

Regine Scherer-Renner

Bemerkenswertes und Beispielhaftes aus siebzehn Supervisionen

Remarkable and Exemplary Experiences from Seventeen Supervisions

Im Rahmen der tiefenpsychologischen SupervisorInnenausbildung, die vom Centrum für Integrative Psychotherapie (CIP) München von 2013-2015 an acht Wochenenden durchgeführt wurde, war das vorletzte Wochenende ganz der praktischen Arbeit gewidmet. Die siebzehn Teilnehmenden präsentierten an drei Tagen ihre laufenden Supervisionsfälle. Für jeden Teilnehmer standen für die Fallvorstellung fünfundzwanzig und für die Diskussion in der Gruppe zwanzig Minuten zur Verfügung. Die Supervision der Supervision leitete an den drei Tagen jeweils ein anderer der beteiligten drei DozentInnen. Fünf der TeilnehmerInnen waren in leitenden Positionen tätig an Kliniken für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik für Erwachsene, vier TeilnehmerInnen in leitenden Positionen an Kliniken für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik für Kinder und Jugendliche, acht langjährig erfahrene TeilnehmerInnen arbeiteten im ambulanten Bereich. Wir gewannen Erkenntnisse über charakteristische Schwierigkeiten supervisorischer Prozesse der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, die sich teilweise unabhängig vom stationären bzw. ambulanten Setting als gemeinsame Schwierigkeiten (z. B. Parallelphänomene) aufzeigen ließen, aber auch als unterschiedliche supervisorische Themen (z. B. hierarchische Verwicklungen) sichtbar wurden, die eng verknüpft waren mit dem jeweiligen Setting.

Dargestellt und diskutiert werden an Fallbeispielen bemerkenswerte und beispielhafte Erfahrungen aus den drei genannten Bereichen unter Einbeziehung einiger Kriterien, die uns für eine erfolgreiche Supervision wichtig erschienen. Verdeutlicht werden soll insbesondere wie das zentrale Anliegen, eine gute therapeutische Beziehung zu entwickeln, mit dem Gelingen der supervisorischen Beziehung verknüpft und nicht leicht in die Realität umzusetzen ist.

Schlüsselwörter

Tiefenpsychologische Supervision in der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik für Erwachsene – Tiefenpsychologische Supervision in der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik für Kinder und Jugendliche – Tiefenpsychologische Supervision im ambulanten Setting – Parallelphänomene – hierarchische Verwicklungen – Kriterien guter Supervision – Therapeutische Beziehung

Within the framework of the depth psychology supervisor training carried out by the Centre for Integrative Psychotherapy (CIP) in Munich on eight weekends between 2013 and 2015, the penultimate weekend was entirely devoted to practical work. The seventeen

participants presented their current supervision cases over three days. Each participant had twenty-five minutes for the case presentation and twenty minutes for the discussion in the group. The supervision was supervised on the three days by a different person of the three participating lecturers. Five of the participants held senior positions at clinics for psychiatry/psychotherapy and psychosomatics for adults, four participants held senior positions at clinics for psychiatry/psychotherapy and psychosomatics for children and teenagers, and eight of the participants had many years of work experience in the outpatient area. We gained insights into characteristic difficulties in supervisory processes in depth psychology-based psychotherapy, some of which turned out to be common difficulties (e.g. parallel phenomena) regardless of the inpatient or outpatient setting, but which also emerged as different supervisory issues (e.g. hierarchical complications) which were closely linked with the respective setting.

The article uses case examples to present and discuss remarkable and exemplary experiences from the three cited areas subject to certain criteria that appeared important to us for a successful supervision. The intention is to illuminate in particular how the central concern of developing a good therapeutic relationship is linked to the success of the supervisory relationship and cannot be easily implemented in reality.

Keywords

Depth psychology supervision in the clinic for psychiatry/psychotherapy and psychosomatics for adults – depth psychology supervision in the clinic for psychiatry/psychotherapy and psychosomatics for children and teenagers – depth psychology supervision in the outpatient setting – parallel phenomena – hierarchical complications – criteria of good supervision – therapeutic relationship

Einleitung

Supervision findet im psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildungskontext sowohl klinisch als auch ambulant überwiegend im Einzelkontakt statt. Das bildete sich auch in unserer Ausbildungsgruppe ab, vierzehn Fallvorstellungen bezogen sich auf die Einzel-supervision, zwei KollegInnen stellten eine Gruppensupervision mit vier Teilnehmern und eine Kollegin eine Teamsupervision vor. Diese Verteilung hat wohl damit zu tun, dass inzwischen in den Kliniken viel mehr externe Supervision ausgeübt wird als früher. PsychologInnen in Ausbildung (PIA) nutzen – wenn möglich – die Zeit ihres obligatorischen psychiatrischen und psychosomatischen Praktikums, um ihre Ausbildungsfälle zu absolvieren. Das gilt ebenso für KollegInnen in Facharztweiterbildung.

In allen Konstellationen zeigten sich verschiedene Setting-Aspekte, die erheblich auf das Supervisionsgeschehen Einfluss nahmen und deren Reflexion sich als sehr notwendig erwies (vgl. dazu auch den Beitrag „Supervisionssettings“ von Ralf T. Vogel in diesem Heft). Neben der Beachtung des Settings kristallisierten sich weitere Dimensionen der supervisorischen Tätigkeit heraus, die wir in der Supervision der Supervision als vorrangige Kriterien für eine gute Supervision einbezogen: die Reflexion der Vorgeschichte, die Reflexion des Supervisions-Settings, die Klärung des Supervisionsauftrags, die Reflexion der Beziehung von TherapeutIn und PatientIn, die Reflexion der Beziehung von TherapeutIn und SupervisorIn, die Reflexion der Parallelprozesse (der unbewussten Verstrickung

von PatientIn und TherapeutIn im Kontext der zentralen Psychodynamik und ihre Widerspiegelung zwischen TherapeutIn und SupervisorIn), die Metakommunikation über die Beziehung SupervisorIn-SupervisandIn und die Förderung des Verständnisses der Psychodynamik des Patienten beim Supervisanden. (s. tabellarischer Überblick, Anhang 1). Überlegungen, welche weitere Fragen in der Diskussion des supervisorischen Prozesses gestellt und diskutiert werden können, wird im Anhang 2 ersichtlich.

„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“ (Wolfgang Mertens, 2016 in diesem Heft). Diese Erkenntnisse sind genauso relevant für die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und sind auch in die supervisorischen Prozesse einzubeziehen. Es besteht heute eine weitgehende Übereinstimmung, dass die Wirksamkeit von Psychotherapie vor allem von einer guten therapeutischen Beziehung abhängt. Siegfried Bettighofer (2016 in diesem Heft) macht darauf aufmerksam, wie Übertragungs - Gegenübertragungsprozesse mit dysfunktionalen Mechanismen Behandlungsverläufe ungünstig beeinflussen bzw. sogar zur Entfaltung destruktiver Prozesse führen können. Dementsprechend wird heute als zentrale Aufgabe der Supervision die Unterstützung des Supervisanden bei der Entwicklung eines konstruktiven therapeutischen Prozesses gesehen. Das Gelingen einer positiven therapeutischen Beziehung zeigte sich in der CIP- Supervisorenausbildung eng verknüpft mit dem Verlauf der Beziehung zwischen SupervisandIn und SupervisorIn. Wie schwierig es ist, dieser großen Herausforderung in der Supervision einer Weiterbildung - und Ausbildungssituation bzw. auch in der Supervision fortgeschrittener, approbierter KollegInnen innerhalb der gegebenen Realitäten im ambulanten wie auch im stationären Rahmen gerecht zu werden, soll an den folgenden vier Fallbeispielen gezeigt werden, die prototypisch für ähnliche Erfahrungen aus anderen Supervisionen stehen.

Bei den Fallbeispielen (Vignette 1- 4) handelt es sich jeweils um eine Zusammenfassung des laufenden Supervisionsfalls eines Teilnehmers der CIP - Supervisorenausbildung. Für die Präsentation standen 25 Minuten zur Verfügung, 20 Minuten waren der Diskussion mit der Ausbildungsgruppe, dem an diesem Tag leitenden Dozenten und dem Ausbildungsteam gewidmet. Zunächst stellte der vortragende Teilnehmer die Patientin mit ihrer Symptomatik und Anamnese, die beteiligte Supervisandin und die Supervisorin im Kontext ihrer beruflichen Position, dann den Behandlungsverlaufs mit dem begleitenden supervisorischen Prozess vor.

In der Diskussion wurden speziell die Kriterien der Supervision besprochen, die für den präsentierten Supervisionsprozess besonders relevant erschienen. Es wurden aber auch Themen berührt, die allgemein für Supervision bedeutsam sind.

Supervision in der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik für Erwachsene

Vignette 1

Ein dysfunktionaler Beziehungszirkel – „Keiner kümmert sich um mich“

Zur Patientin

Es handelt sich um eine 52-jährige Patientin, die über anhaltende, ziehende Armschmerzen verbunden mit Taubheitsgefühlen bei Zustand nach Bandscheibenoperation im HWS-Bereich klagte. Als Folge der körperlichen Beschwerden habe sie sich zunehmend sozial zurückgezogen und leide nun unter Ängsten, vor allem im sozialen Kontakt. Sie arbeite als Erzieherin. Sie fühle sich nicht in der Lage Elternabende durchzuführen, sie habe ständig Angst, von den Eltern der Kinder kritisiert zu werden.

Die Patientin sei das erste von zwei Kindern. Sie habe einen ein Jahr jüngeren Bruder. Die Mutter sei bei ihrer Geburt 20 Jahre alt gewesen, von Beruf war sie Kindergärtnerin. Wenige Wochen nach der Geburt der Patientin arbeitete die Mutter wieder ganztags in einer Kinderkrippe, in der auch die Patientin untergebracht wurde, während die Mutter nach der Geburt des Bruders längere Zeit zu Hause blieb. Die Mutter sei vor 9 Jahren an einer Brustkrebserkrankung verstorben. Der Vater sei bei der Geburt 22 Jahre alt gewesen, von Beruf war er Kfz-Mechaniker. Die Patientin beschreibe ihn als streng und jähzornig, sie ängstige sich bis heute vor ihm. Die Mutter sei liebevoll und freundlich gewesen, sie habe sich vom Vater viel gefallen lassen und sei in der Familie immer die Vermittlerin gewesen. Die Eltern hätten sich viel gestritten, was die Patientin sehr belastet hat. Bis heute sei die Patientin bemüht, dem Vater zu gefallen. Die frühkindliche Entwicklung und Kindheit seien weitgehend unauffällig verlaufen. Ein Umzug aus einer Klein- in eine Großstadt habe der Patientin sehr zugesetzt, weil sie ihre Freunde verloren habe. Mit 20 Jahren sei sie von zu Hause ausgezogen, habe zunächst drei Jahre allein gewohnt. Sie habe dann ihren jetzigen Ehemann geheiratet, sei mit ihm seit 25 Jahren verheiratet. Das Paar habe eine 25-jährige Tochter und einen 23-jährigen Sohn, beide seien selbstständig. Nach dem Abschluss ihrer Ausbildung habe sie ihre heutige Stelle als Erzieherin angetreten. Die Arbeit mit den Kindern würde ihr Freude bereiten, allerdings habe sie von Anfang an große Angst gehabt, von den Eltern beurteilt bzw. verurteilt zu werden. Deshalb sei sie nicht als leitende Kraft eingesetzt worden. Die Ehe wird als stabil beschrieben, wobei der Ehemann wenig Zugang zu Emotionalität habe. Allerdings würde er sie gerne umsorgen, was die Patientin später als „Kontrolle wie der Vater“ beschreibt.

Zur Supervisandin

Die Supervisandin hat eine abgeschlossene Ausbildung als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und befindet sich in einer zweiten Weiterbildung zur Fachärztin für Psychosomatische Medizin. Sie arbeitet als Stationsärztin relativ selbstständig und ist schon einige Jahre an der Klinik tätig. Die Supervisionen erfolgten im stationären Setting wöchentlich, in der ambulanten Nachbehandlung nach jeder vierten Therapiestunde. Auf Grund der ländlichen Lage der Klinik war die externe Supervision aus mehreren verständlichen Gründen außerhalb der Klinik nicht durchführbar.

Zur Supervisorin

Die Supervisorin verfügt als Leiterin der Klinik bereits über eine vollständige Weiterbildungsbefugnis und nahm an der Supervisorenausbildung nur aus persönlichem Engagement teil, um ihre Qualifikation zu erweitern. Da sie als einzige an der Klinik als externe Supervisorin anerkannt ist, befindet sie sich in einer komplizierten Doppelrolle als Supervisorin und gleichzeitig als Vorgesetzte.

ZUM SUPERVISIONSPROZESS

Eine Zusammenfassung des laufenden Supervisionsfalls in der Präsentation der an der SV-Ausbildung teilnehmenden Supervisorin

Die Patientin wurde zunächst von einer anderen Therapeutin stationär aufgenommen und behandelt. Es erfolgte die Anamneseerarbeitung, wobei schnell spürbar wurde, dass die Patientin ihre depressive Symptomatik abwehrte.

Thema war zu Beginn auch die Verarbeitung von Trauer bezogen auf den Verlust der Mutter vor 9 Jahren.

Die aufnehmende Therapeutin musste die Patientin an die Supervisandin übergeben, weil sie als Schwangere in den Mutterschaftsurlaub ging, sodass sich hier bereits nach drei Wochen eine Abschiedssituation inszenierte, auf die die Patientin „verstört“ und mit erneuter Somatisierung reagierte. Die Supervisandin tat sich schwer, eine tragfähige Beziehung herzustellen, sie ordnete stattdessen erneute Diagnostik an über eine Röntgenaufnahme. In der Supervision wurde die Supervisandin konfrontiert mit ihrer Vermeidung von Aggressivität und Auseinandersetzung. Dabei wurde deutlich, dass die Patientin bei ihrer neuen Therapeutin Schuldgefühle auslöste, die sie agierend abwehrte. In der Supervision konnte diese Situation als Verschmelzungswunsch und projektive Identifikation angesprochen werden, die Supervisorin hatte jedoch den Eindruck, dass es in der Bearbeitung dieser Zusammenhänge der Supervisandin nicht genügend gelang, die in ihr abgelegte Angst und Aggressivität der Patientin über die ihr vorenthaltene Zuwendung aufzunehmen und die Patientin sich daher in histrionisch-demonstrativer Art somatisierend hilfsbedürftig präsentierte.

Diagnostik nach OPD 2

Als Hauptkonflikt wurde der Versorgungs-Autarkie-Konflikt und als zweitwichtigster Konflikt der Unterwerfungs-Kontrollkonflikt benannt, wobei der erste Konflikt von der Patientin vorwiegend passiv verarbeitet wird.

Der dysfunktionale Beziehungszirkel besteht in folgender Annahme:

Die Patientin erlebt andere als sie entwertend sowie bestimmend. Um sich deren Versorgung, Anleitung und Zuneigung zu sichern, ist sie bemüht, sich besonders klein und hilflos zu machen, anzupassen und zu harmonisieren oder sich trotzig zurückzuziehen und offene Aggressionen zu vermeiden. Die anderen übersehen sie, nehmen sie nicht ausreichend ernst und machen ihr Vorschriften. Darüber ist sie verärgert und agiert dies passiv über Somatisierung aus. Somit wird ihr oben genanntes Erleben wieder bestätigt und ihre Grundüberzeugung „Keiner kümmert sich um mich“ verstärkt.

Psychodynamisch ist von einer Selbstwertstörung auszugehen, die ihren Ursprung in der ungelösten ödipalen Konfliktsituation hat, die für die Patientin bis heute wirksam ist. Von der Mutter fühlte sie sich nicht ausreichend geschützt und unterstützt, sodass von einer Objektbeziehungsstörung auszugehen ist, in der eine weibliche Identifikation nur unzureichend gelang. Überwertige Ängste vor Kritik werden über Selbstentwertung und Somatisierung abgewehrt.

Im weiteren Verlauf wurde die Konfliktsituation mit dem Vater thematisiert. Hier konnte sich die Patientin über die durch ihn anhaltend erlebte Entwertung und Kontrolle entlasten. Eine grundsätzliche Veränderung war in der Kürze der Zeit nicht möglich. Die Partnerschaft wurde nur am Rande thematisiert.

Nach 12 Wochen stationärer Therapie wurde die Patientin nach Hause entlassen. Die ambulante Nachbehandlung erfolgte noch acht Wochen in stützender Form.

Nachdem die Patientin im gleichen Jahr ihre Arbeit als Erzieherin wieder begonnen hatte, dekomensierte sie und wurde in die psychiatrische Klinik aufgenommen, nachdem es zu einem ernstzunehmenden Suizidversuch mit Tabletten gekommen war. Als Auslöser gab sie dem aufnehmenden Arzt an, dass ihr bewusst geworden sei, dass ihr Partner sie wie ihr Vater kontrolliere und sie deshalb nicht zur Ruhe komme. Nach kurzer Stabilisierung wurde die Patientin wieder in die psychosomatische Abteilung verlegt und hier zunächst der Suizidversuch bearbeitet. Es stellte sich heraus, dass die Bezugstherapeutin zu dem Zeitpunkt, als sie ihren Suizidversuch unternahm, im Urlaub war. Die Patientin teilte mit, dass sie ihrer Therapeutin gegenüber nicht habe äußern können, dass sie keine Vorstellung von ihrem künftigen Leben habe und eigene Wünsche und Bedürfnisse nicht wahrnehmen könne.

Erneut reagierte die Therapeutin mit Schuldgefühlen. Unsicherheit und Ängstlichkeit führten bei ihr eher zur Identifikation mit der Patientin als zur Abgrenzung und erlaubten nicht, die aggressiven Impulse der Patientin zu würdigen. In einer Supervisionsstunde, in der die Supervisorin immer wieder die Widerstände der Patientin formulierte, wurde die Supervisorin ärgerlich und fühlte sich selbst in Frage gestellt. Erst als die Supervisorin ihre Gegenübertragung formulierte, konnte die Therapeutin ihre eigenen Anteile an der festgefahrenen Situation erkennen.

In den nachfolgenden Therapiestunden war deutlich, wie die Patientin versuchte, über Anpassung die Anerkennung und Zuwendung vom therapeutischen Team zu erlangen. In der Gruppe vermied die Patientin Auseinandersetzungen und zog sich bei Enttäuschungen sofort zurück. Patientin und Therapeutin erkannten die Reinszenierung des dysfunktionalen Beziehungskreislaufes, fanden aber keine Lösung. Die Patientin zeigte wenig Autonomieentwicklung, die Selbstwertstörung blieb unverändert.

Auf Aufforderung thematisierte die Patientin ihre gestörte Partnerschaft, sie habe ihren Mann nur geheiratet, um ihrer Mutter zu beweisen, dass sie entgegen ihrer Weissagung eine stabile Ehe führen könne. Passiv aggressive und regressive Verhaltensweisen der Patientin im Stationsalltag, in der Gruppe und in der Einzeltherapie führten zu Konflikten, die von der Patientin erneut mit Suiziddrohungen beantwortet wurden. Die Therapeutin reagierte mit Unsicherheit und wollte mehr an Interventionen anbieten. In dieser Situation übernahm die Supervisorin die Verantwortung auch als Vorgesetzte und riet zur Verlegung in die Psychiatrie. Nach einer Woche wurde sie zurückverlegt, äußerte, sie habe sich allein gelassen gefühlt mit ihrem Partnerkonflikt. Nach Integration

in das Gruppenkonzept war die Patientin nun aktiv und konstruktiv. Sie konnte die Vaterübertragung zum männlichen Gruppentherapeuten gut bearbeiten, war deutlich offener und konnte ihr passiv-aggressives Verhalten als Mittel der Auseinandersetzungen im Hier und Jetzt, aber auch in ihrer Partnerschaft erkennen. Erstmals beschäftigte sie sich mit dem Gedanken an Trennung, reagierte aber mit Unverständnis, als der Partner dies akzeptierte. Die Patientin wurde entlassen, als sie angab, sie möchte ihre Partnerschaft aufrechterhalten und wieder arbeiten gehen. Eine depressive Symptomatik war nicht spürbar, wurde auch nicht angegeben.

Die Therapeutin hingegen war insgesamt mit der Therapie unzufrieden, sie habe keine wirklichen Fortschritte erreicht, was sie ärgerte. Die Therapeutin empfand auch Angst, die Patientin könnte erneut suizidal werden. Sie wurde von der Supervisorin zur Abgrenzung und Delegation von Verantwortung ermutigt. Mit Hilfe eines Perspektivwechsels wurde erarbeitet, was die Erfolge in der Therapie waren. Benannt wurden der Erkenntnisgewinn, die Bewusstmachung des Ambivalenzkonflikts, der Zugang zu Ressourcen und die aktuelle Arbeitsfähigkeit.

Nach der Entlassung ging die Patientin wieder arbeiten, dekompenzierte aber erneut, als sie als Krankheitsvertretung selbstständig eine Kindergruppe übernehmen sollte. Die Patientin brach die ambulante Therapie ab und ließ sich in die psychiatrische Klinik einweisen. Mit Hilfe der psychiatrischen KollegInnen wurde ein Rentenanspruch für ein Jahr gestellt. Der unbefriedigende Ausgang wurde von der Therapeutin als persönliche Niederlage verarbeitet, wobei offensichtlich dem sekundären Krankheitsgewinn (Rentenbegehren) zu wenig Bedeutung beigemessen wurde.

SUPERVISION DER SUPERVISION

Eine Zusammenfassung der Schwerpunkte der Diskussion der vorstellenden Teilnehmerin mit der Ausbildungsgruppe, dem leitenden Dozenten und dem Ausbildungsteam

Reflexion der Vorgeschichte

Es ist leider keine Seltenheit, dass sich heute oft zu schnell Abschiedssituationen inszenieren, bevor der Patient in der Behandlung richtig angekommen ist. In den Kliniken ist der Personalschlüssel reduziert, die Ärztinnen und Psychologinnen sind in der Überzahl, sind Frauen im Alter der Familiengründung. Es gibt viel Fluktuation durch Ortswechsel, Elternzeit, Urlaube, Krankheitsausfälle, man hört vor allem in Ferienzeiten von verwaisten Stationen, die an manchen Tagen allein von einer PIA betreut werden. So war auch die Bezugstherapeutin im Urlaub, als die Patientin einen Suizidversuch unternahm. Obwohl wir aus der Bindungstheorie, der Neurobiologie und der Säuglingsforschung um die Bedeutung der sicheren Bindung wissen, wird die Gegebenheit dieser verunsichernden Realität häufig in therapeutischen Prozessen zu wenig in die Reflexion einbezogen. Das gilt übrigens auch für die ambulante Situation, wenn die durch anderweitige Verpflichtungen, Ferien oder Krankheit der TherapeutIn bedingte Unterbrechung der Behandlung beim Patienten Reaktionen hervorruft, die nicht als Ausdruck labilisierter Bindung wahrgenommen und bearbeitet werden (s. auch Wolfgang Mertens, 2016 in diesem Heft). Bei der Patientin und ihrer Therapeutin begann der dysfunktionale Zirkel mit einer Hypothek aus der Vorgeschichte. Die Patientin hatte sich vermutlich auf die Vorthe-

rapeutin eingelassen und zeigte bereits eine leichte Besserung ihrer Symptomatik. Sie fühlte sich gekränkt, entwertet und wütend, dass sie von ihr so schnell zugunsten ihres eigenen Kindes wieder verlassen wurde. Für die Patientin bedeutete das unbewusst eine Wiederauflage der früheren Situation mit ihrer Mutter, die sie bald nach der Geburt mit vielen Kindern in der Krippe und einem privilegierten jüngeren Bruder teilen musste. Die Patientin wehrte ihre Gefühle von Verlassenheit, Entwertung und Wut („keiner kümmert sich um mich“) durch erneute Somatisierung ab, in der Hoffnung dadurch eher Aufmerksamkeit und Zuwendung zu bekommen. Den „Rückfall“ und die anfängliche Schwierigkeit der Supervisorin als Zweittherapeutin mit der Patientin eine tragfähige Beziehung aufzubauen konnte die Supervisorin zunächst nicht im Zusammenhang mit der Vorgeschichte als „Erbe“ einer negativen Mutterübertragung sehen. Die Therapeutin lastete sich die Abwehr der Patientin, die Angst hatte sich erneut einzulassen und wieder enttäuscht bzw. verlassen zu werden, als ihr eigenes Versagen an. Sie entwickelte Schuldgefühle und fühlte sich wie die Patientin gekränkt, unzureichend und ärgerlich, Gefühle, die sie agierend mit Hilfe diagnostischer Aktivitäten zu bewältigen versuchte. Die Gegenübertragung der Supervisorin wurde noch verstärkt durch das Team, das auf den „Rückfall“ der Patientin kritisch reagierte und die Angst bei ihr verstärkte, dafür verantwortlich gemacht zu werden.

Unschwer lässt sich erkennen, wie wichtig es bei Behandlungsbeginn war, dass die Supervisorin versucht hat, mit der Supervisorin die Vorgeschichte, ihren Umgang damit (Übertragung-Gegenübertragung parallel zum therapeutischen Prozess), sowie die Psychodynamik in der Interaktion mit dem therapeutischen Team zu erarbeiten und zu reflektieren.

Die Supervisorin versuchte das Verständnis für die Psychodynamik der Patientin bei der Supervisorin zu fördern

Nach OPD 2 wurde als Hauptkonflikt der Versorgungs-vs.-Autarkie-Konflikt und als zweitwichtigster Konflikt der Unterwerfung-vs.-Kontrollkonflikt betrachtet, wobei der erste vorwiegend passiv von der Patientin verarbeitet wird. Die Diagnostik der Beziehungsgestaltung diente als Voraussetzung, mit Hilfe der Supervision den dysfunktionalen Beziehungszirkel mit der Supervisorin zu klären. Der dysfunktionale Beziehungszirkel besteht in folgender Annahme: die Patientin erlebt andere als sie entwertend sowie bestimmend. Um sich deren Versorgung und Zuneigung zu sichern, ist sie bemüht, sich besonders klein und hilflos zu machen, anzupassen und zu harmonisieren oder sich trotzig zurückzuziehen und offene Aggressionen zu vermeiden. Die anderen übersehen sie, nehmen sie nicht ausreichend ernst und machen ihr Vorschriften. Darüber ist sie verärgert und agiert dies passiv über Somatisierung aus. Somit wird ihr oben genanntes Erleben wieder bestätigt und ihre Grundüberzeugung „keiner kümmert sich um mich“ verstärkt.

Reflexion der Beziehung von Therapeutin und Patientin

Um den dysfunktionalen Beziehungszirkel aufzulösen, widmete sich die Supervisorin zunächst der Beziehungsgestaltung in der Dyade. Sie versuchte mit der Supervisorin den Verschmelzungswunsch und die projektive Identifikation herauszuarbeiten, um ihr nahe zu bringen, dass unerträgliche, abgewehrte Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Aggressivität der Patientin in ihr abgelegt wurden, die es zu containen galt, statt sie ihrerseits abzuwehren. Die Supervisorin wurde zur Förderung von Abgrenzung und Delegation von Verantwortung an die Patientin ermutigt.

Reflexion der Beziehung von Supervisandin und Supervisorin

Die Supervisandin erlebte in der Supervision zunächst eine Entlastung von ihren Schuldgefühlen, übernahm aber immer wieder die Position der Patientin, identifizierte sich mit deren Unsicherheit, Ängstlichkeit und den Gefühlen der Wertlosigkeit. Der Versuch der Supervisorin, mit Hilfe eines Perspektivwechsels der Supervisandin die Therapieerfolge nahe zu bringen, d. h. den Erkenntnisgewinn, die Bewusstmachung der Ambivalenzkonflikte, der Zugang zu Ressourcen und die partielle Arbeitsfähigkeit erreichten die Supervisandin nicht wirklich.

Reflexion der Parallelprozesse

In einer sehr emotionalen Supervisionsstunde geriet die Supervisorin ihrerseits in den Parallelprozess. Sie empfand Ärger und fühlte sich „in Frage gestellt“ als sie die Supervisandin wieder einmal erfolglos mit ihrem Mangel an Abgrenzung der Patientin gegenüber konfrontierte. Erst nach deutlicher Aufdeckung der Gegenübertragung der Supervisorin konnte die Supervisandin ihre eigenen Anteile an der festgefahrenen Situation im Therapieprozess erkennen. Es wurde ihr klar, dass sie mütterliche Impulse ausagierte und den aggressiven Gefühlen der Patientin zu wenig Raum gab.

Metakommunikation zwischen Supervisandin und Supervisorin

Die komplizierte Psychodynamik durch die Doppelrolle als externe Supervisorin und Vorgesetzte, die sich zwischen Supervisorin und Supervisandin entfaltete, wurde besonders deutlich im Parallelprozess und in der suizidalen Krise, als die Supervisorin die Verantwortung übernahm und gegen den Wunsch der Supervisandin die Patientin in die Psychiatrie verlegte.

Besonderheiten und zusammenfassende Reflexion

Ausgelöst durch eine äußere institutionelle Gegebenheit entwickelte sich ein dysfunktionaler Beziehungszirkel, der Parallelprozesse sichtbar werden ließ zwischen Patientin und Therapeutin und zwischen Supervisandin und Supervisorin, wobei die hierarchische Verwicklung eine besondere Rolle spielte. Leitende ÄrztInnen, ihre MitarbeiterInnen und Teams stehen unter Zeitdruck, Effektivitätsdruck, Verantwortungsdruck und wirtschaftlichem Druck, d. h. der Entwicklung der Patientin sowie der Entwicklung einer therapeutischen Beziehung kann zu wenig Zeit und Raum gegeben werden. Das gilt auch für die Beziehung zwischen Supervisandin und Supervisorin. Stellen sich nicht rasch positive Veränderungen ein, zeigen sich Gefühle von Ärger, Ungeduld und Ungenügen, die dann durch Agieren abgewehrt werden. Letzteres fällt heute auch bei ambulanten Therapieverläufen auf.

Die Kooperation zwischen psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen lässt oft – wie auch an dieser Vignette (zumindest im späteren Teil der Behandlung) ersichtlich – Mängel erkennen. Auch von ambulant tätigen PsychotherapeutInnen werden gegenwärtig nicht selten PatientInnen schon während der probatorischen Sitzungen zu einem niedergelassenen psychiatrischen Kollegen zur diagnostischen Abklärung, psychopharmakologischen Mitbehandlung oder Überweisung in eine Klinik geschickt, ohne dass eine dringende Indikation dieses Vorgehen erfordert, sondern überwiegend zur Abwehr eigener Ängstlichkeit und Unsicherheit, vor allem in den Anfängen einer selbstständigen

gen Tätigkeit. Dadurch können auch dysfunktionale Beziehungszirkel entstehen, da der Patient sich zu schnell weiterverwiesen fühlt, wodurch der Aufbau der therapeutischen Beziehung beeinträchtigt wird.

Es fällt auf, dass beim ersten Klinikaufenthalt der Patientin die aktuelle Beziehung, die angedeutete komplizierte Ehe nicht angesprochen wurde, sondern die Vaterbeziehung, obwohl es eine TP war. PatientInnen rücken meist ihre Probleme am Arbeitsplatz gegenüber ihren privaten Konflikten in den Vordergrund, weil erstere weniger angst- und schambesetzt und gesellschaftlich akzeptierter sind. Wird das von der Therapeutin bzw. Supervisorin nicht erkannt, wird in der Therapie nur der Arbeitskonflikt bearbeitet, der Partnerkonflikt, der oft schwerer wiegt, bleibt unbeachtet.

Es entstand der Eindruck, dass eine genauere Thematisierung der Konflikt- und Strukturpathologie mit Einschätzung des Strukturniveaus ein hilfreiches Instrumentarium gewesen wäre, um die Psychodynamik noch genauer zu klären und dementsprechend ein adäquateres therapeutisches Konzept zu entwickeln.

Da eine Selbstwertstörung diagnostiziert wurde, deren Wurzeln bereits in der praeödiptalen Mutterbeziehung zu vermuten sind, hätte man einen strukturbezogenen Fokus wählen können. Statt die Supervisorin der Patientin gegenüber so schnell zur Abgrenzung und Delegation von Verantwortung und Konfrontation mit Aggressivität aufzufordern, hätte man zunächst dem Aufbau einer ermutigenden, haltgebenden Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin und auch zwischen Supervisorin und Supervisorin den Vorrang geben können. Das hätte vielleicht eher aus dem dysfunktionalen Zirkel herausgeführt, indem die Patientin ein sichereres Gefühl, dass sich jemand um sie kümmert und die Supervisorin mehr Selbstvertrauen in ihre Kompetenz entwickelt hätten.

Supervision in der ambulanten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von Kindern

Vignette 2

Rivalität zwischen Mutter und Tochter – Wer darf das bedürftige Kind sein?

Zur Patientin

Die zehnjährige Patientin kommt mit der Diagnose: Emotionale Störung des Kindesalters mit Trennungsangst vor dem Hintergrund eines Abhängigkeits-Autonomiekonflikts bei einer chronisch kranken Mutter. Angeraten wurde eine psychotherapeutische Behandlung von der Kinder- und Jugendhilfe. Die Mutter wird zu Hause von einer sozialpädagogischen Familienhelferin 2-3-mal pro Woche unterstützt, vor allem bei der Erledigung der Hausaufgaben, die die Patientin mit der Mutter nur unter viel Protest erledigt.

Die übergewichtige Patientin leidet unter konkreten und diffusen Ängsten, sie könne nicht mehr alleine die Wohnung verlassen, müsse von der Mutter oder der älteren Schwester zur Schule begleitet werden. Sie klagt über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen und Übelkeit und könne deshalb mindestens zweimal in der Woche nicht zur Schule gehen. Ärztliche Untersuchungen ergaben keinen pathologischen Befund.

Die Patientin ist das zweite Kind griechischer Eltern. Die Schwangerschaft der Mutter war belastet durch Paarkonflikte, der Vater hatte ein zweites Kind nicht gewünscht. Die Schwangerschaft und Geburt verliefen schwierig. Auf Drängen des Vaters trennten sich die Eltern als die Patientin ein Jahr alt war, reisten dennoch bald darauf gemeinsam mit der Herkunftsfamilie der Mutter nach Deutschland aus. Als die Patientin zwei Jahre alt war beging der Vater einen Suizidversuch, den die Mutter noch rechtzeitig verhindern konnte, danach ging der Vater nach Griechenland zurück. Seitdem besteht zu ihm wenig Kontakt, zumal er mit einer zweiten Frau zusammenlebt, mit der er zwei Kinder hat.

Obwohl ein gemeinsames Sorgerecht vorliegt, zeige er wenig Interesse für die Patientin und ihre Schwester. Die Mutter lebt mit den beiden Töchtern in einer Dreizimmerwohnung. Die drei Jahre ältere Schwester hat ein eigenes Zimmer, die Patientin schläft mit der Mutter in einem Raum in einem Ehebett, wenn sie alleine sein wolle, ziehe sie sich ins Badezimmer zurück. Die Mutter der Patientin hat ein Pädagogikstudium abgeschlossen, war aber noch nie berufstätig. Seit ihrer Kindheit leidet die Mutter unter einem schweren Asthma bronchiale, ist deshalb frühberentet, verweigert aber eine adäquate Behandlung. Es kommt immer wieder zu lebensbedrohlichen Zuständen mit akuter Atemnot, schon wiederholt mussten die Töchter den Notarzt rufen. Die Familie lebt von Hartz IV, eine gewisse Unterstützung kommt von einer Schwester der Mutter und durch die Anbindung an die griechisch-orthodoxe Gemeinde. Für die Patientin waren schon seit der Kleinkindzeit Trennungen schwierig, die Trennungsängste waren sicherlich durch die frühe Verlassenheit durch den Vater und die chronische Erkrankung der Mutter getriggert. Sie besuchte deshalb auch erst ein Jahr vor der Einschulung einen Kindergarten.

Die Symptomatik begann nach einer Mutter-Kind-Kur, die die Mutter wegen einer akuten Krankenhauseinweisung abbrechen musste. Bei Therapiebeginn besuchte die Patientin die erste Klasse eines Gymnasiums, die Schulnoten waren trotz der Fehlzeiten gut. Die Patientin berichtet von vielen Freundinnen in der Schule, mit denen sie aber nur während der Schulzeit Kontakt hat, während die Mutter verneint, dass ihre Tochter Freundinnen habe. Die Patientin macht viele Unternehmungen der Schule nicht mit, um bei der Mutter zu bleiben, um die sie sich große Sorgen macht, dass ihr etwas zustoßen könnte.

Zur Supervisandin

Die Supervisandin ist Fachärztin für Kinderheilkunde und hat eine tiefenpsychologische Weiterbildung für Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapie absolviert. Sie verfügt über langjährige klinische Erfahrung. Sie arbeitet seit kurzem in einer eigenen Praxis.

Zur Supervisorin

Die Supervisorin ist leitende Oberärztin einer psychosomatischen Klinik für Kinder- und Jugendliche. Um eine hierarchische Problematik zu vermeiden, wählte sie eine Supervisandin außerhalb der Klinik. Allerdings kannten sich Supervisorin und Supervisandin schon aus einer früheren gemeinsamen Weiterbildung. Eine anfängliche Sorge der Supervisorin war, der erfahrenen Kollegin gewachsen zu sein.

ZUM SUPERVISIONSPROZESS

Eine Zusammenfassung des laufenden Supervisionsfalls in der Präsentation der an der SV-Ausbildung teilnehmenden Supervisorin

Supervidiert wurde eine tiefenpsychologische Psychotherapie mit einer Wochenstunde. Nach jeder vierten Behandlungsstunde fand ein Gespräch mit der Mutter statt und auch eine Supervisionssitzung.

Die Konfliktebenen werden schon in den ersten Therapiestunden und dann auch schnell in der Supervision deutlich. Die Supervisandin schildert einen dramatischen Beginn in der ersten probatorischen Sitzung: da Mutter und Tochter die Praxis nicht finden, muss die Therapeutin sie im Nachbarhaus abholen. Sie trifft die Mutter der Patientin dort durch eine schwere Atemnot so beeinträchtigt an, dass die Mutter sofort die volle ärztliche Fürsorge der TherapeutIn auf sich zieht. Es bleibt kein Raum für die Tochter, die ihrerseits auch voller Angst und Aufregung um die Mutter ist. Einerseits ist es für die Patientin eine vertraute, oft erlebte Situation, dass es vorrangig um die Bedürfnisse der Mutter geht, andererseits erweckt bereits die erste Begegnung mit der Therapeutin Frustration und Ärger, dass es nicht, wie vermutlich erhofft, um sie und ihre Themen geht. Der Ablauf erinnert an die auslösende Konfliktsituation mit dem Beginn der Symptomatik.

Der Kontakt zwischen der Patientin und der Therapeutin ist im ersten Jahr schwankend, das zeigt sich z. B. auch daran, dass die Patientin ihren Mantel meist anbehält, dauerhaft legt sie ihn erst nach einem Jahr ab. Die Patientin kommt in der Regel in Begleitung von Mutter und Schwester in die Praxis. Die Therapeutin findet die adipöse Patientin im Vergleich zu ihrer schlanken, hübschen Schwester, die auch ansprechend gekleidet ist, nicht attraktiv. Da nach jeder vierten Behandlung ein Elterngespräch stattfindet, bleibt die Mutter weiterhin sehr präsent, nimmt die Therapeutin in Anspruch mit ihrer Krankheit und ihren vielfältigen Belastungen und rivalisiert mit der Tochter um die Aufmerksamkeit der Therapeutin. Dadurch ist die Therapeutin zunächst stark mit der Mutter identifiziert und mit deren Not und Erschöpfung. Es zeigt sich bald ein schwieriges Wechselspiel. Je intensiver der Kontakt zwischen Therapeutin und Patientin ist, umso mehr zieht sich die Mutter zurück, sagt Termine ab bis hin zur Drohung, die Therapie der Tochter samt Elterngespräch abzubrechen und umgekehrt reagiert die Patientin verschlossen, wenn die Mutter sich zu sehr einmischt und sie das Gefühl hat, diese erhalte von der Therapeutin zu viel Aufmerksamkeit. In der therapeutischen Situation mogelt die Patientin bei Spielen zum Nachteil der Therapeutin, schildert ihre Lebenssituation z. B. mit Freundinnen zu rosig und geht zeitweise ganz aus dem Kontakt. Sie wirkt dann traurig und bedrückt, malt einen Baum ohne Blätter und ohne Wurzeln. In den Elterngesprächen fokussiert die Therapeutin immer wieder auf eine eigene Therapiemotivation der Mutter, was zu einer Kontaktaufnahme mit einer Therapeutin, aber nicht zur Aufnahme einer eigenen Therapie der Mutter führt. Manchmal wird aber auch die Therapeutin als Dritte ausgeschlossen, wenn Mutter und Tochter sich auf Griechisch unterhalten und die Therapeutin das Gespräch nicht versteht. Die Supervisorin versucht, die Patientin der Supervisandin näher zu bringen, indem sie ihr deren Gefühle von Enttäuschung, frustrierten Bedürfnissen und Ärger spiegelt. Dass das gelingt, zeigt sich daran, dass die Patientin bald weniger zugeknöpft, spontaner,

jugendlicher wirkt und bei der Therapeutin mehr Sympathie hervorruft. Die Patientin möchte in den Therapiestunden vor allem spielen. Die Supervisorin ermutigt die Supervisorin, sich auf die Wünsche der Patientin einzulassen, statt sie mit konflikthafter Themen (Schule, Hausaufgaben) zu konfrontieren und so zu vermeiden, in eine negative Mutterübertragung zu geraten. Die Patientin bevorzugt Monopoly, sie will viel Geld und Besitz anhäufen, erfindet zu ihren Gunsten neue Spielregeln, bricht das Spiel ab, wenn sie am Verlieren ist. Sie bringt aufgebaute Jenga-Türme zum Einsturz, sie malt sich ein erträumtes Zimmer und große Geschenke, die sie sich wünscht. So kann die Patientin nach und nach ihre Bedürfnisse zum Ausdruck bringen sowie ihren Ärger, wenn sie sich von der Mutter bzw. der Therapeutin benachteiligt fühlt. Nach etwa drei Monaten ging die Patientin wieder regelmäßig zur Schule, machte die Hausaufgaben alleine, erzielte meist gute Noten. Die psychosomatischen Beschwerden waren verschwunden. Weiterhin bestanden Ängste, vor allem bei anstehenden Trennungen, weshalb im Einverständnis mit der Patientin und ihrer Mutter ein Verlängerungsantrag gestellt wurde.

SUPERVISION DER SUPERVISION

Eine Zusammenfassung der Schwerpunkte der Diskussion der vorstellenden Teilnehmerin mit der Ausbildungsgruppe, dem leitenden Dozenten und dem Ausbildungsteam

Reflexion der Beziehung von Therapeutin und Patientin

Die Supervisorin erkennt bald nach Beginn der Supervision, dass die Supervisorin in der therapeutischen Situation zu stark mit der Not und der Erschöpfung der Mutter identifiziert ist. Auch mit Hilfe der gemeinsamen ärztlichen Identität kann sie diese Identifikation empathisch teilen, nimmt aber gleichzeitig wahr, dass sich die Supervisorin mit der Beziehungsgestaltung zur Patientin schwer tut. Sie versucht daher, der Supervisorin die Patientin nahe zu bringen und die Beziehung zwischen Therapeutin und Patientin zu fördern.

Reflexion des Supervisionsauftrags

Die Supervisorin entdeckt ihre zentrale Aufgabe darin, die Supervisorin zu unterstützen, Mutter und Tochter zunächst in der Therapie zu halten und sich Zeit und Raum zu nehmen, um mit beiden in eine gute therapeutische Beziehung zu kommen. Supervisorin und Supervisorin einigen sich auf das Konzept, als späteres Therapieziel im Auge zu behalten, die Mutter für eine eigene Therapie zu motivieren, damit die Tochter mehr Raum für ihre Bedürfnisse bekommt.

Reflexion der Parallelprozesse

Rivalität zwischen Supervisorin und Supervisorin kam nur leicht anfangs auf, „wer hält wen für bedürftiger und verschafft demjenigen mehr Beachtung? Wer ist die bessere Mutter, die erfahrenere Therapeutin?“ Die Gefahr der Entwicklung eines Parallelprozesses konnte besprochen und die Übertragungs- Gegenübertragungsverstrickungen konnten aufgelöst werden. Die Supervisorin schätzte die hilfreiche Unterstützung der Supervisorin in diesem schwierigen Prozess, wodurch die Supervisorin sich der kompetenten Supervisorin gegenüber noch sicherer fühlte.

Reflexion des Verständnisses für die Psychodynamik der Patientin bei der Supervisorin

Die Patientin hat bereits in der frühen Kindheit traumatisierende Trennungserlebnisse (Verlassenheit durch den Vater, Trennungsjahre durch drohenden Verlust der kranken Mutter, Entwurzelung vom Herkunftsland) hinnehmen müssen. Durch die Entbehrungen in der elterlichen Zuwendung sowie die Parentifizierung durch die Mutter hat die Patientin einen Mangel an positiver Wahrnehmung und liebevoller Haltgebung in ihrer Selbst- und Bindungsentwicklung erlitten, was sich auch an ihrer Angstsymptomatik zeigt. Deshalb legte die Supervisorin der Therapeutin behandlungstechnisch einen strukturbezogenen Fokus nahe (z.B. erst mit der Patientin spielen statt sie mit schulischen Konflikten zu konfrontieren) eine Empfehlung, die sich im Aufbau der therapeutischen Beziehung bewährte.

Reflexion der Beziehung von Supervisorin und Supervisorin

Es entwickelte sich ein fruchtbarer Austausch zwischen Supervisorin und Supervisorin bezüglich Klärung der Psychodynamik (Übertragung-Gegenübertragungsprozesse) und Thematisierung der Konflikt- und Strukturpathologie. Obwohl die Supervisorin ursprünglich von einem Abhängigkeits- Autonomiekonflikt als Behandlungsfokus ausging, ließ sie sich nach der gemeinsamen Einschätzung des Strukturniveaus auf den Vorschlag der Supervisorin ein, zunächst strukturbezogen vorzugehen, was für das entstandene gute Arbeitsbündnis spricht.

Besonderheiten und zusammenfassende Reflexion

Beispielhaft für die Arbeit in der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen ist, dass oft auch die Eltern eine Symptomatik mitbringen, die Aufmerksamkeit auf sich zieht und die Notwendigkeit nahelegt, die Eltern zu einer eigenen Therapie zu motivieren, was sich oft schwierig umsetzen lässt. Wie in der Vignette ersichtlich, ist es für einen guten therapeutischen Prozess entscheidend, dass sich die Therapeutin mit der Mutter und dem Kind identifiziert, Raum und Zeit gibt, dass erst zu beiden eine positive therapeutische Beziehung entsteht, aber dann auch die nötige Abgrenzung stattfindet, d.h. einerseits die Mutter nicht zu schnell in eine eigene Therapie gedrängt, andererseits nicht in der Beziehung festgehalten und bevorzugt therapiert wird.

Als besonders hilfreich erwies sich hier auch die Triadenarbeit der SV-Ausbildung (der regelmäßige Austausch von drei Teilnehmern in der Kleingruppe), die der Supervisorin half, sich deutlich zu äußern, als sie sich anfangs nicht traute, die zu einseitig empfundene Identifikation der Supervisorin mit der Mutter der Patientin anzusprechen und in dem dramatischen Wechselspiel von drei Beteiligten eine beziehungsfördernde Position ohne Verstrickung in Parallelprozesse einzunehmen.

Eine Besonderheit in dieser Vignette ist außerdem, dass es sich um eine Patientin mit Migrationshintergrund handelt, eine Situation, die sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung einen immer größeren Raum einnimmt, also längst eigentlich keine Besonderheit mehr ist.

Auch wenn die Patientin zwei Jahre alt war, als die Familie ihre Heimat verließ, muss davon ausgegangen werden, dass die familiäre Entwurzelung und das neue soziale Umfeld nicht ohne Einfluss auf die intrapsychische und interpersonelle Entwicklung geblieben

sind. TherapeutInnen und SupervisorInnen sollten also Migrationsthematik in ihre Reflexion miteinbeziehen, d. h. zur genannten Psychodynamik kommt der Umgang mit Fremdsprachlichkeit und kulturellen Unterschieden hinzu. In psychiatrischen/psychotherapeutischen/psychosomatischen Kliniken und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), insbesondere außerhalb der Großstädte, haben auch immer mehr SupervisandInnen (ÄrztInnen und PsychologInnen) einen Migrationshintergrund, der in die Reflexion supervisorischer Prozesse miteinbezogen werden sollte.

Supervision in der Klinik für Kinder-und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie und Psychosomatik

An einem Fallbeispiel aus der Klinik für Kinder-und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie und Psychosomatik lässt sich ein weiteres Thema darstellen, das in diesem Rahmen häufig auftritt: der gleichzeitige Umgang mit der Vielfalt der Behandlungsmethoden.

Vignette 3

Tiefenpsychologische Einzeltherapie und systemische Familientherapie – von der ausweglosen Straßenkreuzung zur Mauer mit Gucklöchern

Zur Patientin

Es handelt sich um eine 16-jährige hübsche, deutlich adipöse Gymnasiastin, die die elfte Klasse besucht, mit früher guten Noten. Seit zwei Jahren wird ein Leistungsabfall beklagt, sie könne sich nicht konzentrieren, leide unter niedergeschlagener Stimmung, Antriebslosigkeit und sozialem Rückzug. Sie leide außerdem unter körperlichen Beschwerden, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, häufigen Infekten und übermäßigen Appetit. Sie wirkt sehr aufmerksam beobachtend, hat immer wieder Tränen in den Augen bei fassadärem Lächeln.

Auf Nachfragen äußert die Patientin Suizidgedanken mit konkreten Überlegungen, sich vor einen Zug zu werfen. Auffällig war die Reaktion der Mutter, die relativ ungerührt bemerkte „das habe sie auch“.

Vor zwei Jahren wurde die Patientin auf ihr Drängen in einer Institutsambulanz vorgestellt, erhielt die Diagnose ADHS und eine dreimonatige Behandlung mit Ritalin. Sie reagierte mit Übelkeit und Gewichtsabnahme und ohne Veränderung der bestehenden Symptomatik. Vor einem Jahr wurde eine stationäre Therapie von den Eltern abgebrochen, weil sie nichts bewirkt hatte. Anschließend erfolgte eine ambulante Verhaltenstherapie. Der Therapeut habe nach Ausschöpfung des Stundenkontingentes eine erneute stationäre Therapie empfohlen.

Die Kindesmutter wünscht, dass die Patientin wieder Spaß am Leben habe, Hobbys nachgehe, soziale Kontakte knüpfe und an Sachen dran bleibe, während die Patientin kein Anliegen formulieren kann.

Die Patientin ist die mittlere Tochter der 42-jährigen Mutter, die als Juristin ganztags berufstätig und die Haupternährerin der Familie ist. Die Mutter sei kaum zu Hause, weil sie berufsbedingt viel pendeln müsse. Der 45-jährige Vater habe ein nicht abgeschlossenes

Medizinstudium. Er sei Hausmann und arbeite im Rahmen eines Hilfsjobs. Die Patientin habe noch eine 7-jährige Schwester und einen 20-jährigen Bruder, der BWL studiere. Die Familienatmosphäre ist laut und anstrengend, die Mutter macht am Wochenende Haushalt, weil sie mit der Haushaltsführung des Vaters nicht zufrieden ist. Sie bezeichnet den Ehemann als wenig einfühlsam, er hielte sich aus allem heraus. Vor zwei Jahren habe die Mutter einen seelischen Zusammenbruch erlitten mit Suizidgedanken, seitdem fühle sie sich nicht weniger belastet. Die Geschwister seien lebhafter und würden die Patientin überrennen.

Diagnose: Dysthymie (F34.0), Adipositas und eine arterielle Hypertonie
Therapieziele: Selbstwertstabilisierung, Verbesserung der emotionalen Wahrnehmung und Ausdrucksfähigkeit, Förderung der autonomen Entwicklung sowie die Motivation für eine anschließende ambulante Weiterbehandlung.

Zur Supervisandin

Die Supervisandin ist eine 28-jährige Psychologin, die sich in einer Ausbildung zur systemischen Familientherapeutin befindet. Sie führt die therapeutischen Einzelsitzungen mit der Patientin sowie die Familiengespräche durch, letztere zusammen mit einer CO-Therapeutin. Die Supervisorin beschreibt die Supervisandin als zugewandt, verantwortungsvoll, mit einer guten Reflexions- und Introspektionsfähigkeit.

Zur Supervisorin

Der Supervisorin ist die Patientin persönlich bekannt, einmal hat sie auch an einem Familiengespräch teilgenommen. Als leitende Ärztin muss sie vielfältige Aufgaben übernehmen, Teilnahme an den Reflexionsrunden der Station, Leitung der Visiten des multidisziplinären Teams, gegebenenfalls auch die therapeutische Vertretung der fallführenden Therapeutin.

ZUM SUPERVISIONSPROZESS

Eine Zusammenfassung des laufenden Supervisionsfalls in der Präsentation der teilnehmenden Supervisorin

Die Supervision erfolgte im Einzelsetting, nach jeder 2.- 4. Einzelstunde und sowie nach 1-2 Familiengesprächen. Der Verlaufsbericht umfasst zehn Wochen.

Die Supervisandin berichtet, dass die Patientin auf Station gut angekommen sei, sich aber noch sehr zurückgezogen verhalte und Anforderungen vermeide. Gleich zu Beginn habe sie die Teilnahme an einem erlebnispädagogischen Projekt verweigert. Die das Projekt leitende Psychologin habe das nicht tolerieren wollen. Die Supervisandin habe sich für die Patientin eingesetzt, da diese noch sehr unsicher in der neuen Patientengruppe und überfordert auf sie wirkte, sich auf ein mehrtägiges außerstationäres Projekt zu begeben. Die Supervisorin unterstützte die Supervisandin darin, der Patientin erst einmal Zeit zu geben, anzukommen und reflektierte mit ihr, dass sich in diesem Konflikt bereits ein Teil der familiären Psychodynamik abbilde, z. B. das Erstgespräch mit der Mutter und der Patientin, in dem die Mutter ihre Therapieerwartungen für die Tochter äußert: „Hobbys, soziale Kontakte, an Sachen dran bleiben“ und die Not der Tochter überhaupt nicht wahrzunehmen scheint.

Zu den Einzelstunden kam die Patientin pünktlich, stand aber erst lange vor der Tür, bevor sie klopfte. Sie klagte, dass niemand sie ernst nehme und verstehe. Die Supervisorin erlebte die Stunden zäh, stellte der Patientin viele Fragen. In der Supervision berichtete die Supervisorin, sie fühle sich selbst sehr unter Druck, viel tun zu müssen, neige zu Aktionismus und Angeboten an die Patientin, sodass sie sich vielleicht ähnlich wie die Mutter benehme. Das Verhalten der Patientin sich bei Anforderungen oder in kritischen Reflexionen gekränkt vermeidend zurückzuziehen, bei gleichzeitig spürbarem wütenden Affekt, löste bei verschiedenen Mitgliedern des Teams aggressive Gegenübertragungen aus. Andere reagierten mit hilfloser Resignation und der Tendenz sie zu entlassen, weil sie nicht mitarbeite. Auch die Supervisorin ist frustriert vom Therapieverlauf und wütend über die Unbeweglichkeit der Patientin. Die Supervisorin reflektiert mit der Supervisorin die möglichen Übertragungs-Gegenübertragungsprozesse „dass die Patientin sich vielleicht selber hilflos fühle und unter Druck stehe und das auf die Therapeutin übertrage, die ihrerseits mit Aktionismus antwortet, wie es die Patientin von der Kindsmutter her kennt“. Als die Therapeutin der Patientin dadurch mehr Raum gibt, greift die Patientin selbst das Vermeidungsthema auf. Sie schildert der Therapeutin ein Bild, in dem sie selbst sich auf einer Straßenkreuzung stehen sieht, deren vier abgehende Straßen je von einem Maschendrahtzaun abriegelt sind, dahinter befindet sich Nebel, vielleicht auch Wölfe. Die Patientin habe das Bild präsentiert und geschwiegen. Auf die Frage der Therapeutin, was die Patientin tun könne, antwortete sie „aufschieben und vermeiden“. „Es habe wenig Sinn, mit den Eltern zu reden, die hätten doch andere Pläne denen sie sich fügen müsse.“ Die Hemmung der Entwicklungsimpulse gipfelt in der Frage der Patientin „ob die Therapie überhaupt etwas bringe“ und dem zugespitzten Ärger der Supervisorin. Die Supervisorin traut sich nicht, den heftigen Affekt der Supervisorin aufzugreifen, sie gerät nun ihrerseits kurzfristig in den Parallelprozess, Gefühle von Zweifel und Unsicherheit kommen auf, ob sie sich nicht mit dem Konzept der tiefenpsychologischen Herangehensweise und der systemischen Therapie übernommen habe. Die Supervisorin kann sich aber durch das Erkennen des Parallelprozesses bald wieder davon distanzieren und versucht, mit der Supervisorin tiefenpsychologisch die psychodynamischen Hintergründe zu erarbeiten, die das Verhalten der Patientin, sich nicht zu bewegen, verständlich machen. Supervisorin und Supervisorin entwickeln als Störungskonzept eine ödipale Konfliktkonstellation, die Hypothese, dass die Vermeidung (und sich aus allem heraushalten) eine Identifikation mit dem Vaters ist, mit dem die Patientin auch sonst viel Gemeinsames hat und mit dem bis vor zwei Jahren eine große Nähe bestand, während sie die Mutter hochgradig ambivalent erlebt und aggressiv abgewehrt hatte, was aber auf Grund der dies bedingenden Schuld- und Schamdynamik nicht gelebt werden konnte. Die Distanzierung des Vaters (möglicherweise auf dem Hintergrund eigener libidinöser Impulse), die Konflikte der Eltern und der depressive Zusammenbruch der Mutter haben bei der Patientin zu einem Selbstwerteinbruch mit depressiver Dekompensation geführt.

Der Hintergrund dafür wurde auch darin gesehen, dass die Patientin bereits in der frühen Kindheit zu wenig positive Spiegelung durch die Eltern erfahren und ein unsicheres Selbstwerterleben und eine hohe Kränkbarkeit entwickelt hat. So gelang ihr nicht die Lösung von den Eltern, die Entwicklungsimpulse der Adoleszenz konnte sie zu wenig nutzen (sich bewegen), um eine selbstständigere Position einzunehmen. Auf der systemischen Ebene bildete sich der Loyalitätskonflikt ab, die wichtige Funktion der Patientin innerhalb der Familiendynamik das fragile Gleichgewicht aufrecht zu erhalten.

Tatsächlich wird in den Familiengesprächen im Verlauf deutlich, dass die Patientin aktiv für den Vater Partei ergreift, zugleich sehr darauf achtet, die Mutter nicht zu frustrieren. Die Eltern sind mit ihren Trennungsimpulsen beschäftigt, die Patientin nehmen sie nicht wahr. Über die Reflexion der Familiensitzung gelingt es, dass die Supervisorin emotional Zugang findet zu der Traurigkeit, der Hilflosigkeit und Bedürftigkeit der Patientin nach Halt und Verständnis. Sie ist sehr berührt und entdeckt, dass es darum ginge, diese Gefühle mit ihr auszuhalten, statt ärgerlich Druck zu machen, sich zu bewegen. Dieser Prozess, der von der Supervisorin sehr hilfreich begleitet wurde, ermöglichte es der Patientin, sich auf die Therapeutin und die therapeutische Arbeit einzulassen. An die Stelle des Bildes mit der abgeriegelten Straßenkreuzung, wo es keinen Ausweg gab, trat das Bild einer Mauer mit Gucklöchern.

In der Familientherapie gelang es, die Eltern für eine Paartherapie zu motivieren und eine bessere Wahrnehmung der Bedürfnisse der Tochter zu entwickeln. Die Patientin entwickelte den Plan, bei den Eltern auszuziehen, ein soziales Jahr zu machen und danach die Schule zu beenden, Sie entschloss sich auch zu einer ambulanten Fortsetzung der Einzeltherapie. Sie war erstaunt, dass die Eltern dafür offen waren.

SUPERVISION DER SUPERVISION

Eine Zusammenfassung der Schwerpunkte der Diskussion der vorstellenden Supervisorin mit der Ausbildungsgruppe, dem leitenden Dozenten und dem Ausbildungsteam

Klärung des Supervisionsauftrags

Die Klärung gestaltete sich schwierig, da die Supervisorin die Patientin im Rahmen einer Ausbildung zur systemischen Familientherapeutin übernahm, zugleich sollte aber auch eine tiefenpsychologische Supervision stattfinden.

Reflexion der Beziehung von Patientin und Therapeutin

Sehr deutlich zeigte sich wieder der Parallelprozess, der Druck, d.h. die ungeduldige Erwartung, schnelle Fortschritte vorzuzeigen, den die Patientin empfand und den ihre Mutter auch machte, wird von der Therapeutin und auch anderen Bezugspersonen der Klinik übernommen.

Verständnis für die Psychodynamik der Patientin bei der Supervisorin

Die Supervisorin half der Therapeutin (und sich selbst) durch das psychodynamische Verstehen aus dem Parallelprozess und ihrer Gegenübertragung herauszufinden, was zentral bedeutsam wurde, damit sich Patientin und Supervisorin auf die therapeutische Beziehung einlassen konnten.

Besonderheiten und Zusammenfassende Reflexion

Die Supervisorin war sich bewusst, dass sie an sich selber eine hohe Anforderung gestellt hat, die Systemtheorie und die Tiefenpsychologie in der Supervision zusammenzubringen. Die Vignette bildet aber auch beispielhaft die Situation ab, die in der stationären Behandlung in der Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik für Kinder und Jugendliche bzw. Erwachsene häufig gegeben ist, dass andere Verfahren mit dem tiefen-

psychologischen Konzept verbunden werden und sich, statt hemmend, auch fördernd auswirken können.

An dem Beispiel kann auch verdeutlicht werden, dass die psychodynamische Haltung, Denk- und Arbeitsweise, insbesondere unter dem Blickwinkel auf die Entwicklung sicherer Bindung und guter therapeutischer Beziehung, sehr hilfreich sein kann gegenüber dem oft vorherrschenden Bedürfnis von PatientInnen, Angehörigen, SupervisandInnen und Klinik-Teams nach konkreten, alltagspraktischen Handlungsempfehlungen.

Zuviel psychoedukativer Ehrgeiz (teach or treat) sollte aber vermieden werden. Es ist nicht die supervisorische Aufgabe, in diesem Zusammenhang anders orientierte KollegInnen (z. B. verhaltenstherapeutische) für die psychodynamische Sache gewinnen zu wollen.

Es ist wichtig, keine Spaltungsprozesse entstehen zu lassen, wenn SupervisandInnen an ihrem Arbeitsplatz auf Station noch von einem anderen Kollegen supervidiert werden. Das gilt genauso im ambulanten Setting, wenn SupervisandInnen zwei oder mehrere SupervisorInnen haben.

Die Abgrenzung zur Selbsterfahrung ist manchmal schwierig, wenn Gegenübertragungsgefühle z. B. beleidigt oder verunsichert sein, aus eigener Persönlichkeitsstruktur zu wenig auflösbar sind. Eine nichtausreichende Selbsterfahrung wirkt sich hierbei nachteilig aus. Die Problematisierung struktureller Rahmenbedingungen ist immer wieder erforderlich, auf Abhängigkeits- und Vorgesetztenverhältnis und ihre Auswirkung auf den Behandlungs- und den Supervisionsprozess muss geachtet werden.

Das Lehr- und Lernbedürfnis der SupervisandInnen kann einerseits zu kognitiv dominierten theoretischen Vorträgen bei narzisstischer Zufuhr für den Supervisor führen, anstatt zur Spiegelung des Therapieprozesses, andererseits trifft man manchmal auf einen Mangel an grundlegenden tiefenpsychologischen Therapiebausteinen und Kompetenzen, die noch erarbeitet werden müssen.

Supervision der ambulanten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für Erwachsene

VIGNETTE 4

Nur noch Kurzzeittherapie – Suche nach dem gemeinsamen tiefenpsychologischen Boden

Zum Patienten

Der Patient ist 35 Jahre alt, von Beruf Finanzbuchhalter. Er ist verheiratet und hat zwei Kinder, einen sieben Jahre alten Sohn und eine vier Jahre alte Tochter.

Er leidet seit sechs Monaten unter Schwindel, Kribbelparästhesien und Sehstörungen sowie damit verbundenen Ängsten, eine bisher unentdeckte neurologische Erkrankung zu haben. Krankheitsängste hatten bereits vor zwei Jahren schon zu stationären somatischen Untersuchungen geführt. Nach einer erneuten umfassenden stationären somatischen Abklärung, die keinen auffälligen körperlichen Befund ergab, wurde ihm nunmehr eine ambulante Psychotherapie empfohlen.

Das Aufsuchen der Therapie und der Kontakt mit dem Therapeuten ist für den Patienten mit hoher Ambivalenz verbunden, einerseits steht er unter hohem Leidensdruck und erhofft sich eine Linderung seiner Symptomatik, andererseits ist die Therapie mit Ängsten vor Ohnmacht, Ausgeliefertsein und negativer Bewertung verbunden.

Der Patient ist der Ältere von zwei Kindern, er hat noch eine Schwester, die drei Jahre jünger ist. Sein Vater war Postbeamter. Vor acht Jahren ist er an plötzlichem Herztod verstorben. Der Patient beschreibt ihn als introvertiert, wenig zugänglich und häufig abwesend. Der Vater habe ihn als „zu klein“ bezeichnet. Um der Bewertung durch den fußballbegeisterten Vater zu entgehen, habe er die Sportart gewechselt. Die Mutter wird als überbehütend und gleichzeitig emotional wenig zugewandt beschrieben. Sie habe dem Patienten wenig zugetraut, sie habe ihn z. B. immer zur Schule gebracht. Ein weiterhin sehr enger Kontakt zur Mutter deutet sich an. Seine Mutter sei wie auch seine Ehefrau zwanghaft reinlich. Die Beziehung zur Ehefrau wirkt distanziert und wenig emotional, auch über die Beziehung zu seinen Kindern ist wenig zu erfahren.

Als Auslöser für die Symptomatik nennt er zwei Ereignisse: Bei einem sportlichen Ereignis habe er mitbekommen, wie ein Teilnehmer an einem Herzinfarkt verstorben sei. Außerdem gebe es einen Konflikt am Arbeitsplatz. Er habe von einem Kollegen die Betreuung eines langjährigen Kunden übernommen. Vorschriftgemäß habe er bislang nicht vorliegende Unterlagen eingefordert. Der Kunde habe sich bei seinem Vorgesetzten beschwert, worauf dieser ihn gerügt habe. Das habe ihn sehr geärgert.

Nur durch Nachfragen des Therapeuten taucht im Verlauf der ersten Stunden etwas mehr biographisches Material auf. Prägnantes Beispiel ist folgendes Erinnerungsfragment „er habe als Kind oft die Schuhe im Eingangsbereich der elterlichen Wohnung geordnet“. Die Szene wirkt einerseits affektiv stark isoliert, andererseits lässt sie eine einsame, durch zwanghafte Rituale zusammengehaltene kindliche Welt erahnen, in der Affekte und Impulse stark angstbesetzt waren. Bedeutung und Auswirkung seiner eigenen Kindheits-erfahrungen sind dem Patienten kaum bewusst.

Zum Supervisanden

Der Supervisand ist Psychologischer Psychotherapeut. Er ist beruflich und familiär sehr eingespannt. In seiner Einzelpraxis (halber Kassensitz) führt er fast ausschließlich Kurzzeittherapien durch. Geplant ist die Supervision von 25 Stunden KZT plus Probatorik. Die Umwandlung in eine Langzeittherapie mit Supervision wurde nicht ausgeschlossen. Der Supervisand hatte Gesprächsbedarf und nahm das kostenlose Supervisionsangebot bereitwillig an.

Zum Supervisor

Der Supervisor leitet als Oberarzt die Psychotherapeutische Station einer Klinik für Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik tätig. Er war sehr froh, einen selbstständigen Supervisanden gefunden zu haben, der nicht mehr in Ausbildung war. Beide kennen sich aus einer früheren klinischen Arbeitsbeziehung. Neu ist für den Supervisor, dass er – anders als im stationären Rahmen gewohnt – den Patienten persönlich nicht kennt, sich ausschließlich auf die Schilderung des Supervisanden verlassen muss. Selbstverständlich fand auch in dieser, wie in anderen Supervisionen, eine vorausgehende Information statt über den Ausbildungskontext der Supervision und deren Ablauf inclusive der Videodokumentation. Der Supervisor erlebt sein Angebot und das Entgegenkommen des

Supervisanden als ein „gegenseitiges Geben und Nehmen“. Er nimmt sich vor, sich an seinen Auftrag zu halten „eine Gesprächsmöglichkeit“ zu bieten.

ZUM SUPERVISORISCHEN PROZESS

Eine Zusammenfassung des laufenden Supervisionsfalls in der Präsentation des an der SV-Ausbildung teilnehmenden Supervisors

Die Entscheidung, diesen Patienten als Supervisionsfall zu nehmen erscheint eher als zufällig, der Supervisor bringt zur ersten Supervision die Unterlagen mehrerer anderer Patienten mit. Die Auswahl wird durch den thematischen Schwerpunkt „Angst“ mitbestimmt. Der Therapeut fokussiert anfangs auf die Symptomatik, deren somatische Einordnung und die Planung einer psychopharmakologischen Abklärung, die er dann an einen psychiatrischen Kollegen abgibt.

Der Supervisor meint die Gefahr eines Therapieabbruchs wahrzunehmen bzw. eine Entscheidung für eine ausschließlich psychopharmakologische Behandlung. Biographische Daten werden in der Supervisionssitzung beschrieben, ohne dass sich eine zusammenhängende Erzählung daraus ergibt. Der Therapeut erlebt den Patienten aufgewühlt, angespannt und unter hohem Leidensdruck stehend, auch hilflos und haltsuchend „wie ein Kleinkind“. Strukturelle Defizite stehen für ihn im Vordergrund. Der Therapeut reflektiert bewusst die schwierigen Erfahrungen, die der Patient mit seinem Vater gemacht hat und will eine Wiederholung dieser negativen Beziehungsmuster vermeiden. Er interveniert durch klarifizierende und strukturierende Fragen, bringt immer wieder die konkrete Arbeitsplatzsituation ins Gespräch mit den Themen Rivalität und Umgang mit Kollegen und initiiert ein Paargespräch, das aber nicht zustande kommt. Um beim Patienten eine stärkere Auseinandersetzung mit seinem emotionalen Erleben anzuregen, setzt der Therapeut Übungen ein (Körperwahrnehmung, Wahrnehmung von Gefühlen, Ausdruck von Gefühlen mit Gesten).

Die Supervisionssitzungen beginnt der Supervisand jeweils mit einem kurzen Bericht über den Therapieverlauf. Dabei ist fast durchgängig von einer besseren therapeutischen Beziehung und nach einigen Stunden von einer Besserung der Symptomatik die Rede, die mit einer Rückkehr des Patienten an seinen Arbeitsplatz einhergeht.

Die Supervision erlebt er als „willkommenen Austausch- und Gesprächsmöglichkeit“ in einem ansonsten sehr gefüllten Alltag. Er kann die Supervision auch als Hilfe nutzen zur eigenen emotionalen Entlastung, berichtet von Stress und Belastungserfahrungen, äußert allerdings auch Angst vor der Bewertung durch den Supervisor. Der Supervisor verhält sich anfangs zurückhaltend und vorsichtig, ist manchmal unsicher, ob er dem erfahrenen Kollegen genug bieten kann, der sich neben der emotionalen Entlastung auch fachliche Diskussion erhofft. Die Beziehung zwischen Supervisand und Supervisor ist wohlwollend, wenn auch etwas von Unsicherheit geprägt. Der Supervisand nimmt Anregungen des Supervisors auf (Vertiefung der Biographie, Reflexion des Übertragung-Gegenübertragungsgeschehens), was sich auf die Therapie konstruktiv auszuwirken scheint.

Im Verlauf entfaltet sich zwischen Therapeut und Patient ein Wechselspiel von skeptischer Distanz und interessierter Annäherung. Auch die Beziehung des Supervisors zum Patienten ist anfangs ambivalent, er braucht längere Zeit, bis er einen emotionalen

Zugang zum Patienten bekommt. Es gelingt dann jedoch, eine bessere Arbeitsbeziehung und ein zunehmendes Vertrauen herzustellen, was sich daran deutlich machen lässt, dass der Patient einen alten Geldbeutel mitbringt, in dem er seit dem Tod des Vaters eine Visitenkarte aufgehoben hat. Es ist die Visitenkarte des Polizisten, der ihn über den Tod des Vaters informiert hat. Gleichzeitig intensiviert sich das Übertragungsgeschehen, das sich auch eindrücklich szenisch abbildet. Der Supervisand, der mit einem Drei-Tage-Bart zur Supervision erscheint, berichtet, der Patient habe sich einen Bart wachsen lassen, den er dabei etwas abfällig als „dünnen Beamtenbart“ bezeichnet und erzählt, dass der Patient auch vom Bart seines Vaters als „Beamtenbart“ gesprochen habe. Der Patient habe seinen Bart inzwischen wieder abrasiert, weil er seiner Frau nicht gefallen habe.

Es geht um Dominanz und Angst vor Verletzung und Zurückweisung. Der Supervisand nimmt die sich entwickelnde Beziehungsdynamik (auch dass der Patient den Bart vor ihm hatte) erst durch die Supervision wahr, tut sich aber schwer, sich im Therapieprozess darauf einzulassen bzw. diese mit dem Supervisor zu reflektieren. Er konzentrierte sich mehr auf die Arbeitssituation und konkrete Übungen. In der Folge verstärken sich beim Patienten wieder Distanz und Kontrolle. Der Supervisor nimmt an sich jedoch zunehmend Impulse wahr, für den Patienten einzutreten, von dem er sich inzwischen emotional berührt fühlt. Das führt zu Spannungen mit der Arbeitsweise des Supervisanden, die der Supervisor diskrepant erlebt zu seiner Vorstellung von der therapeutischen Persönlichkeit. Der Supervisand erlebt sich in Frage gestellt, sein Ärger darüber drückt sich in häufigem Räuspern aus. Das Missverständnis kulminiert bei der Debatte Langzeit- versus Kurzzeittherapie, die der Supervisand abschließt mit der Bemerkung „das ist jetzt keine Übertragung oder Gegenübertragung, sondern das Ende passt so“. Der Patient entscheidet sich, die Therapie im Einverständnis mit dem Therapeuten zu beenden. Die vom Supervisor für den Patienten erhoffte Umwandlung in eine Langzeittherapie mit einer Fortsetzung der Supervision unterbleibt und die Behandlung beschränkt sich auf die Kurzzeittherapie.

SUPERVISION DER SUPERVISION

Eine Zusammenfassung der Schwerpunkte der Diskussion des vorstellenden Supervisors mit der Ausbildungsgruppe, dem leitenden Dozenten und dem Ausbildungsteam

Reflexion des Supervisions-Settings

Für den Supervisor bestand die Notwendigkeit, im ambulanten Rahmen für die Supervisorenausbildung einen Supervisanden zu finden, der bereit war zu einer Supervision unter besonderen Bedingungen (Videodokumentation in einer Ausbildungssituation). Der Supervisand war froh über eine unentgeltliche Supervision, da er in seiner Einzelpraxis Gesprächsbedarf hatte. So entstand atmosphärisch eine besondere Konstellation von einem „Gefühl des Gebens und Nehmens“, das es in einigen Phasen der Supervision schwer machte, Spannungen und Meinungsverschiedenheiten anzusprechen.

Klärung des Supervisionsauftrags

Es gab wohl einen nicht deutlich genug geklärten Supervisionsauftrag. Der Supervisand hatte „Gesprächsbedarf“, d. h. er erwartete einen eher kognitiv geprägten fachlichen

Austausch im Rahmen einer Kurzzeittherapie während der Supervisor auf eine psychodynamische Langzeittherapie eingestellt war, die der Supervisand auch nicht grundsätzlich ausgeschlossen hatte.

Reflexion der Beziehung vom Patienten zum Therapeuten

Das Aufsuchen von Therapie und der Kontakt zum Therapeuten sind mit hoher Ambivalenz verbunden, einerseits hat der Patient einen hohen Leidensdruck und erhofft sich Linderung seiner Symptomatik, andererseits hat er Angst vor Ausgeliefertsein und negativen Bewertungen. Der Patient tut sich schwer, sich emotional auf den Therapeuten einzulassen.

Reflexion der Beziehung des Therapeuten zum Patienten

Der Therapeut nimmt den hohen Leidensdruck des Patienten wahr, er empfindet ihn als drängend und zugleich aufgewühlt. Strukturelle Defizite stehen für ihn im Vordergrund, er erlebt den Patienten als kindlich, hilflos und haltsuchend, tut sich aber schwer, sich emotional auf den Patienten einzulassen.

Verständnis für die Psychodynamik des Patienten beim Supervisanden zu fördern

Die sich entwickelnde Beziehungsdynamik im Kontext von Übertragungs-Gegenübertragungsprozessen nimmt der Supervisand nur mit Hilfe des Supervisors wahr, lässt sich aber weder in der Therapie noch in der Supervision auf eine weitergehende Reflexion ein. Er wirkt distanziert und leicht entwertend. Er konzentriert sich mehr auf die Arbeitssituation und konkrete Übungen.

Reflexion der Beziehung zwischen Supervisand und Supervisor

Neben der anfänglich vom Supervisanden geschätzten emotionalen Entlastung, produktiver Anregung und Diskussion entstehen im Verlauf Spannungen auf Grund von Meinungsverschiedenheiten (Kurzzeittherapie versus Langzeittherapie, psychodynamische Konzepte wie z. B. Übertragung-Gegenübertragung versus konkrete Übungen). Unschwerwellig entwickelt sich auf beiden Seiten Ärger und Angst vor Entwertung und Kritik.

Metakommunikation der Beziehung von Supervisand und Supervisor

Der Supervisand fühlt sich mit seiner Haltung und seinem Konzept in Frage gestellt, der Supervisor fühlt die besprochene Planung (Langzeittherapie) unterlaufen. An der Oberfläche bemühen sich beide um ein freundliches Miteinander. Da die untergründig wirksamen Konflikte zu wenig geklärt werden können, wird die emotionale Verbindung von Supervisand und Supervisor beeinträchtigt.

Reflexion der Parallelprozesse

Die konflikthafte Beziehungsdynamik des Patienten mit seinen aktuellen und primären Beziehungspersonen spiegelt sich wieder in deutlichen Parallelen der therapeutischen und supervisorischen Prozesse. Die emotionale Einlassung aufeinander wird erschwert durch Ambivalenz, Angst vor Kritik, Entwertung und Ohnmacht, durch Rivalität und Machtkampf und zu wenig geklärte Konflikte.

Besonderheiten und zusammenfassende Reflexion

Nicht wenige TherapeutInnen arbeiten heute überwiegend bis fast ausschließlich im Modus der Kurzzeittherapie. Der behandlungstechnische Ansatz ist weniger durch

psychodynamisches Denken als vielmehr, wie in diesem Beispiel, durch Alltagsdialoge und konkrete Übungen bestimmt. Eine längere, tiefere emotionale Einlassung wird als zu belastend erlebt.

Die Supervision im Rahmen der Supervisorenausbildung wurde beeinflusst durch eine besondere Konstellation des „Gebens und Nehmens“, die teilweise die Bearbeitung wesentlicher Konflikte erschwert hat.

Dem Supervisor wurde bewusst, dass er in der künftigen Zusammenarbeit mit Supervisanden im Vorhinein einige Punkte noch mehr beachten möchte:

- die möglichst genaue Klärung des Supervisionsauftrags, welche Erwartungen und Einstellungen bringt der Supervisand mit bezüglich zeitlicher Dauer und Setting von Therapie und Supervision
- erwartet der Supervisand einen kognitiven Austausch oder einen psychodynamischen Prozess oder eher eine Selbsterfahrung
- inwieweit findet sich überhaupt ein gemeinsamer Boden in einer psychodynamischen tiefenpsychologischen Konzeptualisierung

Schlussbetrachtung

Die vier Fallbeispiele verdichten beispielhafte Erfahrungen, die sich auch in anderen Supervisionen erkennen lassen. Immer zeigt sich, dass ein positiver Therapieverlauf mit Verbesserung der Symptomatik und Veränderung maladaptiver Verhaltens- und Beziehungsmuster in enger Verbindung steht mit der Entwicklung einer guten therapeutischen Beziehung, die wiederum verknüpft ist mit dem Gelingen einer positiven Beziehung von Supervisand und Supervisor.

Daraus wird ersichtlich, wie sinnvoll und notwendig eine qualifizierte Supervisorenausbildung sein kann. Sie hilft, sich mit Kriterien auseinanderzusetzen, die beachtet werden müssen, um die erforderlichen Zielvorstellungen in die Realität umzusetzen.

Einige Kriterien, die für die stationäre und ambulante Supervision besonders wichtig sind:

- Das Erkennen der Parallelphänomene
- das Erfassen der Beziehungsdynamik von PatientIn-TherapeutIn und von SupervisandIn-SupervisorIn
- die Auflösung von Verstrickungen in Übertragung-Gegenübertragungsprozessen
- die emotionale Einlassung von PatientIn-TherapeutIn und SupervisandIn-SupervisorIn
- die Bearbeitung von Konflikten, die das Entstehen einer guten Beziehung behindern
- die Verständigung zwischen SupervisorIn und SupervisandIn bezüglich einer basalen gemeinsamen Auffassung tiefenpsychologischer Theorie und Praxis in einer Zeit, die vom Pluralismus der Schulen geprägt ist
- die heute immer häufigere Behandlung von PatientInnen mit Migrationshintergrund bringen Besonderheiten mit (Fremdsprachlichkeit, kulturelle, soziale Unterschiede), mit denen sich SupervisorIn und SupervisandIn auseinandersetzen sollten

Einige Kriterien, die besonders in der stationären Supervision zu beachten sind:

- bei hierarchischen Verwicklungen wäre es empfehlenswert, dass die Supervision nicht von einer Vorgesetzten durchgeführt wird, falls unvermeidbar, sollte zumindest die daraus resultierende Beziehungsdynamik sorgfältig reflektiert werden
- die Gegebenheiten der realen Behandlungssituation (z. B. Therapeutenwechsel, vielfältige therapeutische Bezugspersonen) sollten in ihren Auswirkungen auf den Patienten einbezogen und bearbeitet werden
- Supervision bei unterschiedlichen Behandlungsansätzen (Verhaltenstherapie, systemische Therapie, Traumatherapie) in derselben Klinik stellen eine besondere Herausforderung dar
- in der Supervision von Kinder- und Jugendlichentherapien ist es wichtig, den Supervisanden zu unterstützen, zum Kind und den Eltern eine gute Beziehung aufzubauen

Einige Kriterien, die in der ambulanten Supervision besonders zu beachten sind:

- die häufig anzutreffende Überforderung durch die reale Arbeitssituation des SupervisandInnen (viele PatientInnen mit vielen Kassenanträgen) bei ausschließlich tiefenpsychologisch arbeitenden SupervisandInnen
- das teach or treat-Prinzip bewährt sich als hilfreich bei der Orientierung bezüglich der zeitgenössischen Vielfalt unterschiedlicher Konzeptualisierungen, die die Abfassung der Kassenanträge sowie das behandlungstechnische Procedere komplizieren
- die emotionale Entlastung durch den Supervisor, da die SupervisandInnen zunehmend PatientInnen tiefenpsychologisch behandeln mit ausgeprägter Strukturpathologie, die bei den SupervisandInnen oft heftige Gegenübertragungsreaktionen hervorrufen

Korrespondenzadresse

Dr. med. Regine Scherer-Renner | FÄ für Psychosomatische Medizin/Psychoanalytikerin
Kaiserplatz 11 | 80803 München | scherer-renner@gmx.de

Anhang 1

Überblick über einige Dimensionen von supervisorischer Tätigkeit in verschiedenen Settings
(Prof. Dr. W. Mertens, Dr. R. Scherer-Renner)

Reflexion der Vorgeschichte	
Reflexion der Supervisions-Settings	
Klärung des Supervisions-Auftrags	
PP beim Umgang mit dem Setting	
Reflexion der Beziehung von TherapeutIn und PatientIn	
Verständnis für die Psychodynamik der PatientInnen bei der Supervisorin fördern	
Teach or treat?	
Reflexion der Beziehung Therapeutin und Supervisorin	
Reflexion möglicher Parallelprozesse?	
Metakommunikation über die Beziehung Supervisorin-Supervisandin	
Auswirkungen der Beziehungsreflexion auf die Präsentation im Seminar	
Zusammenfassende Reflexion	
Besonderheiten	

Anhang 2 – CIP Supervisorenausbildung 2013 – 2015
7. Block Fallvorstellungen am 21.-23.11.2014
25 Minuten Vortrag, 20 Minuten Diskussion

Überlegungen, welche Fragen in der Diskussion des supervisorischen Prozesses gestellt werden könnten

1. Ist es dem vorstellenden Supervisor gelungen, einen supervisorischen Prozess in Gang zu bringen?
2. Wie hat sich der Prozess zwischen dem Therapeuten und dem Patienten entwickelt? Auf was wurde besonders geachtet? Wurde sowohl die Konflikt- als auch die Strukturpathologie geklärt, das Strukturniveau eingeschätzt, wurde ein strukturbezogener Focus gewählt oder ein fokaler Konflikt oder beides? Wurde dementsprechend ein unterschiedliches behandlingstechnisches Vorgehen eingeschlagen?
3. Wie hat sich der Prozess zwischen dem Supervisor und dem Supervisanden entwickelt? Auf was wurde besonders geachtet?
4. Ist ein Parallelvorgang TherapeutIn/PatientIn und SupervisorIn/SupervisandIn erkennbar und benannt?
5. Wie wurde mit der Übertragung umgegangen in der Beziehung TherapeutIn – PatientIn und SupervisorIn – SupervisandIn?
6. Wie konnten die Erkenntnisse der Übertragungsverstrickungen umgesetzt werden und inwieweit konnten sie aufgelöst werden und gewinnbringend umgesetzt werden? War die Übertragung im Supervisionsverhältnis parallel zum therapeutischen Prozess oder nicht? Konnte der Supervisor auch seine Gefühle gewinnbringend für den Prozess einbringen?
7. Konnte ein gutes Arbeitsbündnis hergestellt werden? Ließ sich der Therapeut auf den Patienten ein und umgekehrt? Ließ sich der Supervisand auf den Supervisor ein und umgekehrt? Welche Haupthindernisse standen dem entgegen z. B. der besondere Rahmen der Supervisorenausbildung, durch den atypische Elemente hinzukamen z. B. die Schwierigkeit, einen Supervisanden zu finden, hierarchische Verknüpfungen in Klinik oder Institut (Angst um den Arbeitsplatz, Abhängigkeit mit einer Bescheinigung), ungewohnte, ängstigende Videopräsentation, verstärkter Leistungsdruck, ungewöhnlicher Rahmen (Arbeitsraum unentgeltlich etc.) Leistungsdruck, Ängste, Konflikte, Übertragung im Rahmen der Supervisorenausbildung, s. Selbsterfahrungsblock 1)
8. Umgang mit dem Widerstand: wurde er angesprochen?
9. Umgang mit der Regression?
10. Fand Traumarbeit statt?
11. Umgang mit verschiedenen Konzepten und Schulen: bestand das Bedürfnis, dem Supervisanden etwas beizubringen oder eher nicht? (teach or treat)
12. Wie vollzog sich die Beendigung der Supervision? Unabhängig vom Beenden des therapeutischen Prozesses oder nicht?
13. Abschließende Reflexion: was ist mir als Supervisor besonders schwer gefallen? War die Triade hilfreich und wodurch besonders? War die Selbsterfahrung auch hilfreich für den supervisorischen Prozess? Was würde ich im Nachhinein anders machen mit den Erkenntnissen, die ich im Kurs gewonnen habe?