ihrer Wünsche an SupervisorInnen ergaben, dass vor allem KandidatInnen, die am Beginn ihrer Ausbildung stehen,

sich ein klares und verständliches Konzeptwissen erhoffen (Moga & Cabaniss, 2014; Nagell et al., 2014). Aber auch zu späteren Zeitpunkten bleibt dieses selbstverständlich wichtig. Die Wissensbestände in der Psychoanalyse/Tiefenpsychologie verändern sich selbstverständlich wie in anderen Disziplinen auch und deshalb gilt es Schritt zu halten mit neuen Erkenntnissen in der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie, allgemeinen und speziellen Krankheitslehre, Persönlichkeitspsychologie, Behandlungstechnik, Psychotherapieforschung sowie in den angrenzenden interdisziplinären Wissenschaften, wie Cognitive Science und Neuropsychologie und -biologie, Gedächtnis- und Emotionspsychologie u. a. m.

In aller Kürze seien beispielhaft für den Bereich der Behandlungstechnik einige ausgewählte Zuhör-Perspektiven, die im gegenwärtigen psychoanalytischen Behandlungsvorgehen eine Rolle spielen, genannt, um die Theorienpluralität zu verdeutlichen.

Die klassische Freud'sche Perspektive

Höre auf die latenten Bedeutungen des Textes Deines Patienten, die sich v. a. in Lücken, Auslassungen, Zäsuren, rätselhaften Formulierungen, Mehrdeutigkeiten und bedeutsamen Metaphern manifestieren; statt verstehen zu wollen, was dein Patient dir explizit sagen will, versuche zu hören, was er dir tatsächlich sagt, auch ohne dass er dies weiß und beabsichtigt; gehe dabei mit gleichschwebender Aufmerksamkeit vor.

Denke daran, dass viele Erinnerungen an die Kindheit erst durch Nachträglichkeit bedeutsam oder gar traumatisch geworden sind; höre also stets auf die rückläufigen Gedächtniskonstruktionen, bevor du deinem Patienten ein infantiles Trauma unterstellst.

Die objektbeziehungstheoretische Perspektive I (Ferenczi)

Entdecke in den Mitteilungen deines Patienten, wie dich dein Patient unbewusst durchaus valide wahrnimmt und dich von deinen eigenen Konflikten und Traumatisierungen zu heilen versucht (u. a. von deiner therapeutischen Scheinheiligkeit und Unaufrichtigkeit dir selbst und deinem Patienten gegenüber).

Die objektbeziehungstheoretische Perspektive II (Balint, Winnicott)

Höre auf die verzweifelten, leeren, aggressiven und hasserfüllten Erlebniszustände deines Patienten und versuche diese zu „halten“; biete ihm ausreichend Sicherheit dafür an, dass er seine aggressiven Emotionen mit dir nach und nach erleben kann.

Die kleinianische Perspektive

Höre, wie dich dein Patient mit dem Inhalt seiner Erzählungen, aber auch jenseits der Worte dazu verführt, eine Rolle in seinem inneren Beziehungsdrama zu spielen. Widerstehe aber der Versuchung, dieses unmittelbar auf die faktischen Verhältnisse in der Kindheit deines Patienten zurückzuführen.

Höre auf die projektiven Identifizierungen und Externalisierungen, mit denen diese Verführung von deinem Patienten vorgenommen wird.

Die selbstpsychologische Perspektive (Kohut, Lichtenberg, Fosshage)

Höre auf die Anzeichen, wenn dich dein Patient unbedingt als mütterliches Selbstobjekt verwenden will, dich als einfühlsamen Spiegel benötigt oder mit dir als idealisiertem

Selbstobjekt verschmelzen möchte, um neue Beziehungserfahrungen mit dir machen zu können. Höre auf die Anzeichen von Enttäuschung und Wut, wenn dich dein Patient als nicht genügend einfühlsames Selbstobjekt erlebt hat, weil du in deiner Einfühlung und Introspektion versagt hast.

Die postkleinianische Perspektive (Bion, Grotstein, Ogden, Ferro)

Höre auf die nur schwach oder noch gar nicht repräsentierten mentalen Elemente in deinem Patienten. Versuche mit einem träumerischen Ahnungsvermögen auf diese vom Patienten oft nur in einem Handlungsmodus mitteilbaren Äußerungen zu reagieren und sie in ein Bild oder eine Metapher zu kleiden, weil ihre sprachliche Repräsentation vorerst noch auf Unverständnis stoßen würde.

Die Lacanianische Perspektive

Höre in einer dialektischen Bewegung von Verstehen und dem Zulassen des Nicht-Verstehens; widerstehe der Verführung, sofort alles verstehen zu wollen und unmittelbar mit einem Verstehensangebot oder mit einer Deutung reagieren zu müssen. Sei dir darüber klar, dass du mit deinem unmittelbaren Verstehenwollen deinen Patienten nur als deinesgleichen erfassen kannst und ihn in seiner Andersheit verfehlt.

Höre also so zu, dass du die Aussagen deines Patienten nicht auf deine eigenen Lebenserfahrungen kontextualisierst.

Die moderne bindungstheoretische Perspektive (Fonagy, Target)

Höre auf die Anzeichen mangelnder Mentalisierungsfähigkeit deines Patienten, wenn ihm Affekterkennung, -benennung, -differenzierung und -regulierung schwer fallen. Wenn er zu einem Äquivalenzmodus des Denkens neigt, Schwierigkeiten im Erkennen der Absichten und Gefühle seines Gegenübers hat u.a.m.

Die Perspektive der Kleinkindforscher (Beebe, Sander, Stern, Tronick)

Höre auf die Anzeichen für Brüche in der Intersubjektivität deines Patienten, in denen das Selbst deines Patienten sich nicht genügend durch die Wahrnehmung der Mutter und weiterer wichtiger Anderer konstituieren konnte, in denen die Intersubjektivität in Triaden unvollständig geblieben ist, die Balance zwischen Selbst- und interaktiver Regulierung gestört ist, u.a.m.

Die intersubjektive Perspektive (Stolorow, Orange, Atwood)

Höre auf das unvalidiert und sprachlos gebliebene Unbewusste deines Patienten; Höre auf die intersubjektive Bedeutungsgenerierung, auf das emergente Dritte, das weder nur das neurotische Agieren deines Patienten verkörpert, noch deine Gegenübertragung, sondern das, was im gemeinsamen Prozess als übergeordnetes Drittes entsteht, wie z.B. eure Wortwahl bei bestimmten Themen, die gepresste Stimme oder die verhaltene Gestik.

Die Perspektive der Post-Ichpsychologie (Gray, Busch)

Höre auf den jeweiligen Bewusstseinszustand, auf die mit dem jeweiligen Konflikt aktivierte Introspektions-, Beobachtungs-, und therapeutische Ichspaltungs-Fähigkeit deines Patienten; welche Emotion, welcher Wunsch löst unbewusst Angst in ihm aus, so dass es zu einer Unterbrechung seines Erzählens, im Gefühlstonus, in der vorherrschenden

Stimmung kommt. Höre somit auf die Erscheinungsformen von Überich-Widerständen, weil dein Patient vermutet, dass du ihn wegen seiner Wünsche und Emotionen verachten, beschämen oder bestrafen wirst.

Die Perspektive der „zyklischen Psychodynamik“ (Wachtel)

Höre auf die Anzeichen, wie dein Patient in der Gegenwart seine Beziehungen erlebt und diese erneut mit dir und mit anderen Menschen aktiv, aber für ihn unbewusst konstellierte, ohne ihn sofort als Opfer vergangener Traumatisierungen, wie z.B. einer unempathischen oder die Bindungsbedürfnisse des Kindes abweisenden Mutter wahrzunehmen.

Die Perspektive der kommunikativen/ adaptiven Psychoanalyse (Langs)

Höre auf die Auslöser für verdeckte Mitteilungen in der zwischenmenschlichen Kommunikation – ähnlich wie bei den Tagesresten bei der Freud'schen Traumanalyse. Alle Botschaften des Therapeuten werden vom Patienten einer bewussten und unbewussten Bedeutungsanalyse unterzogen. Die Erzählungen des Patienten sind deshalb zu einem nicht geringen Anteil von dieser Bedeutungsanalyse der erfolgten therapeutischen Botschaften bestimmt.

Die Methode des (Zu-)Hörens konstituiert somit in einem nicht geringen Umfang den tiefenpsychologischen/psychoanalytischen Gegenstand. Auch wenn eine Integration dieser verschiedenen Methoden des (Zu-)Hörens zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich und vielleicht auch gar nicht erstrebenswert ist, macht die Betrachtung doch deutlich, dass die verschiedenen Methoden des Zuhörens und die damit einhergehenden Theoriennetzwerke einen großen Bereich gegenwärtiger behandlungstechnischer Konzeptionen erfassen.

Die wichtige gedächtnistheoretische Perspektive der Nachträglichkeit bezüglich kindlicher Konflikte und Traumatisierungen bleibt in der klassischen Freud'schen Auffassung gewahrt; sie erinnert an gegenwärtige gedächtnispsychologische Befunde über die prinzipielle Konstruktion von autobiographischen Erinnerungen. Die Perspektive von Ferenczi korreliert mit Ergebnissen der Psychotherapieforschung über die zentrale Bedeutung der Therapeutenpersönlichkeit sowie der Notwendigkeit permanenter Selbstreflexion. Die Fokussierung des Zuhörens auf aggressive Emotionen, die es anzunehmen und zu ertragen gilt, lässt unmittelbar an gescheiterte Therapien denken, in denen das „Holding“ dieser Erfahrungen nicht möglich war. Die kleinianische Perspektive macht darauf aufmerksam, dass es in den Erzählungen eines Patienten immer auch um die Entfaltung eines Beziehungsdramas geht, in dem der Therapeut eine Rolle zugewiesen bekommt. Mit den Selbstpsychologen achten wir auf die für viele PatientInnen so wichtige Selbstwertregulierung für ihr psychisches Gleichgewicht und verstehen narzisstisch wütende Affekte als Reaktion auf mangelnde Spiegelung und Anerkennung. Die postkleiniansche Perspektive weist darauf hin, dass wir es heutzutage sehr oft mit PatientInnen zu tun haben, die symbolisierungsschwach sind und Schwierigkeiten haben, verbale Klarifikationen und Konfrontationen, geschweige denn Deutungen gut nachvollziehen zu können. Die Lacanianische Perspektive erinnert uns an die Auffassungen der negativen Hermeneutik, dass viele Äußerungen unserer PatientInnen vorerst oder auch für immer nicht in unseren Verstehenshorizont einzugliedern sind. In einer modernen bindungstheoretischen Per-

spektive achten wir auf grundlegende Symbolisierungsdefizite und überfordern deshalb unsere PatientInnen nicht mit Deutungen, die ihr Mentalisierungsniveau übersteigen. Die Perspektive der Säuglings- und KleinkindforscherInnen erinnert uns daran, wie wichtig unsere eigene Affektregulation angesichts heftiger emotionaler Bewegungen unseres Patienten ist. Mit den intersubjektiven PsychoanalytikerInnen achten wir noch stärker als früher auf den unbewusst ablaufenden Handlungsdialog, der sich nur anhand körperlicher Anzeichen, wie zum Beispiel einer veränderten Intonation, einem schnelleren Atem oder körperlichen Bewegungen manifestiert und wir begreifen, wie wichtig es ist, unsere eigenen Konflikte immer wieder selbst gut bewältigen zu können. Die Perspektive der zeitgenössischen Ich-Psychologie macht uns darauf aufmerksam, wie zentral die Einschätzung der Ich-Organisation ist; nicht nur zu Beginn einer Therapie in Form einer OPD-Einschätzung, sondern optimal im Verlauf jeder therapeutischen Stunde. Die Perspektive der zyklischen Psychodynamik lenkt unsere Aufmerksamkeit auf eine systemische Perspektive: Wie gelingt es dem Patienten, andere Personen einschließlich uns in seine Konflikte und unbewältigten Traumatisierungen hineinzuziehen? Auf diese Weise erhalten wir Abstand zu dem vertrauteren Denken, das mittlerweile auch in die Alltagspsychologie reichlich Eingang gefunden hat, dass der Patient ausschließlich Opfer widriger Kindheitsumstände gewesen sei. Und schließlich sind wir mit der Perspektive der adaptiven Psychoanalyse von Langs wieder ganz nahe an einem genuin psychoanalytischen Denken: Alle Äußerungen, alle Interventionen von uns werden von unseren PatientInnen ebenfalls einer bewussten und nicht-bewussten Bedeutungsanalyse unterzogen. Denn nicht nur wir nehmen Hinweisreize unserer PatientInnen wahr, sondern auch diese reagieren bewusst und nicht-bewusst auf uns und die Inhalte sowie die Art und Weise, wie sie diese vortragen, sind gefärbt von den Bedeutungen, mit denen sie ihre Eindrücke von uns interpretieren.

Wir verfügen also gegenwärtig über reiche Möglichkeiten, mit einem weiten Spektrum von PatientInnen psychoanalytisch umzugehen. Für den Supervisor sollte nun das Vertrautsein mit der gegenwärtigen psychoanalytischen Theorienpluralität zur Berücksichtigung mehrerer (mindestens zwei oder drei) Interpretationshypothesen führen.

Beispiel:

Ein Therapeut ist immer wieder erstaunt, dass sein Patient wichtige Inhalte der letzten Stunde überhaupt nicht mehr erinnern kann. Sein Supervisor führt dies auf einen Mangel an emotionaler Objektkonstanz zurück und bringt dies mit einem mäßig integrierten Strukturniveau (in Bezug auf Bindung an innere Objekte/Internalisierung) im Sinne der OPD-2 in Verbindung.

Andere Interpretationsmöglichkeiten wären beispielsweise:

1. Es handelt sich nicht um ein strukturelles Defizit, sondern um einen Widerstand. Der Patient möchte sich nicht erinnern, um die gemeinsame Arbeit damit zu unterminieren.
2. Es ist überhaupt nicht wichtig, dass Inhalte der letzten Stunde erinnert werden können, denn diese Erinnerungen könnten als Widerstand gegen die Ängste, die im Hier und Jetzt auftauchen, eingesetzt werden.
3. Es handelt sich weder um ein strukturelles Defizit, noch um einen Widerstand. Der

Patient hat den großen Wunsch, dass sich sein Therapeut an die letzte Stunde erinnern möge und ihm davon erzählt. Wenn immer dies der Fall ist, kann sich der Patient gesehen und anerkannt fühlen. Der Therapeut fungiert als ein neues „Entwicklungsobjekt“.

4. Weder ein strukturelles Defizit, noch ein Widerstand, noch der Wunsch nach einem Entwicklungsobjekt spielen eine Rolle. Vielmehr fürchtet sich der Patient vor einem Übermaß an Gefühlen, die ihn überfallen könnten, wenn er zwischen den Stunden alleine ist und der katastrophischen Wucht sehr starker Gefühle ausgeliefert wäre, sofern er die Erinnerung an die Therapiestunde zulassen würde.
5. Und noch eine weitere Angstabwehr kann darin bestehen, dass der Patient sich gegen eine Vereinnahmung durch seinen Therapeuten zu schützen versucht. Dieser wird als jemand erlebt, der die ohnehin schon prekären Ich-Grenzen mit seinen Erinnerungen durchdringt und sich im Inneren des Patienten einzunisten versucht. Gegen diese Kolonialisierung hilft nur ein Schutzwall in Form des Vergessens bzw. der Verwerfung.

Diese Hypothesen sind Ausdruck der diagnostischen und behandlungstechnischen Vielfalt. Über ihre Angemessenheit entscheiden aber nun in erster Linie die Gegenübertragungseindrücke sowie der weitere Verlauf. Mit den oben skizzierten theoretischen Bezugsrahmen gehen auch bestimmte Bewusstseinszustände einher, die von einem eher konzentrierten, wachen Zuhören, einer gleichschwebenden Aufmerksamkeit bis hin zu einem „träumerischen Ahnungsbewusstsein“ reichen (s. Mertens, 2015, S. 54ff).

Emotionale Kompetenzen

Neben dem Konzeptwissen, das aber – würde es lediglich nach Art eines Manuals oder „Werkzeugkastens“ eingesetzt werden – eher zu einer erfahrungsfernen Behandlungstechnik führen würde, sind vor allem emotionale Kompetenzen erforderlich, um das abstrakte Wissen in einer Supervision mit einem ganz konkreten Supervisanden und dessen einmaligen Patienten gefühlsmäßig erden zu können.

In Bezug auf den Supervisanden und dessen Umgang mit seinem Patienten gilt es nun einzuschätzen, welche Offenheit er nicht nur den Emotionen seines Patienten entgegenbringt, sondern auch seiner eigenen inneren Welt. Denn nahezu alle zeitgenössischen psychoanalytischen Richtungen weisen auf den zentralen Stellenwert hin, den der Umgang mit der eigenen inneren Welt eines Therapeuten für den Behandlungsprozess hat. Die Schwierigkeit, die affektiven Beziehungsangebote eines Patienten angemessen zu spüren und anzunehmen, die der Affektforscher Krause (2002) bei nicht wenigen Psychotherapeuten festgestellt hat, beziehen sich deshalb auch auf die eigenen Emotionen. Immer wieder kann man die Erfahrung machen, dass TherapeutInnen zwar scheinbar gekonnt über Emotionen sprechen wie zum Beispiel über ihre Betroffenheit, ihr Angerührtsein, ihren Ärger oder ihre Trauer, dass es sich dabei aber nicht selten um Dissoziationen zwischen kognitiv Erkanntem und tatsächlich Erlebtem, somit um eine Art Pseudomentalisierung handelt. Als SupervisorIn merkt man dann doch relativ rasch, dass es den Worten an der Verbindung zu den subsymbolischen körperlichen Erfahrungen mehr oder weniger mangelt. Dies muss keineswegs immer auf die Schwierigkeit hinweisen, dass der Betreffende

„verkopft“ an seinen Patienten herangeht, obwohl es durchaus auch einige „affektblinde“ TherapeutInnen gibt. Sondern gelegentlich stellt sich in der Supervision auch heraus, dass der Therapeut durchaus Emotionen spüren kann, aber sich nicht wirklich traut, auf seine eigenen Gefühle zu achten und sie wichtig zu nehmen, weil es doch, so die Annahme, überwiegend um die Gefühle der PatientInnen gehen sollte. Nicht selten trifft man zum Beispiel folgendes Phänomen an: Wenn der Supervisor darauf aufmerksam macht, dass eine Unterbrechung der Therapie wegen der Ferien, ja manchmal sogar schon wegen des Wochenendes, ängstliche und ärgerliche Emotionen bei einem Patienten auslösen kann, guckt einen der Therapeut verdutzt an. Wieso sollte man vermisst werden? Man fühlt sich doch keineswegs so wichtig, als dass eine Unterbrechung von nur wenigen Tagen schon als Verlust erlebt werden und bei dem Patienten je nach seinem Bindungsstatus entsprechende Emotionen auslösen könnte. Außerdem: In der Lehrtherapie sei so etwas auch nie angesprochen worden.

Das totalistische Konzept von Gegenübertragung legt es nahe, alle Gefühle und Phantasien, die während des Zuhörens entstehen, ernst zu nehmen. Dies ist zwar als theoretisches Konzept bewusst, aber es sollte auch konsequent umgesetzt werden.

Blinde Flecke können auch dadurch entstehen, wenn zu einseitig eine konkordante Identifizierung mit dem Selbstverständnis des Patienten vorgenommen wird. Diese Sichtweise wird häufig mit selbstpsychologischen und relationalen Konzepten gerechtfertigt, aber eine zu ausschließlich vorgenommene Empathie kann den Therapeuten übersehen lassen, welche Rollen ihm unbewusst oder vorbewusst angetragen werden. Das Verständnis, sich auch auf die unbewussten Introjekte eines Patienten in gleichschwebender Rollenempfänglichkeit zu konzentrieren, weist die Mehrzahl der oben angeführten Perspektiven auf. Wiederum kann es für angehende PsychotherapeutInnen angenehmer und leichter sein, sich eher in das einfühlen zu können, was der Patient bewusst an Äußerungen von sich gibt. Dann aber werden die Schilderungen allzu schnell für bare Münze genommen, und der Therapeut teilt zum Beispiel die Empörung des Patienten über seine ihn ständig kontrollierende und übergriffige Ehefrau. Alle anderen Gefühle, die der Therapeut manchmal aber nur sehr schwach auch noch wahrgenommen hat, dass er zum Beispiel seinen Patienten, der ohne Punkt und Komma redet, anstrengend findet und wenn er genauer hinguckt, sich sogar von ihm kontrolliert fühlt, muss er vorerst noch unterdrücken. Auch hier ist es wieder die wichtige Aufgabe eines Supervisors, seinem Supervisanden Mut zu machen, diesen Gefühlsregungen in seiner inneren Welt Raum zu geben.

Manchmal verstricken sich TherapeutInnen in Kollusionen mit ihren Patienten. So bewundert ein Therapeut zum Beispiel seinen sehr begabten Patienten; dieser wiederum idealisiert seinen Therapeuten sehr stark. Alle ambivalenten Gefühle bleiben aus den therapeutischen Dialogen ausgeklammert; selbstverständlich sind diese aber in heftiger Form in den Beziehungen außerhalb der Therapie antreffbar. Natürlich sind TherapeutInnen lieber in der Rolle eines „Entwicklungsobjekts“, das anerkennt, Halt gibt, Ressourcen fördert und anderes mehr. Aber bei einer zu einseitigen Rolleneinnahme dieser Art können andere unbewusste Rollenintrojekte übersehen werden, für die sich aber auch kontinuierlich emotionale Anzeichen in den Erzählungen des Patienten finden. Immer wieder gilt es deshalb als Supervisor, die TherapeutInnen dazu anzuhalten, ihren inneren Empfindungen nachzuspüren, gelernte theoretische Konzepte zurückzustellen zu Gunsten des Erlebens der Einzigartigkeit des jeweiligen Gegenübers und der Beziehung, die der Therapeut mit seinem Patienten hat.

Und erstaunlicherweise zeigen sich hier immer wieder überraschende Befunde. Gelingt es zum Beispiel einem Therapeuten die Enttäuschungsaggression bei einem bestimmten Patienten nicht nur gut einzufühlen, sondern auch selbstsicher damit umzugehen, so macht er bei einem anderen Patienten um diese Emotion eher einen ziemlich weiten Bogen. Hier ist es dann sehr wichtig herauszufinden, warum die eigene Emotionsregulierung bei dieser einen Person so schwer gelingt. Und dazu sind wieder die eigene Selbsterfahrung und das Vertrauen in die innere Welt als dem wichtigsten therapeutischen Vermögen gefragt. Welche Selbstanteile, welche Phantasien werden angesichts eines ganz bestimmten Patienten aktiviert oder lösen ängstliche Gefühle aus? Und wie kommt es zu dieser Ängstlichkeit? Bei diesen Fragen kann dann nur eine sorgfältige Analyse des eigenen Gegenübertragungswiderstands weiterhelfen.

Eine über viele Jahre anhaltende Diskussion in der Literatur zur Supervision war die Frage nach dem Lehren oder Behandeln, „teach or treat“? Mit dem immer größer werdenden Abstand zu einer eher medizinisch naturwissenschaftlichen oder „one-body-psychology“ Auffassung verliert diese Gegenüberstellung aber nahezu vollständig an Bedeutung. Tiefenpsychologisches Supervidieren kann heutzutage selbstverständlich nicht umhin, die Hemmnisse, bestimmte Emotionen zu erkennen, zuzulassen und anzusprechen, gründlich zu betrachten, ohne dabei aber mit dem Lehrtherapeuten zu rivalisieren oder generell taktlos vorzugehen. Denn alle Interventionen diagnostischer und therapeutischer Art sind immer in eine Therapeut-Patient-Beziehung eingewoben, so dass eine isolierte Betrachtung von behandlingstechnischen Aktivitäten nicht mehr gerechtfertigt ist. Vielmehr ist es erforderlich, intrapsychische, interaktionelle und intersubjektive Modalitäten in der Beziehung zwischen dem Supervisanden/Therapeuten und dem Patienten sorgfältig zu beachten (s. das Kapitel von Bettighofer und Vogel im vorliegenden Heft).

Und ebenso gilt es dann auch, als Supervisor sein Augenmerk darauf zu legen, wie man selbst mit seinem Supervisanden die Beziehung gestaltet. Wie wirkt man als Supervisor auf seinen Supervisanden? Wie nimmt dieser einen selbst wahr?

Welche Beziehungsszenarien aus der inneren Objektbeziehungswelt des Patienten werden auf den Therapeuten übertragen werden und wie können sich diese in Parallelprozessen auch zwischen dem Supervisanden und dem Supervisor ereignen?

Wie trägt man als Supervisor zum Widerstand seines Supervisanden bei, bestimmte Gefühle bei sich zu erkennen und/oder sie mitzuteilen?

Wie geht man mit schwierigen Supervisionsfällen um? Sind es überwiegend unüberwindbare und untherapierbare Widerstände des Patienten, mangelnde Lernfähigkeit, unaufgelöste blinde Flecke u.a.m. des Supervisanden, die zu diesem Stillstand oder gar zu einer negativen therapeutischen Reaktion geführt haben? Oder kann der Supervisor reflektieren, was er möglicherweise selbst zu dieser schwierigen Situation beigetragen hat? Wenn ihm dies schwerfällt, kann es passieren, dass er seine scheinbare oder tatsächliche Machtposition benutzt und in Versuchung gerät, seinen Supervisanden und/oder den Patienten zu entwerten. Deswegen ist es immer wieder wichtig, sich bewusst zu machen, dass zwischen beiden eine komplexe Matrix von Übertragung und Gegenübertragung entsteht; beide benötigen sich zur gegenseitigen Anerkennung, beide übertragen aber auch individuelle Konflikte und Ängste. Parallelprozesse finden nicht nur bottom-up, sondern auch top-down statt.

An Ausbildungsinstituten existieren in der Regel noch weitere Probleme, die Einfluss auf das Erleben von Supervisanden nehmen können: Unterschwellige oder offene Rivalitäten

zwischen den Ausbildern; Machtkämpfe um den Kurs der Institution; Bedrohung durch äußere Einflüsse wie Ansehen der TP und AP in der Öffentlichkeit, Äußerungen von Krankenkassen, Berufspolitik von Verbänden, Einstellung der Universitäts-Psychologie und –Psychiatrie u.a.m.. Sich bewusstmachen, dass man als Supervisor und Supervisand in einem institutionellen Rahmen (Klinik, Ausbildungsinstitution) steht und wie dies Einfluss auf den Verlauf einer Supervision nehmen kann, ist somit ebenfalls wichtig. Es gilt diese Einflüsse gründlich zu reflektieren, falls nötig, auch offen anzusprechen.

Manche Supervisoren sind der Auffassung, dass ihr Bauchgefühl untrüglich und dass jeglicher Wissensfortschritt demgegenüber unerheblich sei. Sie bestehen auf einigen Grundsätzen psychodynamischer Praxis, wie z.B. der Empathie, die dann aber als Passepartout für alle schwierigen Behandlungssituationen erhalten muss. Alle Störungen, alle auftretenden Probleme lassen sich mittels einer empathischen Zuwendung lösen.

Aber als Supervisor sollte man über ein breiteres Methodenverständnis verfügen, wenngleich dies auch nicht auszuschließen braucht, dass man sich einer bestimmten Richtung besonders zugeneigt fühlt. Und man sollte trotz eines scheinbar untrüglichen Evidenzgefühls auch die eigenen Übertragungs- und Gegenübertragungseindrücke immer wieder auf den Prüfstand stellen und alternative Möglichkeiten in Betracht ziehen, um die Breite der Möglichkeiten seinem Supervisanden aufzeigen zu können.

Noch einmal kurz zurück zum obigen Beispiel:

Wie kam der Supervisor darauf, das Nicht-erinnern-Können des Patienten auf einen strukturellen Mangel im Sinne der OPD-2 zurückzuführen? Lagen dafür diagnostische Anhaltspunkte vor, die sich aus den zurückliegenden Stunden ergaben? Konnte er diese Einschätzung gefühlsmäßig aus dem Prozess heraus begründen oder war es eher eine von außen herangetragene objektivierende Diagnostik?

Oder wie ließe sich die Hypothese begründen, dass in dem Nicht-erinnern-Können des Patienten die Sehnsucht nach einem Entwicklungs-Objekt zum Ausdruck kommt? Und dass es nicht ausreichend ist, diesen Wunsch einfach nur zu deuten, sondern ihn zu befriedigen, indem der Therapeut tatsächlich einen wichtigen Punkt aus der letzten Stunde für seinen Patienten erinnert und diesen auch ausspricht. So wie eine liebevolle Mutter mit ihrem Kind noch einmal die wichtigsten Erlebnisse vom Tage abends beim zu Bettgehen anspricht und ihm damit zu einer narrativen Erinnerungsfähigkeit verhilft. Lässt sich dieses Vorgehen aber tatsächlich aus der Beziehungsdynamik heraus begründen oder ist sie vielleicht einer institutionellen Gegenübertragung geschuldet? Dies könnte zum Beispiel dann der Fall sein, wenn der Therapeut „seine eigene Stimme entfalten“ möchte und sich von der vermeintlichen Lehrmeinung seiner Ausbilder mit seiner Vorgehensweise abzugrenzen versucht.

Abschließende Gedanken

Die viel stärkere Berücksichtigung des Beziehungsgeschehens sowie der Persönlichkeit des Therapeuten und der Auswirkungen seiner Subjektivität auf den Patienten ist sicherlich die eindrucklichste Veränderung in der Theorie der psychoanalytischen Behandlungstechnik in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts. Für zeitgenössische Psychoanalytiker besteht der psychoanalytische Prozess aus dem Verstehen des Zusam-

menspiels der jeweiligen individuellen subjektiven Realitäten mit den interaktiven und intersubjektiven Realitäten, die TherapeutIn und PatientIn miteinander erzeugen. Die Suche nach einem pathogenen Agens, das ausschließlich im Unbewussten des Patienten verortet wird, gehört somit einer vergangenen Behandlungsauffassung an. Obgleich selbstverständlich die intrapsychische, lebensgeschichtlich entstandene Konflikt- und Trauma-Dynamik weiterhin eine wichtige Rolle spielt, lassen sich die Inszenierung, das Verstehen derselben und die Durcharbeitung nicht ohne die Einbeziehung der Person des Therapeuten inklusive seiner derzeitigen Lebensumstände begreifen.

Entsprechend gilt es, diese Erkenntnisse auch auf den supervisorischen Prozess anzuwenden. Auch in der Supervision sollte ein Teil der Aufmerksamkeit der Erkundung dieses prozessualen Zusammenspiels gewidmet werden. Dieses betrifft sowohl die Beziehung zwischen dem tiefenpsychologischen Psychotherapeuten und seinem Patienten, als auch die Beziehung zwischen dem Supervisor und seinem Supervisanden.

Psychoanalytisches Wissen verändert sich wie jegliches andere Wissen auch und dies geschieht zunehmend in einem immer schnelleren Tempo. Bindungs- und Kleinkindforschung, Erkenntnisse aus der Cognitive- und Neuroscience, aber vor allem auch praxis- und theorieimmanente Entwicklungen haben zu erstaunlichen Erkenntnisfortschritten geführt. Innerhalb der Psychoanalyse existieren diverse Richtungen, die unterschiedliche Aspekte dieses Erkenntnisfortschritts aufgreifen und in ihr praktisches Handeln zu integrieren versuchen. Supervisanden während und nach ihrer Ausbildung kommen mit zum Teil unterschiedlichen Orientierungen zur Supervision und erwarten nicht selten, dass ihr Supervisor ihnen einen Überblick über die verschiedenen Richtungen, deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede vermittelt.

Eine zu enge Schulenzugehörigkeit des Supervisors wird immer dann zu Konflikten in der Supervision führen, wenn sich ein Supervisand in seinem theoretischen und praktischen Können nicht angemessen verstanden fühlt. Dann kann der Eindruck entstehen, dass er in seinem Bestreben, etwas Neues zu lernen, nicht ausreichend unterstützt wird, sondern sich stattdessen der Lehrmeinung seines Supervisors unterwerfen soll. Manche Supervisanden machen dies bereitwillig, andere sind eher beunruhigt, weil sie keinen Erkenntniszuwachs spüren können.

In den letzten Jahren sind erhebliche Zweifel an einer automatisch sich ergebenden Doppelkompetenz laut geworden. Stimmt es wirklich, dass ein guter Lehrtherapeut unweigerlich auch ein guter Supervisor ist? Oder handelt es sich hierbei um unterschiedliche Qualifikationen, selbst wenn diese einen erheblichen Überschneidungsbereich haben? Empirisch durchgeführte Befragungen vermitteln auf jeden Fall ein interpretationsbedürftiges Bild: Nicht wenige der befragten Supervisanden in Ausbildungsinstitutionen waren mit einem Teil ihrer Supervisoren unzufrieden.

Welche Unterschiede bestehen zwischen diesen beiden Qualifikationen? Vom Lehranalytiker/-therapeuten erwartet man, dass er mit seinen Analysanden einen psychoanalytischen Prozess gestalten kann, in dem das Beachten von Übertragungsprozessen und die Bearbeitung von Widerständen einen zentralen Raum einnehmen; hierbei dienen

ihm dessen Reaktionen als Orientierung. In der Supervision erfährt der Supervisor die Beziehung zwischen dem Therapeuten und seinem Patienten aus der Sicht seines Supervisanden; gleichzeitig erlebt er eine Beziehung zu ihm, die vielfältige Übertragungsprozesse, Widerspiegelungen der Übertragungen, die sein Supervisand von seinem Patienten erfahren hat, aber auch eigene ungelöste Übertragungskonflikte aufweist. Der Supervisor erlebt die therapeutische Beziehung nicht in ihrer Unmittelbarkeit, was Vor- und Nachteile aufweist. Er hat eine teils kollegiale, teils lehrende und teils analysierende sowie therapeutische Beziehung zu seinem Supervisanden, die sich gelegentlich auf unübersichtliche Weise mit dessen Beziehung zu seinem Patienten vermengt. Es handelt sich also um eine ziemlich komplexe Konstellation, die nicht nur analytische und therapeutische Kompetenzen verlangt, sondern auch pädagogische und didaktische Fähigkeiten. Letzteres aber immer auf dem Hintergrund einer psychoanalytischen Reflexion, inwieweit die lehrende Tätigkeit, die ja auch schnell als Belehrung verstanden werden kann, der Abwehr dient, die Beziehung nicht wahrnehmen und reflektieren zu müssen.

Erst in den letzten Jahren ist deutlich geworden, wie sehr diese Anforderungen gestiegen sind. Neben der erwähnten Vielfalt von Auffassungen und Schulrichtungen in der gegenwärtigen Psychoanalyse und der fragwürdigen Überzeugung, die Tätigkeit als Lehranalytiker/-therapeut sei bereits eine hinreichende Basis für die Qualifikation zum Supervisor, ist auch die Annahme, es reiche aus, sich lediglich auf sein Gefühl bzw. auf die Gegenübertragung zu verlassen, deutlich kritisiert worden. Denn auch die Wahrnehmung von Gefühlen unterliegt nicht nur Einschränkungen und Verzerrungen, sondern sie entsteht auch in einem bestimmten Kontext, sei es innerhalb der familiären Sozialisation, der bevorzugten Arbeitsweise und Theorien des eigenen Lehranalytikers/Lehrtherapeuten oder eines Ausbildungsinstituts.

Auch das scheinbar untrügliche Spüren der Gegenübertragung sollte deshalb nicht als unhinterfragbarer Beweis für das überlegene Können des Lehranalytikers/Supervisors gelten, sondern die intuitiven Entscheidungsprozesse sollten für den Supervisanden argumentationszugänglich gemacht werden. Dies hat vor allem zur Folge, dass die richtungsspezifischen Konzepte und Argumentationslinien expliziert werden sollten. Diese Bewusstmachung der impliziten Hintergründe gilt ebenso für die Annahmen, mit denen der Supervisand sein eigenes Vorgehen begründet (z. B. Szecsödy, 2008; Kahl-Popp, 2010; Nagell et al., 2014). Es wird deshalb in der Supervision oftmals darum gehen, die jeweiligen impliziten Konzepte, Menschenbildannahmen und Handlungsentscheidungen offen zu legen und sich darüber auszutauschen. Erst in einem zweiten Schritt können sie dann mit expliziten Konzepten abgeglichen werden.

Die bisherige Annahme, dass sich die Qualifikation zum Supervisor quasi „von selbst“ ergibt und die persönliche Eignung in Form von kontinuierlicher Weiterbildung und Auseinandersetzung mit neuen Wissensgebieten, Teilnahme an intervisorischen Fallbesprechungen sowie weiterer Persönlichkeitsentwicklung keiner Einschätzung im Rahmen institutionell festgelegter Qualifikationsmerkmale bedarf, ist sicherlich revisionsbedürftig.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Hans Huber/Hogrefe.
- Blüml, V. & Fischer-Kern, M. (2015). Die „Montagskruste“. Oder: die Frage nach der Stundenfrequenz in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 31, 175-189.
- Dreher, A.U. & Bolognini, S. (2014). Psychoanalyse international – oder die Kunst, unterschiedliche Welten auszubalancieren. Ein Interview mit Stefano Bolognini. *Forum der Psychoanalyse*, 30, 213-239.
- Erreich, A. (2003). A modest proposal: (re-)defining unconscious phantasy. *Psychoanalytic Quarterly*, 72, 541-574 (Deutsch: Psyche – Z Psychoanal, 70, 481-507, 2016).
- Gödde, G. & Buchholz, M.B. (2011). *Unbewusstes*. Gießen: Psychosozial.
- Hörz-Sagstetter, S. & Mertens, W. (2017). *Psychotherapieforschung für den Praktiker*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kahl-Popp, J. (2014). Evaluation of learning in psychoanalytic clinical practice and supervision. *Psychoanalytic Inquiry*, 34, 538-553.
- Körner, J. (2014). Regression – Progression. In W. Mertens (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 803-809) (4. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (2002). Psychoanalytische Affektforschung. Anwendungen auf die psychoanalytische klinische Arbeit. In P. Giampieri-Deutsch (Hrsg.), *Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften, Bd. 1. Europäische Perspektiven* (S. 273-286). Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (2012). *Allgemeine psychodynamische Behandlungs- und Krankheitslehre*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kris, E. (1952). *Psychoanalytic exploration in art*. New York: International University Press.
- Mertens, W. (2004). *Einführung in die psychoanalytische Therapie*. Bd. 2 (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (2014). *Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen* (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (2015). *Psychoanalytische Behandlungstechnik. Konzepte und Themen psychoanalytisch begründeter Behandlungsverfahren*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Moga, D.E. & Cabaniss, D.L. (2014). *Learning objectives for supervision: benefits for candidates and beyond*. *Psychoanalytic Inquiry*, 34, 528-537.
- Moser, T. (2005). Analytische Körper Psychotherapie und Mikroperspektive. In P. Geißler (Hrsg.), *Nonverbale Interaktion in der Psychotherapie. Forschung und Relevanz im therapeutischen Prozess* (S. 83-87). Gießen: Psychosozial.
- Moser, U. & von Zeppelin, I. (1996). *Der geträumte Traum. Wie Träume entstehen und sich verändern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Moser, U. (2001). „What is a Bongaloo, Daddy?“ Übertragung, Gegenübertragung, therapeutische Situation. Allgemein und am Beispiel „früher Störungen“. *Psyche – Z Psychoanal*, 55, 97-136.
- Nagell, W. & Steinmetzer, L., Fissabre, U. & Spilski, J. (2014). *Research into the relationship experience in supervision and its influence on the psychoanalytical identity formation of candidate trainees*. *Psychoanalytic Inquiry*, 34, 554-583.
- Plab, K. (2014). *Liegen oder Sitzen? Plädoyer für einen psychoanalytischen Paradigmenwechsel*. Gießen: Psychosozial.
- Ponsi, M. (1997). Interaction and transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 243-263.
- Raichle, M.E., McLeod, A.M., Snyder, A.Z., Powers, W.J., Gusnard, D.A. & Shulman, G.L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 98(2), 676-682.

- Rudolf, G., Jacobsen, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., Grande T. (2012). Umstrukturierung als Ergebnisparadigma der psychodynamischen Psychotherapie – Ergebnisse aus der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58, 55-66.
- Sandler, A.-M. & Sandler, J. (1985). Vergangenheits-Unbewußtes, Gegenwarts-Unbewußtes und die Deutung der Übertragung. *Psyche – Z Psychoanal*, 39, 800-829.
- Sandler, J. & Sandler, A. M. (1993). Regression und Anti-Regression. *Forum der Psychoanalyse*, 8, 283-291
- Schore, A.N. (2007). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Szecsödy, I. (2008). Does anything go in psychoanalytic supervision? *Psychoanalytic Inquiry*, 28, 373-386.
- Stasch, M., Grande, T., Janssen, P., Oberbracht, C. & Rudolf, G. (2014). *OPD-2 im Psychotherapie-Antrag. Psychodynamische Diagnostik und Fallformulierung. Anwendungen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik 2*. Bern: Huber.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych. Wolfgang Mertens
Professor em. für Klinische Psychologie und Psychoanalyse | LMU München
Psychoanalytiker, Lehranalytiker und Supervisor | Akademie für Psychoanalyse und
Psychotherapie e. V. in München (DGPT) | Arbeitsschwerpunkte: Psychoanalytische
Behandlungstechnik | Konzeptforschung | Psychotherapieforschung
W.Mertens@lrz.uni-muenchen.de