

Serge K. D. Sulz

Supervision als Brücke zwischen Wissenschaft und Kunst der Psychotherapie

Supervision as a Bridge Between Science and Art of Psychotherapy

Diese Arbeit versucht, die zentrale Bedeutung und Funktion der Supervision in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung darzustellen und zu diskutieren – ausgehend von den Zielen von Psychotherapie, Psychotherapieausbildung und Supervision. Dies führt einerseits zu der Forderung nach einer Verdoppelung von deren Umfang und andererseits zur Professionalisierung der Supervision durch Supervisorenausbildungen. Zudem wird exemplarisch, zunächst ausgehend von der Selbstmanagement-Supervision, die Strategische Supervision in Konzeption und Praxis beschrieben und diskutiert, um auf diese Weise die Komplexität von Supervision zu veranschaulichen.

Schlüsselwörter

Psychotherapie – Supervision – kognitive Verhaltenstherapie – CBT – Affektiv-Kognitive Verhaltenstherapie ACBT – 3rd wave therapies – Strategische Therapien – Entwicklungsmodell – Selbstregulation – Selbstorganisation – Strategische Supervision

This article will provide an overview of supervision in cognitive-behavioral psychotherapy including 3rd wave therapies, formulating and discussing criteria and goals of psychotherapy, psychotherapy training and supervision. The pivotal significance of supervision and self-experience in psychotherapy training results, on the one hand, in the demand for doubling its scope and, on the other hand, in a professionalization of supervision by supervisor trainings. In addition, the concept and daily practice of strategic supervision will be described and discussed to illustrate the complexity of supervision.

Keywords

Psychotherapy – supervision – cognitive behavioral therapy CBT – affective cognitive behavioral therapy ACBT – 3rd wave therapies – strategic therapies – development model – self-regulation – self-organization – strategic supervision

Von der guten Psychotherapie-Ausbildung zur guten Psychotherapie

Konzepte

Der Stellenwert von Supervision und Selbsterfahrung in der Psychotherapie-Aus- und Weiterbildung wird heftig diskutiert. Es gibt das Lager derjenigen, die störungsspezifische Evidenz der Behandlung für die unverzichtbare Basis der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit von Psychotherapie halten (Evidence Based Medicine EBM – orientiert am

„goldenen „Standard“ des randomisierten kontrollierten Forschungsparadigmas RCT). Diese Wissenschafts-Haltung kommt von der Pharmakotherapie-Forschung her. Sie ist besonders in der Verhaltenstherapie vertreten. Das zweite Lager zeigt sich diesen Maßstäben gegenüber skeptisch: Sie halten die neuere Forschung über die Common Factors, d. h. der Wirkfaktoren, die störungsübergreifend sind wie die therapeutische Beziehung, das passgenaue Matching von PatientIn und TherapeutIn und die weitere Kontextabhängigkeit für die eigentlich relevante empirische Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie. Zu ihnen gehören vor allem die Psychodynamischen PsychotherapeutInnen.

Einerseits fordern EBM-VertreterInnen, dass jede Behandlung einem wissenschaftlich evaluierten störungsspezifischen Therapiemanual folgen sollte. Alles andere sei unwissenschaftlich und habe keine nachgewiesene Wirksamkeit. Andererseits fordern Common-Faktor-VertreterInnen, sich an den über Psychotherapie-Verfahren hinweg gemeinsamen Wirkfaktoren zu orientieren, wie die Qualität der therapeutischen Beziehung, was eben nicht mit einem Therapiemanual als Rezeptbuch in der Hand möglich ist. Therapiemanuale können die Individualität des Patienten und die Passung von Patienten- und Therapeutenvariablen gar nicht berücksichtigen, das würde ja das zugrundeliegende Forschungsparadigma verletzen. Deshalb führe sie zwangsläufig zu unteroptimalen Therapieergebnissen.

Gemäß EBM-Ansatz ist tiefer gehende individuelle Supervision nicht notwendig, da das Therapiemanual alles Notwendige enthält. Nur Schulung und praktisches Training anhand des Manuals sind erforderlich. Da ist weder Selbsterfahrung noch Supervision zwingend notwendig. Die TrainerInnen begleiten die TherapeutIn, bis diese das Manual beherrscht. Ziel dieser Schulungs-Supervision ist, dabei zu helfen, Adhärenz herzustellen, also manualgetreu vorzugehen. Waltz et al. (1993, S. 620) führten das wissenschaftliche Kriterium der Adhärenz ein, das erfasst, in welchem Ausmaß eine TherapeutIn sich an die Vorgaben des Manuals hält. Beachtenswert ist, dass vorrangiges Ziel nicht die bestmögliche individuelle Behandlung ist, sondern die bestmögliche Anpassung an ein Manual – als bestmögliches Fitting für die Störung, aber nicht für das Individuum. Für die Therapieforschung kann man das gelten lassen – als Opfer für die Wissenschaft, aber für die Ausbildung und die Versorgungspraxis sowie die Entwicklung der Therapeutenpersönlichkeit ergibt sich daraus ein unter ethischen Gesichtspunkten zu diskutierendes Problem.

Nach dem Common-Factor-Ansatz ist umfangreiche Supervision unverzichtbar. Das hoch komplexe Geschehen in der therapeutischen Beziehung erfordert sowohl vorausgehende Selbsterfahrung als auch begleitende Supervision (siehe Mertens, 2010; Sulz, 2013).

Oft finden wir in der Ausbildungs-Supervision die verzweifelte TherapeutIn, die sie sich streng an das Therapiemanual hält und gerade dadurch in der Therapie steckenbleibt. Von diesem Zwang befreit kann die TherapeutIn mit Hilfe der Supervision beginnen, störungsspezifische und allgemeine Faktoren der Behandlung auszubalancieren, so wie es für den individuellen Patienten am passendsten ist. Sie muss zuvor in der Selbsterfahrung für diese Prozessparameter sensibilisiert worden sein. Selbsterfahrung plus Supervision helfen ihr, eine gute Passung ihrer eigenen Persönlichkeit und der des Patienten zu finden. Sie muss das Manual nicht weglegen. Trotz Manual-Anwendung kann sie gute Psychotherapie machen. Das Manual gibt die störungsspezifische Grundrichtung vor, das komplexe Geschehen in jeder einzelnen therapeutischen Sitzung wird jedoch mit Hilfe der Supervision optimiert. Sowohl Patienten- als auch Therapeutencharakteristika können verhindern, dass adhärentes Vorgehen therapeutisch wirksam ist.

Zudem werden Therapiemanuale nicht selten im Rahmen einer Dissertation bei noch geringer eigener therapeutischer Erfahrung erstellt.

Dieses Problem wird sich durch die künftige Abgabe nicht nur der theoretischen, sondern auch der praktischen psychotherapeutischen Ausbildung an die psychologischen Universitätsinstitute als Hochburgen der RCT-Forschung noch verschärfen. Umso wichtiger ist es, Selbsterfahrung und Supervision deutlich mehr Raum zu geben als bisher.

Es ist deshalb sinnvoll, die Bausteine der Psychotherapie-Ausbildung qualitativ und quantitativ zu vergegenwärtigen: Bisher war das:

- 600 Stunden Theorie inkl. Schulung/Training von Interventionen
- 600 Stunden eigene Therapien (praktische Ausbildung)
- 150 Stunden Supervision, davon 50 einzeln
- 120 Stunden Selbsterfahrung, Gruppe oder einzeln
- 1800 Stunden praktische Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik.

Künftig wird es zuerst eine Ausbildung im Studium geben und eine Weiterbildung nach dem Studium und damit nach der Approbation. Nach den bisherigen Informationen (Mai 2016) wird das vermutlich etwa so aussehen:

Ausbildung

- 600 Stunden Theorie inkl. Fallseminare und Übungen
- 0 Stunden eigene Therapien (praktische Ausbildung)
- 0 Stunden Supervision, davon 50 einzeln
- 0 Stunden Selbsterfahrung, Gruppe oder einzeln
- 600 Stunden praktische psychotherapeutische Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik

Weiterbildung

- 400 Stunden Theorie inkl. Schulung/Training von Interventionen
- 800 Stunden supervidierte eigene Therapien
- 200 Stunden Supervision ohne Angabe der Höchstteilnehmerzahl einer Supervisionsgruppe
- 120 Stunden Selbsterfahrung ohne Angabe der Höchstteilnehmerzahl einer Selbsterfahrungsgruppe
- 5 Jahre praktische psychotherapeutische Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik

Um die wirklichen Zahlen zu erfahren, ist dringend zu empfehlen, sich auf der Webseite der Bundespsychotherapeutenkammer zu informieren, sobald auf der Basis des neuen Gesetzes nach dessen Inkrafttreten die Musterweiterbildungsordnung veröffentlicht ist.

Vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1999 war es in der psychologischen Ausbildung wie in der ärztlichen:

100 Minuten Gruppen-Supervision galten als eine Supervisionsstunde.

Das Psychotherapeutengesetz hat das halbiert, so dass die ganzen Jahre viel zu wenig Supervision stattgefunden hat. Die Zeit in der Gruppe reichte nicht, um allen SupervisandInnen und deren Therapiefällen gerecht zu werden. D. h. es hätten 200 Gruppen-

Supervisionen je 50 Minuten sein müssen statt nur 100 plus 50 Einzel-Supervisionen. Zusätzlich quasi-supervisorisch müssten Kasuistisch-Technische Seminar im Umfang von 150 Stunden im Studium eingeführt werden, um die vier Bausteine Theorie – Interventions-Vermittlung – eigene Therapien – Supervision zusammenzuführen:

- 100 Doppelstunden Gruppen-Supervision (200 fünfzigminütige Ausbildungsstunden)
- 50 Stunden Einzel-Supervision
- 150 Stunden Kasuistisch-Technische Seminare

Insgesamt sind dies 300 fünfzigminütige Ausbildungsstunden für das Thema Supervision. Auch die Selbsterfahrung wird mit 120 Stunden sehr knapp gehalten. Nach der Ausbildung gestehen viele AbsolventInnen ein, dass dieser Umfang nicht ausreichte. Psychodynamische Ausbildungsinstitute haben mehrheitlich diese Zahl verdoppelt – um den Preis, dass Verhaltenstherapie viel häufiger als Verfahrens-Vertiefung gewählt wird. Deshalb wäre die Anhebung der für die Verhaltenstherapie geforderten Stunden persönlicher Selbsterfahrung auf 200 Stunden dringend notwendig. Zudem sollten 100 Stunden patientenzentrierte Selbsterfahrung in der Gruppe (analog der Balintgruppe) angeboten werden. Das könnte dann so aussehen:

- 150 Stunden Gruppen-Selbsterfahrung
- 50 Stunden Einzel-Selbsterfahrung
- 100 Stunden patientenzentrierte Selbsterfahrung in der Gruppe (IFA = Interaktionelle Fallarbeit).

Das ergibt zusammen ebenfalls 300 Stunden.

Die genannten Zahlen ergeben eine Gesamtsumme von 600 Stunden für Selbsterfahrung (300 Stunden) und Supervision (300 Stunden), also gleich viel wie Theorie und wie die Durchführung eigener Therapien. Erst durch diese quantitative Gleichstellung wird man dem großen Stellenwert dieser beiden Bausteine gerecht. Dies würde dem Bericht vieler AbsolventInnen entsprechen, dass Selbsterfahrung und Supervision den entscheidenden Zugewinn in ihrer professionellen Entwicklung zur PsychotherapeutIn brachten. Diese Gesamtzahl sollte für Verhaltenstherapie und Psychodynamische Psychotherapie identisch sein. Die relative Aufteilung kann sich unterscheiden.

Professionalisierung der SupervisorInnen-tätigkeit

Supervision und Selbsterfahrung sind die wichtigsten Bausteine der Psychotherapie-Ausbildung – auf der Basis wissenschaftlicher Psychotherapie-Theorie. Damit stellt sich die Frage nach der Qualifizierung zur SupervisorIn. Die bisherigen Kriterien für die Anerkennung waren:

- eine abgeschlossene Psychotherapie-Ausbildung in dem Verfahren zu haben, in dem supervidiert wird,
- fünf Jahre nach Abschluss der eigenen Ausbildung psychotherapeutisch tätig gewesen zu sein
- im Rahmen anerkannter Psychotherapie- Aus- oder Weiterbildung eine drei- (bei PsychologInnen) bzw. fünfjährige (bei ÄrztInnen) DozentInnen-tätigkeit für Psychotherapie nachzuweisen.

Das sind formale quantitativen Kriterien, die keine qualitative Eignung implizieren.

Wer z. B. als HochschullehrerIn nur zwei bis vier Stunden wöchentlich psychotherapeutisch tätig war, wurde ebenso als SupervisorIn anerkannt, wie eine PsychotherapeutIn, die 20 bis 30 PatientInnen pro Woche behandelte.

Egal wie spezialisiert die nachgewiesene DozentInnentätigkeit war, sie reichte für die Anerkennung aus, auch wenn immer nur über eine einzige Störung oder eine einzige Therapiemethode referiert wurde. DozentInnentätigkeit erfordert ganz andere Qualitäten als die SupervisorInnentätigkeit, weshalb es sehr gute SupervisorInnen gibt, die keine guten DozentInnen sind und umgekehrt. DozentInnentätigkeit ist auch keine Gewähr dafür, dass das umfassende und aktuelle Wissen über Psychotherapie vorliegt, das für die SupervisorInnentätigkeit erforderlich ist.

Die Beibehaltung obiger formaler Kriterien bei Fehlen der Notwendigkeit einer professionalisierenden Ausbildung zur SupervisorIn führt dazu, dass ungeeignete Bewerber anerkannt werden müssen.

In Deutschland hat die psychotherapeutische Supervision noch kein professionelles Niveau erreicht, obwohl es sich um den wichtigsten Baustein von Aus- und Weiterbildung handelt. Die Professionalisierung der SupervisorInnentätigkeit duldet keinen Aufschub. Allerdings gehört dazu die weiterhin ausgeübte mindestens halbtägige Durchführung von Psychotherapie. Hier soll skizziert werden, wie die Professionalisierung der SupervisorInnentätigkeit erfolgen könnte. Dabei hilft es, die mehr als zwanzigjährige Tradition einiger Verhaltenstherapie-Institute z. B. in Bad Dürkheim und München zu betrachten. Fred Kanfer leitete bis zu seinem Tod 2002 die Münchner SupervisorInnenausbildung (seine Mitarbeiter Dieter Schmelzer und Serge Sulz führen die Ausbildung bis heute weiter). Die beiden verhaltenstherapeutischen Verbände Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie und Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie hatten gemeinsame Kriterien für diese Ausbildungen ausgearbeitet. 2001 wurden diese der Bayerischen Landesärztekammer in folgender Formulierung vorgeschlagen (vergl. Sulz, 2007):

Kriterien der Anerkennung von Supervisoren-Weiterbildungsangeboten

Voraussetzungen für die Aufnahme

- *Abgeschlossene anerkannte Verhaltenstherapie-Ausbildung*

Weiterbildungsform

- *Curricular mit fester Weiterbildungsgruppe mit durchgängiger Kursbetreuung (Mentorenmodell)*

Umfang

- *150 bis 200 Unterrichtseinheiten (à 45 Minuten) in Anwesenheit des Dozenten*
- *50 Stunden selbst durchgeführte Einzel- und Gruppensupervisionen mit Video-Dokumentation*
- *50 Stunden Co-Supervision*
- *20 Stunden Selbsterfahrung*

Gruppengröße

- *Maximal 18 TeilnehmerInnen*

Dauer der Weiterbildungsmaßnahme: *2 Jahre*

Supervisionssettings: *Einzel- und Gruppensupervisionen*

Voraussetzungen zur Zulassung zur Abschlussprüfung:

- *Mündliche Prüfung mit Vorstellung einer selbst durchgeführten Supervision mit Video-Dokumentation*
- *Dauer 45 Minuten*

Inhalte der Theorie- und Praxisseminare:

- *Theoretische Grundlagen und Struktur- bzw. Prozessmodell der Supervision*
- *Lernprozesse der Supervision*
- *Unterschied und Gemeinsamkeit Therapie und Supervision*
- *Abgrenzung Supervision, Selbsterfahrung, Interaktionelle Fallarbeit*
- *Selbsterfahrung (u. a. geschlechtsspezifische Variablen in der Supervision)*
- *Entwicklung der supervisorischen Identität*
- *Supervisorische Skills und Interventionsmethoden (Prozessanalyse-Fertigkeiten im Einzel- und Gruppensetting, Rekonstruktionsarbeit, Evaluationsfragen, Arbeit mit Videos und anderen Medien, Supervision der Anwendung von VT-Interventionen)*
- *Einzel- und Gruppensupervision (u.a. Gruppenprozess in der Supervisionsgruppe)*
- *Teamsupervision*
- *Organisationssupervision (Rollenkonflikte)*
- *Ausbildungssupervision*
- *Kontextorientierte Supervision*
- *Beziehung in der Therapie und in der Supervision*
- *Schwierige Supervisionssituationen und -konstellationen (z. B. TeilnehmerInnen verschiedener Therapieschulen)*
- *Didaktik und Supervision der Dozententätigkeit*

Damit war für diejenigen, die diese anspruchsvollen und sehr gefragten Ausbildungen aus eigener Entscheidung und ohne Verpflichtung absolvierten, ein professionelles Niveau definiert. Die für die Weiterbildung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken zuständigen Ober- und Fachärzte und leitenden Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen griffen diese Qualifizierung in großem Umfang auf. Mit der künftigen Verlagerung der Psychotherapie-Ausbildung aus dem Raum der Versorgungspraxis in den Raum wissenschaftlicher Forschung muss umso mehr auf die Schaffung und künftige Einhaltung dieses Niveaus geachtet werden – in Form einer Ausbildungspflicht zum professionellen Supervisor.

Ein Exkurs (vergl. Sulz, 2007, S. 57ff) kann vielleicht zeigen, dass aufgrund der Komplexität supervisorischer Tätigkeit zur Bewältigung supervisorischer Aufgaben eine Ausbildung erforderlich ist.

Wir beginnen mit der **Definition** der psychotherapeutischen Supervision:

Supervision ist in der Psychotherapie das Betrachten, Reflektieren und Würdigen psychotherapeutischen Handelns.

Durch eine hinzugezogene PsychotherapeutIn mit großer praktischer Erfahrung und umfassendem Wissen bezüglich des aktuellen Stands der psychotherapeutischen Wissenschaft, Theorie und Interventions-Methodik.

Sie dient der Aufrechterhaltung und Verbesserung der Behandlungsqualität.

Und der praktischen Aus-, Weiter- und Fortbildung der TherapeutIn.

Ergebnis ist einerseits das Optimieren der Behandlung des vorliegenden Falls

Und andererseits des bleibenden Zuwachses an Wissen und Können der TherapeutIn

Wer ist **SupervisorIn**?

Die SupervisorIn hat nach ihrer Psychotherapie- Aus- und Weiterbildung mindestens fünf Jahre halb- bis ganztags mit dem Psychotherapieverfahren gearbeitet, das bei der zu supervidierenden Therapie angewandt wird, und sie bringt diesen Erfahrungsvorsprung in die Supervision ein

Sie hat ihre Qualifikation zur Lehre nachgewiesen durch drei- bis fünfjährige DozentInnen-tätigkeit in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung. Ihr Wissen ist dadurch auf dem aktuellen Stand der Psychotherapie-Forschung und -Entwicklung.

Sie hat eine anerkannte psychotherapeutische Supervisorenausbildung absolviert

Sie bildet sich regelmäßig fort, so dass sie stets bezüglich Wissen und Kompetenz auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Kunst bzw. Expertise der Psychotherapie ist.

Und die **SupervisandIn**?

Die SupervisandIn führt eine psychotherapeutische Behandlung in dem Psychotherapieverfahren durch, das sie gerade lernt oder in dem sie aus- und weitergebildet ist.

Sie weist bereits 100 Stunden Selbsterfahrung auf, so dass sie im supervisorischen Gespräch in der Lage ist, die therapeutische Beziehung zu reflektieren und supervisorisches Feedback in den folgenden Therapiesitzungen umzusetzen.

Sie verfügt über ausreichende praktische Basis-Kompetenz und über ausreichendes Wissen, so dass die SupervisorIn darauf aufbauen kann.

Westen (2015) nennt folgende psychotherapeutischen Kern-Kompetenzen:

Psychotherapeutische Kompetenzen:

Fähigkeit, eine gute therapeutische Beziehung zu gestalten

Fähigkeit, eine optimale Passform der drei Elemente, Patient – TherapeutIn – Therapiestrategie/-interventionen herzustellen

Fähigkeit, störungsspezifische Interventionen wirksam anzuwenden

Fähigkeit, störungsübergreifende allgemeine Interventionen wirksam anzuwenden

Eignungskriterien:

Hinsichtlich der Eignungskriterien sind sich viele Autoren einig (Sachse et al., 2014a,b; Sachse, 2015; Sulz, 2015a, 2014c, 2014d; Woolfolk, 1998, 2015.):

Akademisches Bildungsniveau (Psychologie, Medizin, Pädagogik, Sozialpädagogik)

Umfassendes Wissen über die Psychotherapie-Wissenschaft (spezielle Wissenschaftstheorie, alle Therapieverfahren, Therapiemethoden, alle Forschungsparadigmen und -methoden)

Gereifte Persönlichkeit (unterstützt durch Selbsterfahrung)

Psychotherapeutische Kompetenzen (unterstützt durch Supervision)

Bezüglich des psychotherapeutischen **Wissen** hilft Linehans (2016) Dreiteilung:

1. PsychotherapeutInnen müssen ihr akademischen Wissen (Reasonable Mind, aus dem Hörsaal und dem Seminarraum) und ihr
2. durch emotionales Erleben und Erfahren entstandenes Wissen (Emotion Mind, u. a. aus der persönlichen und patientenbezogenen Selbsterfahrung)
3. in einem ganzheitlichen Wissen als Wise Mind integrieren. Dieses ist nur teilweise explizit, sondern bleibt zu einem guten Teil implizit (Wise Mind, Intuition)

Therapeutenpersönlichkeit:

- Die Förderung der im Ressourcen-Defizit-Rating (RDR-Kriterien (Sulz, 2015b; Hoy, 2014; Graßl 2012) genannten Fähigkeiten können in der Supervision zur Entwicklung der Therapeutenpersönlichkeit gefördert werden:
- Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung
- Fähigkeit zur Selbststeuerung
- Fähigkeit zur Affektregulierung
- Fähigkeit zur sozialen Wahrnehmung
- Fähigkeit zur Kommunikation
- Fähigkeit zur Abgrenzung
- Fähigkeit zur Bindung
- Fähigkeit zur Trennung
- Fähigkeit zur Utilisierung eigener Ressourcen
- Fähigkeit zur Bewältigung von Krisen
- Leidenskapazität
- Eingebunden Sein in ein stabiles berufliches Umfeld
- und ein privates Umfeld

Das Konzept des Selbstmanagements – Supervision als Beispiel

Kanfers verhaltenstheoretisches Modell (Kanfer et al., 2012) ist weiterhin ein basales gedankliches Ordnungsprinzip bezüglich der Erklärung menschlichen Verhaltens. Es ist ein Systemmodell und ihm ist wichtig, dass sein Denken das einer Systemtheorie ist. Er fügte dem linearen Prozess von Situation – Organismus – Reaktion – Kontingente Verknüpfung – Consequence SORKC eine Feedforwardschleife hinzu, durch die bereits die Wahrnehmung des Stimulus beeinflusst wird, sowie zwei Feedbackschleifen – die erste vergleicht die Reaktion mit einem inneren Standard und bei der zweiten erfolgt durch die Konsequenzen ein Feedback für die Reaktion. Außerdem unterscheidet er biologische, psychologische und soziale Variablen.

Die am frühesten ausgearbeitete Systematik psychotherapeutischer Supervision stammt von Schmelzer (1997).

Die sechs **Schwerpunkte** der Supervision sind nach Schmelzer (1997, S. 116)

- fachliche Aspekte des Therapieablaufs
- Einflüsse aus der Therapeuten-Person
- institutionale Rahmenbedingungen des Therapeuten
- Patienten des Therapeuten
- Therapeut-Patient-Beziehung und
- Supervisor-Supervisand-Beziehung

Schmelzer (1997, S. 118) beschreibt **Haltung und Handeln** der SupervisorIn aus Selbstmanagement-Perspektive:

- Der Supervisor denkt und arbeitet verhaltenstherapeutisch
- Der Supervisor verschränkt diagnostische und therapeutische Maßnahmen
- Der Supervisor geht ziel- und lösungsorientiert vor

- Der Supervisor arbeitet kreativ an Veränderungen
- Der Supervisor baut Supervisionsmotivation auf
- Der Supervisor löst Probleme flexibel-dynamisch
- Der Supervisor löst Probleme interaktiv
- Der Supervisor schafft eine fehlerfreundliche Lernatmosphäre
- Der Supervisor geht von der Pluralität von Ansichten, Zielen und Werten aus
- Der Supervisor ist natürliche Fachautorität statt formale Autorität
- Der Supervisor untersucht Probleme funktional-systemisch
- Der Supervisor arbeitet sowohl auf Klärung als auch Bewältigung hin
- Der Supervisor denkt und arbeitet positiv-ressourcenorientiert
- Der Supervisor geht zukunfts- und entwicklungsorientiert vor, plant vorausschauend
- Der Supervisor verfolgt das Prinzip der kleinen Schritte
- Der Supervisor fördert Entwicklung durch gezielte Steigerung der Anforderungen
- Der Supervisor optimiert hypothesen- und ergebnisorientiert seine Arbeit
- Der Supervisor hält eine enge Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis ein
- Der Supervisor dokumentiert kontinuierlich, evaluiert und kontrolliert Effekte
- Der Supervisor sorgt für Transfer des Gelernten auf das Handeln „draußen“
- Der Supervisor gibt Anleitung zu selbstentdeckendem Lernen
- Der Supervisor fördert die Selbstanwendung von VT-Prinzipien
- Der Supervisor arbeitet aufgaben- und zielorientiert
- Der Supervisor berücksichtigt juristische Vorgaben, berufsständische Leitlinien und ethische Grenzen
- Der Supervisor orientiert sich an anerkannten Standards für empirisch wissenschaftliche Therapie

Das Vorgehen folgt dem 7-Phasen-Modell der Selbstmanagement-Supervision

Nach der Kontaktpase folgen die sechs Phasen des Kernprozesses der Supervision:

1. Einstieg und erste Orientierung
2. Situationsanalyse: Klären des IST-Zustandes
3. Zielfindung: Klären möglicher SOLL-Zustände
4. Suche und Auswahl von Lösungen
5. Umsetzen von Lösungen und Effektkontrolle
6. Abschluss der Episode und Transfer

Hinter dieser Systematik steht ein Menschenbild, das von der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung der SupervisandIn ausgeht, so dass das Vorgehen ganz anders als man es nach obigen Ausführungen erwarten würde, in der Unterstützung ihrer Begabungen, Fähigkeiten und Ressourcen besteht. Nicht die besserwissende SupervisorIn spricht, sondern diejenige, die zu eigener Erkenntnis und Entscheidung verhilft.

Supervision auf der Basis von Selbstregulation und Selbstorganisationsmodell

Ein Supervisionskonzept kann sich auch in der Verhaltenstherapie nicht nur auf die klassische Verhaltenstheorie berufen. Bei Kanfer erfolgte bereits ein Schritt zu einer Systemtheorie (Kanfer et al., 2012).

Wir müssen jedoch die eigentlichen Systemtheorien zugrunde legen, die in Selbstregulationstheorien (z. B. Carver & Scheier, 1998; Bischof, 1998) und Selbstorganisationstheorien (Haken & Schiepek, 2005) unterteilt werden. Selbstregulation erklärt wie ein System stabil bleibt. Selbstorganisation erklärt wie ein System sich ändert. Wir müssen also beide Konzepte verinnerlicht haben, um Supervision in der Psychotherapie ausüben zu können.

Selbstregulation

Als Beispiel für ein Selbstregulationsmodell sei das Zürcher Motivationsmodell von Norbert Bischof (sehr anschaulich beschrieben in Bischof-Köhler, 2010) ausgewählt, da es einerseits die Bindungstheorie sehr gut abbildet und andererseits Beziehungsverhalten sehr differenziert erklärt. Er unterscheidet vier Subsysteme:

„Das **Sicherheitsystem** reagiert in einer zwischenmenschlichen Interaktion auf Vertrautheit (als Übereinstimmung mit Erwartungen), Relevanz und Nähe der anderen Person. Eine vertraute, „ranghohe“ Person, die sich in der Nähe befindet, vermittelt große Sicherheit, z. B. die Mutter. Das durch sie entstandene Geborgenheitsgefühl wird mit dem Sollwert des Sicherheitssystems, von Bischof mit „Abhängigkeit“ bezeichnet, verglichen. Ist der Sollwert nicht erreicht, entsteht Appetenz auf Abhängigkeit, d. h. ein Bindungswunsch und es erfolgt ein Verhalten, das Anschluss herstellt durch Annäherung an die Person. Ein zu großes Angebot an Sicherheit erzeugt Aversion durch Überdruß. Meidungsverhalten vergrößert die Distanz. Das Sicherheitssystem bildet die Bindungstheorie Bowlbys (1975) recht treffend ab. Es ist das am frühesten entwickelte Motivationsystem. Die um den siebten Lebensmonat entstehende Trennungsangst ist ein Zeichen dafür.

Das **Erregungssystem** reagiert auf Fremdheit (als Neuartigkeit im Sinne von Diskrepanz zu eigenen Erwartungen). Die Erregung hängt zudem von der Relevanz der Person ab (hier wieder als Ranghöhe bezeichnet) und vom Abstand von ihr. Hohe Erregung entsteht durch eine fremde, ranghohe Person, die sich ganz nahe befindet. Das Erregungsgefühl kann Neugier und Interesse oder Bedrohung und Furcht sein. Dies hängt vom Sollwert des Erregungssystems ab, der als Unternehmungslust bezeichnet wird, in den Aspekte wie Risikobereitschaft und Wunsch nach Abwechslung eingehen. Liegt der Istwert unter dem Sollwert, entsteht Appetenz auf Erregung, d. h. Neugier. Explorationsverhalten führt zur Annäherung an die fremde Person. Diese Annäherung erhöht die Erregung, sie wird deshalb diversive Exploration genannt. Liegt der Istwert über dem Sollwert, kommt es zur Aversion mit Furcht und Meidung. Die Entfernung von der fremden Person reduziert die Erregung. Bietet eine Barriere Schutz, so kann es im Schutz dieser Barriere zu Annäherungsverhalten kommen, das spezifische Exploration genannt wird, die dazu dient, die Person vertraut zu machen. Die Fremdenfurcht im achten Lebensmonat ist ein Zeichen, dass das Erregungssystem bereits funktioniert. Es ist in der Zeit von Pubertät und Adoleszenz am stärksten aktiv, während das Sicherheitssystem in diesen Jugendjahren am wenigsten aktiv ist. Das Züricher Modell zeichnet sich dadurch aus, dass Neugier und Furcht Pole desselben motivationalen Subsystems sind, während andere Motivationsmodelle von zwei unabhängigen Konstrukten ausgehen.

Das **Autonomiesystem** reagiert auf Erfolg. Erfolg führt zu einer „Befindlichkeit, die das eigene Selbst mit Wertdimensionen wie Macht, Stärke, Einfluss, Freiheit, Geltung,

Anerkennung, Leistung, Kompetenz, Klasse, Vornehmheit, Qualität usw. in Verbindung bringt“ (Gubler & Bischof, 1993, S. 14). Das Selbsterleben ist Selbstsicherheit. Andere Personen attribuieren Ranghöhe oder hohes Ansehen. Den Sollwert nennt Bischof Autonomieanspruch. Dieser kann sich als Macht- oder Dominanztrieb, als Geltungsbedürfnis, als Leistungsmotiv oder Selbstwertstreben darstellen. Liegt der Istwert unterhalb des Sollwerts, z. B. an sozialem Einfluss, so entsteht Appetenz, die zu assertivem Verhalten führt, das auch aggressiv werden kann. Liegt der Istwert über dem Sollwert, entsteht Aversion, die zu submissivem Verhalten führt (sich klein machen, verlegen sein, unterwürfig sein). Ergebnis kann Supplikation als Unterordnung unter Ranghöhere sein. Ein Kind erhält durch seine Eltern Sicherheit, dadurch kann seine Unternehmungslust wachsen. Es exploriert die Welt und eignet sich Kompetenzen an, die sein Autonomiegefühl steigern. Sein so entstandenes Urvertrauen gibt ihm Selbstsicherheit. Wer zu wenig Sicherheit erlebt, kann dies so kompensieren, dass deren Sollwert durch den Vorgang der Akklimatisation sinkt, so dass die spätere Bindungsbereitschaft und -fähigkeit reduziert wird. Diese Konstellation nennt Bischof Not-Ich und vergleicht sie mit Wilhelm Reichs Konstrukt des Charakterpanzers. Ein Überangebot von Sicherheit bzw. ein mütterliches Bremsen von Unternehmungslust kann zu einem reduzierten Autonomieanspruch (Muttersöhnchen-Syndrom) führen.“ (aus Sulz, 2007, S. 19f).

Selbstorganisation

„Haken und Schiepek (2005) beschreiben das Konzept der Synergetik als Beispiel einer Selbstorganisationstheorie: Heute stellt sich die dynamische Systemtheorie als Kybernetik 2. Ordnung der Frage nach den Bedingungen der Veränderung von Systemen. Nicht mehr die Konstanterhaltung interessiert, sondern die Phasenübergänge von einem geordneten stabilen Zustand in einen neuen wiederum geordneten stabilen Zustand – wobei oft der Übergang irreversibel ist. ... Psychotherapie möchte in der Regel den energieaufwendigen Schritt von einem stabilen Zustand in einen qualitativ neuen begünstigen, also von einem Attraktor in einen neuen Attraktor. Dieser energiereiche Moment des Phasenübergangs ist emotionsintensiv. Durch eine bestehende Struktur ist vorgegeben, welche Veränderungen möglich sind. Eine Veränderung ist dann wahrscheinlich, wenn sie zu der vorausgegangenen Struktur passt.“ (Sulz, 2007, S. 23).

„Grawe (1998) weist darauf hin, dass vor allem motivationale, emotionale und interpersonale Attraktoren (Ordnungsparameter) bedeutsam sind. Als seinen genuinen Beitrag zur Selbstorganisationsperspektive im klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Kontext kann man die Formulierung eines Störungsattraktors sehen. Im Übrigen gehen seine Ausführungen völlig im oben dargelegten Synergetikansatz auf. Eine psychische oder psychosomatische Symptombildung ist Folge einer Emergenzbildung. Sie hat die Eigenschaften eines Attraktors mit funktioneller Autonomie und Versklavung der Teilbereiche, aus denen sie entstanden ist. Die Bildung eines psychischen Symptoms führt zunächst zur Reduktion der Bedürfnisspannung, die zur Bildung des neuen Attraktors geführt hat. Grawe weist allerdings darauf hin, dass es oft zu keiner völligen funktionellen Autonomie kommt, weil die psychosoziale Problemsituation, in der der Patient sein Symptom gebildet hat, weiterhin starke Bedürfnisspannungen erzeugen kann. Deshalb ist es Aufgabe der Therapeutin, nach den Quellen dieser Bedürfnisspannung zu suchen und dem Patienten zu helfen, diese Spannung mit anderen Mitteln zu reduzieren. Inso-

fern funktionelle Autonomie entstanden ist, ist störungsspezifisches Vorgehen im Sinne einer Symptomtherapie Erfolg versprechend, da durch sie das Symptom als Attraktor destabilisiert wird. In dem Ausmaß, in dem motivationale Attraktoren Kontrollparameter des Symptoms sind, ist ein klärungsorientiertes Vorgehen indiziert, das die Betrachtung der Kindheits- und Jugendgeschichte beinhalten kann. Allerdings sei die Klärung von Vergangenheit nur insofern notwendig, als sie heutige Motive, Emotionen und die heutigen Beziehungen beeinflussen. Also sei eine Therapie nicht vergangenheits-, sondern gegenwarts- und zukunftsorientiert (Seite 525).“ (Sulz, 2007, S. 28).

Supervision auf der Basis von Entwicklung

Da nicht nur die Entwicklung des Patienten, sondern auch die Entwicklung der SupervisorIn einem Entwicklungsprinzip folgt, seien hier die Entwicklungsstufen des Neo-Piagetschen Modell der Entwicklung von Gefühlen und Beziehungen von Robert Kegan (1986) dargestellt (Hoenes et al., 2014, S. 173f.):

„Stadium der Einverleibung (Stufe 0): Alle Empfindungen werden beim Neugeborenen dem eigenen Körper zugeschrieben, diesem assimiliert, einverleibt. Umgekehrt ist der Organismus eingebunden in seine Empfindungen und Reflexe, es gibt keine Außenwelt, kein vom Selbst getrenntes Objekt. Das Selbst ist seine Reflexe und Empfindungen.

Stadium des impulsiven Gleichgewichts (Stufe 1): Das Selbst zieht sich zurück auf seine Wahrnehmungen und Impulse, die die Reflexe vermitteln und koordinieren. Damit werden Reflexe und Bewegungen zum Objekt. Das Selbst ist seine Impulse und seine Wahrnehmung. So kann ein Kind bitterlich weinen, weil sein schönes blaues Auto in der Dämmerung grau geworden ist, und sich über die Maßen freuen, dass es wieder so schön blau geworden ist, nachdem die Mutter das Licht angemacht hatte. Das Kind kann noch nicht zwei Wahrnehmungen in Beziehung setzen, es kann auch noch nicht zwei Gefühle zusammenbringen. Daher kann es Ambivalenz nicht ertragen und versucht diese durch Aggression und Wutausbrüche zu beenden. Ebenso wenig kann es seine Impulse kontrollieren. Verlangt seine Umwelt dies von ihm, so entsteht Wut; es sei denn, wütende Eltern induzieren Angst, die die Wut wegwischt.

Stadium des souveränen Gleichgewichts (Stufe 2): Das Kind kann seine Impulse steuern und kontrollieren und empfindet dies als seine Fähigkeit, Einfluss zu nehmen. Es ist bemüht, seine Umwelt zu kontrollieren. Wo dies nicht gelingt, ist es misstrauisch. Projektionen werden zur Orientierung in der Welt zu Hilfe genommen. Der andere Mensch ist bedeutsam als Quelle der Bedürfnisbefriedigung. Es besteht eine Notwendigkeit, die Folgen des eigenen Handelns vorhersehbar zu machen, damit Angst minimiert wird und die eigenen Bedürfnisse befriedigt werden. Das Kind „ist“ seine Bedürfnisse, kann Frustrationen noch nicht innerlich verarbeiten.

Stadium des zwischenmenschlichen Gleichgewichts (Stufe 3): Nun werden die zwischenmenschlichen Beziehungen zur Struktur des Selbst. Die Bedürfnisse werden zum Objekt, koordinierbar und integrierbar in gegenseitigen zwischenmenschlichen

Beziehungen. Bedürfnisse und Gefühle können kommuniziert werden. Da das Selbst in diese Beziehungen eingebunden ist, kann es diese nicht reflektieren. Es „ist“ die jeweils einzelne Beziehung, mal die eine, mal die andere. Das heißt, es besteht noch keine abgegrenzte kontinuierliche Identität. Das Selbst ist noch verschmolzen in der zwischenmenschlichen Beziehung. Dies kann auf den anderen Menschen einen ihn verschlingen wollenden Eindruck machen. Harmonie ist wichtig.

Ärger stört diese, darf also nicht sein, höchstens Traurigkeit, Verletztheit oder Insuffizienzgefühl. Das Selbst ist seinen an die zwischenmenschliche Beziehung gerichteten Erwartungen und Verpflichtungen ausgeliefert. Ohne den anderen Menschen ist die eigene Person nicht komplett. Er wird benötigt, um ein Gefühl eines vollständigen Selbst haben zu können.

Stadium des institutionellen Gleichgewichts (Stufe 4): Nun kann das Selbst Beziehungen „haben“, und zwar verschiedene. Es erhält und bewahrt dadurch seine Identität. Die neu entstandene Struktur des Selbst bietet die Möglichkeit, sich als von anderen verschiedene Person zu erleben. Interpersonelle Konflikte werden verinnerlicht, Ambivalenz kann toleriert werden, Gefühle können reflektiert und gesteuert werden. Das Selbst ist nun eine Institution, die Rollen, Normen, Selbstkonzept und Selbstkontrolle verwaltet und hierzu ein Rechtssystem, das gesellschaftliche System und ein Wertsystem installiert. Das Kind hat sich befreit vom Eingebundensein in die Beziehungen. Die Zuneigung der anderen ist nicht mehr bestimmend für das Schicksal des Selbst. Die neue Unfreiheit besteht im Eingebundensein in die Verwaltung und Organisation des Selbstsystems, die notwendigerweise ideologisch ist. Gefühle entstehen nicht mehr unmittelbar aus dem Erleben der Beziehung („Magst du mich noch?“, „Ist unsere Beziehung noch intakt?“), sondern aus der erfolgreichen Steuerung der Beziehungen („Gelang es mir, die wechselseitigen Interessen zu steuern?“, „Ist mein Management der Beziehungen oder des Berufs noch intakt?“). Um als Institution funktionsfähig zu sein, müssen intensive Gefühle (Zuneigung, Erotik) oder Gefühle, die die Anpassungsfunktionen erschweren (Zweifel am Leistungsprinzip) abgewehrt werden. Es muss immer Konfliktfreiheit hergestellt werden. Andernfalls ist das Gleichgewicht dieser Entwicklungsstufe gefährdet.

Stadium des überindividuellen Gleichgewichts (Stufe 5): Die Loslösung von der institutionellen Organisation des Selbst und seiner Beziehungen zur sozialen Bezugsgruppe bzw. zur Gesellschaft führt zum Individuum, das über diese Organisation reflektieren kann. Es wird frei, um Beziehungen einzugehen, in denen beide Partner ihre Individualität bewahren (Kegan, 1986, S. 147). Das Selbst „ist“ auch nicht mehr sein Beruf oder seine Berufsrolle, Leistung bestimmt nicht mehr das Selbstgefühl. Kritik kann angenommen werden. Es kann zwischen verschiedenen Teilen des Selbst gewechselt werden, Konflikte zwischen diesen toleriert werden. „Individualität fördert nicht Abgeschlossenheit und Selbstkontrolle, sondern sie ermöglicht, dass wir uns anderen hingeben können“ (Kegan, 1986, S. 148). Piagets Gedanke, dass Entwicklung in Spiralen erfolgt und dass deshalb immer wieder etwas erfolgt, was ganz ähnlich schon früher da war, macht die Dialektik der Entwicklung deutlich. Kegan (1986) hat das so dargestellt: Kegan hat ein weiteres Postulat Piagets hervorgehoben. Ein Mensch braucht entwicklungsfördernde Umwelt. Der Mensch ist eingebunden in eine Gemeinschaft, die Entwicklung fördert oder hemmt. Staat, Gesellschaft, soziale Gemeinschaft und Ehe können Entwicklungsbarrieren schaf-

fen. Dabei ist ihre Aufgabe aber, entwicklungsfördernde Kultur zu sein, indem sie das Individuum einbinden- als einbindende Kultur. Dieser Aspekt wird in der Therapie sehr bedeutsam, weil die Therapie einerseits einbindende Kultur sein muss und andererseits helfen sollte, dass einbindende Kulturen den therapeutischen Entwicklungsprozess mehr fördern als hemmen.“

Tabelle 1: Entwicklungsstadien der Supervision

Entwicklungsstufe	Selbst	in Beziehung zum Patienten	in Beziehung zum Supervisor	Empfohlene supervisorische Interventionen
Aufnehmend Einverleibend Rezeptiv Konsumierend Wahrnehmend will Therapeut werden	lernbegierig, unsicher, selbstzweifelnd, aufmerksam auf die Wirkung eigenen Handelns, hält sich genau an Vorgaben	vorsichtig, zögernd im Handeln, wenig Aufmerksamkeit für den Patienten, braucht Erfolgserfahrung, Angst etwas falsch zu machen	bemüht sich um affektive Aufnahme als Supervisor, sucht Anleitung, Modell, und Wissensvermittlung, braucht Bestätigung, fürchtet als ungeeignet dazustehen	Willkommensein und Zugehörigkeit signalisieren, entängstigen, klare, einfache Anleitungen geben, jede Aktion loben
Impulsiv experimentell explorativ ühend motorisch bedürfnisorientiert will Therapie machen	sich in sicherem Rahmen fühlend erkunden, ausprobieren, üben, bis etwas gekonnt wird, Gefühle entstehen aus Bedürfnisbefriedigung oder -frustration heraus	gelöst und offen im Kontakt, neugierig auf Reaktionen des Patienten, Wechsel von Annäherung und Entfernung, eher auf eigene Bedürfnisse orientiert als auf diejenigen des Patienten	fühlt sich als brauchbaren Lernenden aufgenommen, braucht viel und holt sich viel (z. B. Lob), fürchtet Verlust des supervisorischen Schutzes	Schutz und Sicherheit signalisieren, verfügbar sein, jede gelungene Aktion loben, strukturierende Anleitungen geben
Souverän kontrollierend konkurrierend Einflussnehmend Macht orientiert will Führung in der Therapie und der Therapeutengemeinschaft übernehmen	hat seine Interventionen im Griff, braucht das Gefühl, dass das so ist, fürchtet Verlust dieses Könnens	hat die Interaktion mit dem Patienten im Griff, steuert diese sehr, fühlt sich dem Patienten überlegen, fürchtet Kontrolle über Abläufe in der Therapiesitzung zu verlieren	fühlt sich dem Supervisor gewachsen, versucht gegen den Supervisor zu gewinnen, kann Schwächen nicht zugeben, fürchtet Kontrolle über Ablauf der SV-Sitzung zu verlieren	Kontrolle und Rivalisieren zulassen (keinen Machtkampf), bestätigen, dass er die therapeutische Situation gut im Griff hat, unterstützen, wo dies noch nicht so gut gelingt

Entwicklungsstufe	Selbst	in Beziehung zum Patienten	in Beziehung zum Supervisor	Empfohlene supervisorische Interventionen
<p>Zwischenmenschlich</p> <p>kooperativ harmonisierend</p> <p>beziehungsorientiert</p> <p>sucht gleichgesinnte Therapeuten</p>	<p>weiß, dass er nicht alles im Griff hat, ist weniger auf sich als auf den Patienten hin orientiert, kann warmherzig sein, kann sich in die Beziehung hinein begeben. Gefühle entstehen durch Zu- oder -Abneigung</p>	<p>geht in Beziehung und in emotionalen Austausch, braucht, dass die Beziehung stimmt, fürchtet, dass die Beziehung Schaden leidet, ermöglicht dem Patienten korrigierende Beziehungserfahrung</p>	<p>ist froh, die supervisorische Beziehung zu haben, arbeitet sehr kooperativ mit, braucht es, angenommen und gemocht zu werden, fürchtet Ablehnung</p>	<p>Zuneigung zeigen, Beziehungssensibilität validieren und fördern, für Lernprozesse auf der Ebene der Therapeut-Patient-Beziehung nutzen, wertschätzende Reflexion des qualitativen Sprungs zur zwischenmenschlichen Stufe</p>
<p>Institutionell</p> <p>Regeln setzend und einhaltend</p> <p>Normorientiert, geregelte multiple Vernetzung</p> <p>vertritt seine Therapieschule nach innen und außen</p>	<p>kann sich aus einer Beziehung herauslösen, braucht nicht mehr Beziehung als Tragfläche, braucht ein stabiles, gut verwaltetes Netzwerk, Gefühle sind abhängig von Normerfüllung, fürchtet Hingabe und Selbstverlust ebenso wie Chaos</p>	<p>ist weniger nah in der Beziehung, fordert von ihm Einhaltung von Regeln, hält sich an Regeln, geht öfter in gedankliche Distanz, übergibt Patienten Selbstverantwortung im Rahmen der konsentierten Regeln</p>	<p>erlebt die Supervision als geregelte Zusammenarbeit mit kollegialem Fairplay, Gespräche laufen mehr intellektuell ab, vermeidet zu nahe Beziehung, der Supervisor ist nur eine der möglichen Hilfen im Gesamtsystem der Ausbildung</p>	<p>Selbstbestimmung und Selbständigkeit lassen, dem Bedürfnis nach gedanklicher und interpersoneller Ordnung folgen und Strukturierungen von Seiten des Supervisanden anerkennen, gemeinsam an Therapieoptimierungen feilen</p>
<p>Überindividuell</p> <p>Wertorientiert unabhängig Balance zwischen Selbst und Beziehung reife Therapeutenpersönlichkeit</p>	<p>braucht keine Einbindung in ein geordnetes Netzwerk mehr, muss es nicht durch Regeln zusammenhalten, orientiert sich an Werten, lässt Bezugspersonen ihre Freiheit</p>	<p>Kann mit dem Patienten genau die Beziehung herstellen, die dieser braucht, kann Impulse des Patienten kreativ aufnehmen, kann Balance zwischen struktur. Führung und flexibler Anpassung halten</p>	<p>geht gleichberechtigt in die supervisorische Begegnung, kennt eigene Kompetenzen und Grenzen ebenso wie die des Supervisors, ist nicht mehr in die supervisor. Beziehung eingebunden</p>	<p>Gleichrangigkeit, Gleichwertigkeit, Ungebundenheit und Freiheit des Supervisanden als selbstverständlich nehmen, die neue Art des supervisorischen Auftrags einhalten, ohne in alte Lehrerrolle zu fallen</p>

Sowohl Mischel (2015) als auch Fonagy et al. (2008) haben eine beeindruckend große Zahl von empirischen Studien sowohl selbst durchgeführt und als auch über viele weitere berichtet, die einerseits das Entwicklungsprinzip bestätigen und andererseits dessen Weiterwirken im Erwachsenenalter belegen.

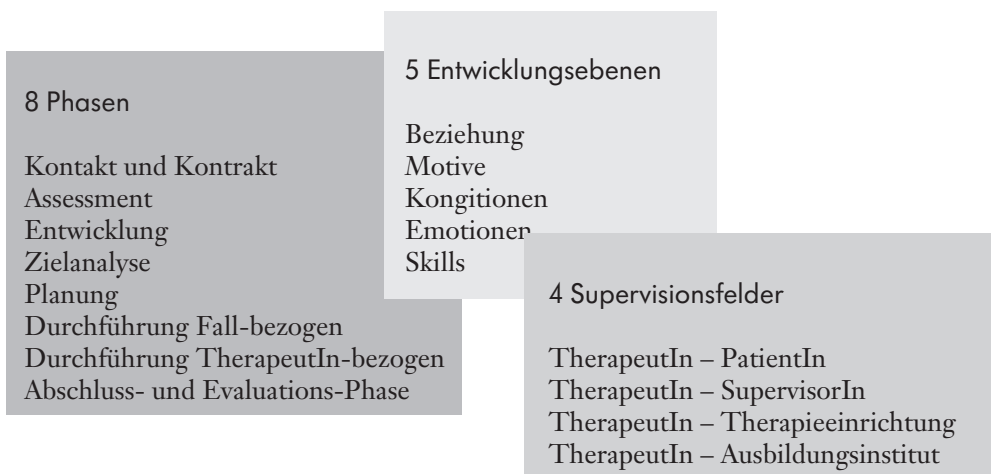
Phasen- und Mehrebenenmodell der Strategischen Supervision als zweites Beispiel

Ich habe dem Selbstmanagement-Ansatz die Strategische Kurzzeittherapie (Sulz, 1994) als eine 3rd wave Therapie (analog zu Linehan, 2016; Woolfolk, 2013; Hayes, 2005; McCullough, 2007; Young et al., 2005) hinzugefügt - mit Fokus auf das emotionale Erleben, zentrale Bedürfnisse, zentrale Ängste, zentrale Wut, dysfunktionale Persönlichkeitszüge und die maladaptive Überlebensregel als dispositionelle Faktoren, die zwangsläufig in die Reaktionskette zum Symptom einmünden (Sulz, 2011). Und ich habe versucht (Sulz, 2007), von der Selbstmanagement-Supervision aus einen ähnlichen Schritt weiter zu gehen und den Entwicklungsaspekt zum zentralen Konstrukt eines Supervisionsmodells zu machen.

Tabelle 1 Entwicklungsstufen der psychotherapeutischen Entwicklung in der Beziehung zu sich selbst, zum/zur PatientIn und zum/zur SupervisorIn (aus Sulz, 2007, S. 67f)

Das 8-Phasen-5-Ebenen-4-Felder-Modell der strategischen Supervision geht von der Kontaktaufnahme, dem Supervisions-Kontrakt über die Entwicklungsanalyse zur Zielanalyse, Planung des gemeinsamen Supervisions-Projekts zur Durchführung der Supervision, die sowohl bezogen auf den Fall als auch bezogen auf die TherapeutIn erfolgt. Dabei werden jeweils als Betrachtungsebenen berücksichtigt: die Beziehungsgestaltung der SupervisandIn, ihre Motivation, ihre Kognitionen und Emotionen sowie die Ebene ihrer Kompetenzen, Fähigkeiten bzw. Skills.

Abbildung 1: Strategisches Phasen- und Mehrebenenmodell der Supervision



Dieses Modell beschreibt die Supervisionsarbeit während der Zusammenarbeit einer SupervisorIn mit einer TherapeutIn im Aus- und Weiterbildungsprozess (Sulz, 2007, S. 77-108).

Die Supervision einer kognitiv-behavioralen Therapiesitzung

Die Supervision einer einzelnen Therapiesitzung kann sich an folgenden Fragen orientieren (Erläuterungen Sulz, 2007, S. 123-129):

- Wurde das Ergebnis der vorausgegangenen Stunde formuliert?
- Wurden die Aufgaben bis zur heutigen Sitzung und deren Bewältigung besprochen?
- Wenn die Aufgaben nicht gemacht oder nicht gekonnt wurden, erfolgte eine Problemanalyse und Erarbeitung eines erfolgversprechenden Aufgabenplans?
- Konnte der/die Pat. Sein/ihr gefühlsmäßiges Erleben mitteilen?
- Hat der/die Pat. es geschafft, unangenehme Vorkommnisse oder Umstände anzusprechen?
- Gingen Sie auf die Bedürfnisse Ihres/Ihrer PatientIn ein?
- Kam es dabei zu einer tiefen Erfahrung mit intensiven Gefühlen?
- Entstand eine gedankliche Neueinschätzung, die neue Perspektiven eröffnet und neue Verhaltensweisen zulässt?
- Wurde aus dem Thema der Therapiestunde ein neuer Verhaltensplan entwickelt?
- Wie sehr will der/die Pat. die vereinbarten Änderungen anpacken?
- Wurde ein geplantes neues Verhalten im Rollenspiel geprobt?
- Wurde festgelegt, wann, wie oft und in welcher Situation der/die PatientIn das neue Verhalten (aus-)üben wird?
- Wie förderlich erlebten Sie die Beziehung zwischen Ihnen und dem/der Patienten/in?
- Wieviel trug die Stunde dazu bei, dass der/die PatientIn sich selbst und dass er/sie dieses Problem (noch) hat akzeptieren kann?
- Wie sehr trug die Stunde dazu bei, dass der/die Pat. sich für fähig hält, das Vorhaben der kommenden Woche(n) erfolgreich zu meistern?
- Wieviel Hoffnung und Zuversicht wurde in der Stunde aufgebaut?
- Wurde die Sitzung nachbesprochen (Feedback)?
- Haben Sie es geschafft, unangenehme Gefühle, Gedanken, Empfindungen oder Verhaltensweisen des /der Patient/in während der Stunde anzusprechen?
- Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Stunde?

Supervision des Prozessverlaufs einer Therapie

In fast allen Behandlungen können wir Prozessschritte (übereinstimmend mit Grawe, 1998) unterscheiden, die wie eine Treppe mit zwanzig Stufen (Sulz, 2011, S. 65ff) vom Istzustand zum gewünschten Therapieziel führt:

1. Aufbau von Hoffnung und Glauben (Erwartung von Therapieerfolg)
2. Aufbau einer förderlichen Beziehung, Bedürfnisbefriedigung mit dem Ziel des Wohlbefindens und des Freisetzens von Ressourcen
3. Aufbau von Therapiemotivation
4. Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung (Exposition)
5. Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen
6. Herstellen von Akzeptanz
7. Ressourcenmobilisierung

8. Herstellen einer Änderungsentscheidung
9. Fördern von Loslassen des Alten, Trauer
10. Bewältigung der Angst vor Veränderung und vor Neuem
11. Veränderung des Verhaltens und Erlebens
12. Erfahrung von Selbsteffizienz
13. Umgang mit Niederlagen
14. Automatisierung des neuen Verhaltens und Erlebens
15. Generalisierung des neuen Verhaltens und Erlebens
16. Selbstmanagement des Verhaltens und Erlebens
17. Bahnung weiterer Selbstentwicklung
18. Vorbereiten auf Abschied, Beenden der Therapie
19. Vorbereiten auf die Zeit nach der Therapie (die ersten Monate)
20. Vorbereiten auf die Zukunft

Sulz (2007, 2011) beschreibt die supervisorischen Aufgaben, die gemeinsam mit der SupervisorIn bei jeder Etappe zu meistern sind.

Diese zwanzig Schritte können drei Phasen des Therapieprozesses zugeordnet werden:

1. Klärungsphase Schritte 1 bis 5
2. Akzeptanzphase Schritte 6 bis 10
3. Änderungsphase Schritte 11 bis 20

Therapeutischer Widerstand in der Änderungsphase besteht oft darin, dass die gerade erreichte Akzeptanz wieder verloren ging, ohne dass die TherapeutIn das merkte (Jacobson & Christensen, 1996; Linehan 2016).

Folgende Überlegungen gehören zu den ersten Therapieschritten (übernommen aus Sulz, 2007, S. 151f. Eine ausführliche Diskussion ist bei Sulz (2007, S. 151 ff):

Zu 1. Aufbau von Hoffnung und Glauben (Erwartung von Therapieerfolg):

- Die SupervisorIn kann behilflich sein, „hoffnungsvolle Erwartungen zu induzieren durch:
- a.) Informationsvermittlung über das Wesen der Erkrankung („Aha, das ist ja schon sehr bekannt!“), die Entstehung der Erkrankung („Jetzt verstehe ich, wie’s begann!“), die Aufrechterhaltung der Erkrankung („Deshalb geht’s nicht weg!“), die Häufigkeit der Erkrankung („So viele Menschen haben das!“), die Therapierbarkeit der Erkrankung („Es ist ja behandelbar!“), die einzusetzenden Interventionen und deren empirische Bewährung („Da gibt es ja doch wirksame Verfahren zu meiner Behandlung!“)
 - b.) durch Vermittlung der eigenen kompetenten Professionalität der TherapeutIn („Mit deren Hilfe werde ich es schaffen!“)
 - c.) durch die Wahrnehmung der persönlichen Ressourcen („Die hab‘ ich ja vergessen! Das alles kann ich ja gut und das hilft mir jetzt!“).

Zu 2. Aufbau einer förderlichen Beziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn:

- Die SupervisorIn kann der TherapeutIn helfen, immer wieder die zentralen Beziehungsaspekte in den Fokus ihrer Aufmerksamkeit zu holen:
- Befriedigung zentraler Beziehungsbedürfnisse des Patienten
 - Reduktion zentraler Beziehungsängste
 - Validierung des Wahrnehmens, Fühlens, Denkens und Handelns

- mit dem Ziel des Wohlbefindens und des Freisetzens von Ressourcen.
Für die Vergegenwärtigung der weit vielschichtigeren Bedeutung der Therapiebeziehung in der Psychoanalyse sei auf Mertens (2010) und dem Beitrag von Bettighofer in diesem Band verwiesen.

Zu 3. Aufbau von Therapiemotivation:

Die SupervisorIn hilft der TherapeutIn die motivationsfördernden Aspekte zu beachten:

- Stärkung des Wunsches
- Reduktion der Vermeidung
- Utilisieren der Ressourcen
- Lösung des Konfliktes
- spürbare Zuverlässigkeit einer förderlichen Therapiebeziehung.

Zu 4. Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung (Exposition):

„Es gibt aber einige allgemeine Expositionshinweise als Hilfestellung des Supervisors für die Therapeutin:

- Konfrontation mit der kritischen Situation
 - Wahrnehmen des Bedürfnisses
 - Spüren des Gefühls
 - Verstehen des Zusammenhangs Bedürfnis - Situation - Gefühl
 - Erkennen der Auswirkungen
 - Sehen von Bewältigungsmöglichkeiten
 - Hoffnung auf Meisterung und Glaube an die Therapie
 - getragen durch eine förderliche Therapiebeziehung
- Tiefe emotionale Erfahrung ist das sichtbare Zeichen, dass die Therapeutin gemeinsam mit ihrem Patienten dort angekommen ist, worum es beim Patienten geht, was diesen Menschen bewegt. Und sie ist das Zeichen, dass etwas in Bewegung kommt, dass etwas Bewegendes geschieht.“ (a.a.O. S. 156).

Zu 5. Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen:

Die SupervisorIn „kann wiederum auf notwendige und erleichternde Aspekte gedanklicher Neubewertung hinweisen:

- Definition des Problems und Beschreibung der Problemsituation
 - Erkennen und Verstehen des Zusammenhangs von Situation und Verhalten und der Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt
 - Erkennen und Verstehen der Entstehung des Problems
 - Erkennen und Verstehen der Auswirkungen des Problems
 - Realisieren der heutigen Ressourcen
 - neue Bewertung des Problems
 - getragen durch eine Erlaubnis gebende, förderliche Therapiebeziehung
- Die Neueinschätzung (Lazarus , 1975) einer bislang unbewältigbar erscheinenden Situation, eines unlösbar imponierenden Problems, ist die Weichenstellung zu neuer Bedeutungsgebung, zu neuen Gefühlsreaktionen und zu einem neuen Umgang mit Situation und Problem.“ (a.a.O. S. 159f).

Zu 6. Herstellen von Akzeptanz:

Die SupervisorIn „kann gemeinsam mit der TherapeutIn die wesentlichen Elemente herausarbeiten:

- Empathie für das damalige Kind und seine Not
- Verstehen der Notwendigkeit, genauso zu werden, wie man ist
- Erkennen des Überlebenskampfes der Eltern
- Unterscheidung zwischen Verursachung und Schuld
- Loslassen des Bemühens um Reparatur der Kindheit
- Zulassen der Begrenzungen meiner Geschichte
- Annehmen der Begrenzungen meiner Gegenwart
- getragen durch eine modellhafte, förderliche Therapiebeziehung.“ (a.a.O. S. 159).

Zu 7. Ressourcenmobilisierung:

Die SupervisorIn „weist auf die wesentlichen Aspekte dieses Schrittes hin:

- ausführliche Analyse der Ressourcenbereiche
 - affektives Vergegenwärtigen der Ressourcen
 - Planung des vermehrten Einsatzes der Ressourcen
 - Steigerung des realen Einsatzes der Ressourcen
 - Planung des Utilisierens der Ressourcen für das therapeutische Problem
 - Utilisieren der Ressourcen für die Problemlösung
 - getragen durch eine ressourcenspendende förderliche Therapiebeziehung
- Im Einzelnen: ausführliche Analyse der Ressourcenbereiche.“ (a.a.O. S. 161)

Zu 8. Herstellen einer Änderungsentscheidung:

Heckhausen et al. (1987) haben diesen Schritt als Überschreiten des Rubikon bezeichnet. Die SupervisorIn geht gemeinsam mit der TherapeutIn diesen Moment im Bewusstsein der PatientIn durch „worum es bei diesem Schritt geht:

- Übergang des Wunsches in ein Ziel
 - Einsatz des Willens
 - Wahrnehmung der eigenen Ressourcen
 - Vertrauen in die Befähigung des Selbst
 - Vertrauen in die Bereitschaft des Selbst, Einfluss auf die Umwelt zu nehmen
 - Vertrauen in die Bereitschaft der Umwelt
 - die Erwartung von Erfolg
 - getragen durch eine bestätigende, förderliche Therapiebeziehung
- Im Einzelnen bedeutet dies: Übergang des Wunsches in ein Ziel.“ (a.a.O. S. 163)

Zu 9. Fördern von Loslassen des Alten, Trauer:

Die SupervisorIn reflektiert gemeinsam mit der TherapeutIn „wie dies geschehen kann:

- Erinnern, wie sehr ich Bisheriges gebraucht habe
- Wahrnehmen des großen Wertes von Bisherigem
- Vergegenwärtigen des großen Verlustes
- Wahrnehmen von Schmerz und Trauer
- Abschied nehmen
- Loslassen
- Spüren, dass es mir fehlt
- Zulassen, dass es sich entfernt

- sich selbst wahrnehmen – ohne das Verlorene
Das bedeutet:
- „Erinnern, wie sehr ich es gebraucht habe.“ (a.a.O. S. 165)

Zu 10. Bewältigung der „auf den richtigen Umgang mit der Angst vor Veränderung hinweisen:

- Analyse der Angst auslösenden Aspekte des Änderungsschrittes
- Beurteilung des möglichen realen Anteils der Angst
- Umgang mit der irrationalen Angst
- Rücksichtnahme auf den unentwickelten Teil der Psyche
Konkret bedeutet dies:
- Analyse der Angst auslösenden Aspekte des Änderungsschrittes
Welcher Teilschritt macht genau Angst? Was ist das Beängstigende daran? Unter welchen Umständen würde er keine Angst machen? Wie kann dies hergestellt werden?
- Beurteilung des möglichen realen Anteils der Angst.“ (a.a.O. S. 166)
Die ärgerliche Gegenübertragung kann auf diese Weise aufgelöst werden und einer beruhigenden, akzeptierenden und ermunternden Haltung Raum geben.

Supervision der Fallkonzeption

Die inhaltlichen Aspekte der Therapie spiegeln sich zuerst in der Diagnostik und später in den Interventionen wieder. Sulz (2015b) nennt folgende notwendigen Punkte der Falldiagnostik und -konzeption:

„Die aus der empirischen psychologischen Forschung und der Verhaltenstheorie und -therapie resultierenden Kernvariablen nähern sich an. Sie entsprechen den Erkenntnissen der Hirnforschung über die Arbeitsweise des Gehirns (z. B. Sulz & Tins, 2000):

- Motivationsanalyse (Bedürfnis – Verstärkung, Angst – Vermeidung, Aggression – Angriff),
- Kognitionsanalyse,
- Emotionsanalyse,
- Entwicklungsanalyse,
- Persönlichkeitsanalyse,
- Wertanalyse,
- Konfliktanalyse,
- Ressourcenanalyse,
- Situationsanalyse,
- Symptomanalyse,
- Verhaltensanalyse des Individuums,
- Funktionale Fallkonzeption der Familie.“ (a.a.O. S. 190).

Die Komplexität eines individuellen Falles ist nicht nur für die TherapeutIn stets eine große Herausforderung, sondern auch für die SupervisorIn.

Hier haben sich zwei Heuristiken bewährt:

- a. Das dysfunktionale und maladaptive Schema der Überlebensregel (Sulz, 1994)
- b. Die Reaktionskette in der auslösenden Situation von der primären Emotion zum Symptom (Sulz, 2011).

Die TherapeutIn wird eingeladen, sich diese beiden Heuristiken zu eigen zu machen, damit diese gemeinsam in der Supervision auf den Fall angewandt werden kann.

Die Entstehung der dysfunktionalen Überlebensregel

- Eltern frustrieren ihre Kinder hinsichtlich zentraler Beziehungs- und Selbstbedürfnisse – im Extremfall auch hinsichtlich deren emotionaler Homöostase (Bedrohung, Aggression, emotionaler Missbrauch)
- Das resultiert in bleibenden motivationalen Schemata wie
- Zentrale Bedürfnisse und der dysfunktionale Umgang mit diesen
- Zentrale Ängste und der dysfunktionale Umgang mit diesen
- Zentrale Wutformen und der dysfunktionale Umgang mit diesen
- Eine dysfunktionale Überlebensregel gebietet maladaptive Persönlichkeitszüge und verhindert in einer Symptom auslösenden Situation deren symptomfreies Meistern.

Dieses Struktur- und Konflikt-Modell (Sulz, 1994) ist ursprünglich psychodynamisch (Slipp, 1973; Dührssen, 1981) und ist mit Grawes (1998) allgemeinem Ansatz kompatibel. Der Satzbau der dysfunktionalen Überlebensregel ist:

Nur wenn ich immer ... (z. B. mich schüchtern zurückhalte)

und wenn ich niemals ... (z. B. wehrhaft oder gar vorlaut und frech bin)

bewahre ich mir ... (z. B. die Zuneigung der mir wichtigen Menschen)

und verhindere ... (z. B. deren Unmut und Ablehnung).

Das in Klammern stehende Beispiel entspricht der selbstunsicheren Persönlichkeit.

Für die Supervision kann hier auch folgender Aspekt berücksichtigt werden: Grawe (198) wie fast alle Buchautoren beschränken sich auf vier Grundbedürfnisse (Bindung, Lustgewinn, Unlustvermeidung, Selbstwert und Autonomie). Das ist für die Theoriebildung gut, aber für den Dialog mit dem Patienten schlecht. Wir kamen in einer eigenen Studie (Sulz & Tins, 2000) zwar zu den gleichen Bedürfnisfaktoren, aber bleiben in der Therapie (und auch in der obigen Formulierung der Überlebensregel) in der phänomenologisch reicheren Sprache der Patienten, die die Worte enthält, in denen der Patient sein Empfinden und Erleben wiedererkennt: Zugehörigkeitsbedürfnisse (Willkommensein, Geborgenheit, Schutz/Sicherheit, Liebe, Beachtung, Verständnis, Wertschätzung) und Autonomie- oder Selbstbedürfnisse (Selbständigkeit, Selbstbestimmung, Grenzen gesetzt bekommen, Gefördert werden, gefordert werden, ein Vorbild, Intimität, Erotik, ein Gegenüber).

Das ist auch ein guter Moment, in dem die TherapeutIn ihre eigene Überlebensregel formulieren kann, deren Vergegenwärtigung später oft verstehen lässt, weshalb was zu einem bestimmten Zeitpunkt Behandlung auf welche Weise schwierig für die TherapeutIn wurde.

Durch Entwicklung lösbare Konflikte

Ihre langjährige psychotherapeutische Erfahrung hilft der SupervisorIn rasch den der Symptombildung zugrundeliegenden intrapsychischen Konflikt aus der Schilderung der Symptom auslösenden Situation und der Persönlichkeit der PatientIn zu erkennen (Sulz, 2007. S, 201). Viele intrapsychische und interpersonelle Konflikte werden erst auf einer höheren Entwicklungsstufe lösbar, z. B.:

- Versorgung versus Autarkie (Geborgenheit versus selbst machen und können), der Konflikt der einverleibenden Stufe wird gelöst durch Übergang zur impulsiven Stufe, auf der impulsiv Bedürfnisbefriedigung herbeigeführt werden kann.
- Abhängigkeit versus Autonomie (Schutz versus Selbstbestimmung), der Konflikt der impulsiven Stufe wird gelöst durch den Schritt auf die souveräne Stufe, auf der eigene Impulse und das Verhalten des anderen Menschen souverän gesteuert werden können.

- Impuls versus Steuerung (Bedürfnisbefriedigung versus Kontrolle), der Konflikt der souveränen Stufe wird gelöst durch Entwicklung auf der zwischenmenschlichen Stufe, auf der durch liebende Hingabe die Zuneigung der Bezugsperson gewährleistet wird.
- Hingabe versus Identität (Beziehung versus Selbsterhalt), der Konflikt der zwischenmenschlichen Stufe wird gelöst durch Beschreiten der institutionellen Stufe, auf der die Zweierbeziehung in ihrer Bedeutung durch Umgangsregeln und Eingebundensein in größere Gemeinschaften relativiert wird.
- Gesetz versus Freiheit (Gesellschaft versus Individuum), der Konflikt der institutionellen Stufe wird gelöst durch Entwicklung zur überindividuellen Stufe, auf der individuelle Freiheit in Balance zu freiwilliger Beziehung verbleibt, befreit aus abhängigem Eingebundensein, sich an inneren und kulturellen Werten aus freier Entscheidung orientierend.

SupervisorIn und TherapeutIn versuchen zu klären, welche Konflikte ein Patient lösen kann und welche nicht. Was hindert ihn, bestimmte Konflikte lösen zu können, was braucht er zur Lösung des Konflikts, d. h. zur Bewältigung der bisher symptomauslösenden Situation (Sulz, 2012)? Wenn wir die Überlebensregel betrachten, so fällt uns auf, dass diese genau die Art der Konfliktlösung verbietet, die zur Meisterung der symptomauslösenden Situationen erforderlich wäre.

Störungsmodell Reaktionskette von der Situation zum Symptom

Störungsübergreifend ermöglicht das Modell der Reaktionskette-zum-Symptom ein tieferes Verständnis der Symptombildung (Sulz, 2011, S. 136). Es braucht mehrere Anläufe, bis die TherapeutIn der SupervisorIn in diesem Denkmodell folgen kann.

Eine typische beobachtbare Situation (die z. B. extrem frustrierend ist)

1. Die primäre Emotion als Antwort auf diese Situation
2. Der primäre Handlungs-Impuls aus dieser Emotion
3. Der Gedanke: Bedenken der Folgen meines Handelns
4. Ein gegensteuerndes sekundäres Gefühl
5. Mein beobachtbares Verhalten
6. Symptombildung

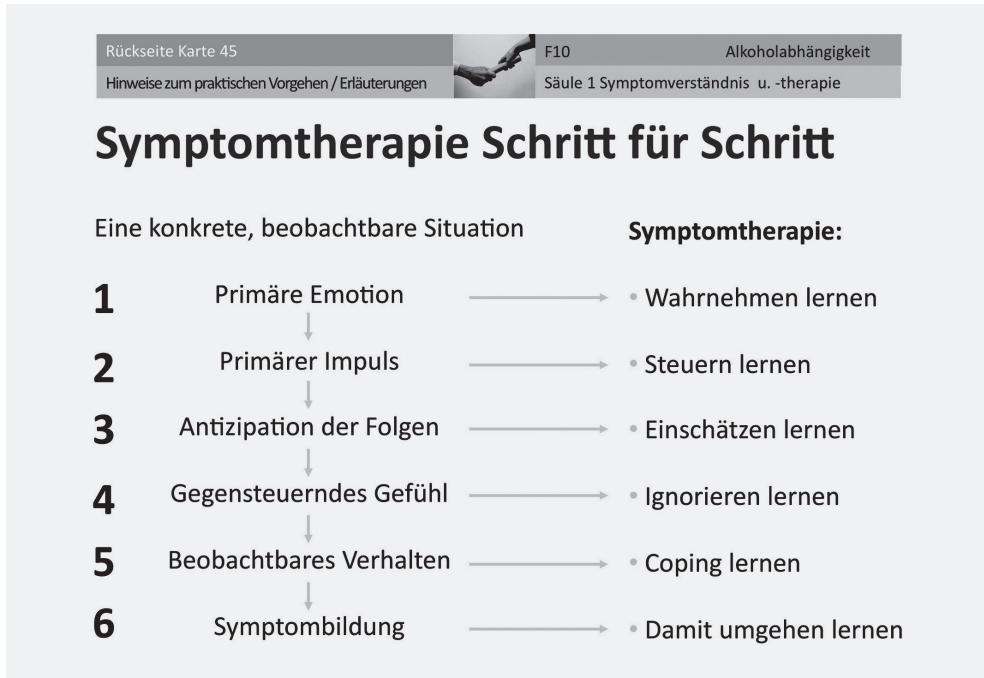
Unsere empirischen Studien (Sulz, 2014a) zeigen die große Bedeutung dieser Kette und den Zusammenhang mit der Überlebensregel, die bei Punkt 3 das Regiment übernimmt und die Symptombildung erzwingt. Für jedes Glied der Reaktionskette gibt es spezifische therapeutische Interventionen, die präziser auf den Fall abgestimmt sind als die alleinige Anwendung der störungsspezifischen Interventionen (Abbildung 2).

Supervision der Zielanalyse

Die SupervisorIn diskutiert die meist noch impliziten Therapieziele mit der SupervisandIn. Das können Entwicklungsziele sein (Sulz, 2014c, S. 55):

- Begabungen und Erfahrungen verbinden zu einer höheren Stufe des körperlichen, emotionalen, kognitiven, interpersonellen und spirituellen Seins
- von der Bedürfnis- zur Wertorientierung – s. u.
- von der Abhängigkeit zur Autonomie (Freiheit und Verantwortlichkeit)
- vom egozentrischen zum sozialen Wesen
- von der Subjektivität zur Selbsttranszendenz
- von der Privatheit zur Erkenntnis, gebraucht zu sein

Abbildung 2: Reaktionskette und Symptomtherapie Schritt für Schritt (aus Sulz et al. (2015c) PKP-Therapiekarten Alkoholkrankheit. München: CIP-Medien)



Oder die Ziele können sich aus einer Definition psychischer Gesundheit ableiten (Sulz, 2014c, S. 56):

Was macht ein gesunder Mensch?

- Er wendet sich neugierig dem Leben und der Welt zu
- Er lernt begierig, eignet sich Wissen an
- Er eignet sich Fähigkeiten an
- Er reflektiert das Geschehen in der Welt
- Er gestaltet berufliche Projekte
- Er ist musisch und künstlerisch aktiv, rezipiert Kunst und Kultur
- Er besucht die Natur
- Er ist körperlich aktiv
- Er sucht und hat fruchtbare Begegnungen
- Er beginnt und pflegt Beziehungen
- Er geht eine Partnerschaft ein und bewahrt eine dauerhafte liebevolle Beziehung
- Er gründet eine Familie und gibt seinen Kindern, was sie brauchen
- Er stellt sich bewusst der Vergänglichkeit des Lebens und dem Tod (setzt sich mit spirituellen Fragen auseinander)

Um das tun zu können, braucht ein gesunder Mensch eine Welt, die ihm das ermöglicht:

- Eingebunden sein in ein stabiles privates Umfeld
- Eingebunden sein in ein stabiles berufliches Umfeld
- Das Gefühl der sinnerfüllten Herausforderung im privaten und beruflichen Umfeld
- reale Chancen zur Reduktion pathogener Umweltfaktoren
- reale Chancen zur Entwicklung einer positiven Lebensperspektive.

Therapieziel kann aber nur das werden, was beide wollen – TherapeutIn und PatientIn. Genau an diesem Punkt wendet sich die TherapeutIn hilfeschend an die SupervisorIn.

Supervision der Arbeit mit Gefühlen – Emotion Tracking

SupervisorInnen wissen, dass es für einen effektiven Therapieprozess notwendig ist, dass der Patient das Gefühl spürt, um das es im therapeutischen Gespräch gerade geht (Grawe, 1998; Greenberg, 2000; Sachse, 1992; Fonagy et al., 2008), da sonst keine Problemaktualisierung bzw. tiefe emotionale Erfahrung stattfindet. Da weder die Tiefenpsychologische Psychotherapie noch die kognitive Verhaltenstherapie ausreichend systematisches therapeutisches Inventar verfügbar hat, um auf effiziente Weise zu einer deutlichen Gefühlswahrnehmung bezüglich einer erinnerten oder vergegenwärtigen Beziehungs-episode zu gelangen, haben wir wie viele andere einzelne Methoden der Humanistischen Psychotherapien zu Hilfe genommen (die Bühnen des Bewusstseins der Pessotherapie (Pesso & Perquin, 2008), die Stuhlarbeit der Gestalttherapie, Focusing, die behutsame Begleitung in EFT nach Greenberg (2000), das In-Szene-Setzen im Psychodrama sowie körpertherapeutische Arbeit).

Von der Verhaltenstherapie herkommende Versuche bleiben hinter diesen Interventionen bezüglich des aktuellen Emotionserlebens deutlich zurück. Gelingt es nicht, die Emotion zu aktualisieren, bleibt die nachfolgende Reflexion intellektuell und erzeugt keine Änderungsmotivation.

Inzwischen hat sich klinisch das Vorgehen des Emotion Tracking (Sulz, 2014b) bewährt, das Pessos Microtracking (Pesso & Perquin, 2008) entlehnt ist:

Die TherapeutIn lädt die PatientIn ein, über ihr aktuelles (meist zwischenmenschliches) Problem zu berichten. Ihre Aufmerksamkeit ist zweigleisig: während sie auf das Narrativ, den erzählten Kontext, hört, nimmt sie in Gesicht und Körper der PatientIn deren emotionale Regungen wahr. Sie spiegelt der PatientIn welches Gefühl sie bei ihr wahrnimmt und welcher Kontext zu dem Zeitpunkt im Bewusstsein der Patientin war. Die PatientIn wird dadurch auf ihr Gefühl aufmerksam, nimmt es intensiver wahr und erkennt zugleich, wodurch es ausgelöst wurde. Statt im Gespräch und in ihrer Geschichte weiterzueilen spricht sie über das Gefühl und über den Auslöser. Empathische Worte der TherapeutIn geben ihr die notwendige Sicherheit, um bei dem meist schmerzlichen Gefühl zu verweilen und seine Bedeutung zu verstehen. So erreicht das Gespräch eine emotionale Tiefe, die auch auf zentrale Bedürfnisse, deren Frustration, zentrale Ängste und deren oft lebensbestimmende Wirkung stoßen lässt. Der Übergang zu historischen Vorläufern des aktuellen Problems in den Kindheitsbeziehungen kann, muss aber nicht nahtlos erfolgen. Das emotionale Thema gab es vielleicht schon mit Mutter oder Vater. Erinnerungen tauchen auf und machen das Erleben emotional noch intensiver. Schließlich wird zurückgekehrt zu einer mentalen Reflexion der Geschehnisse, die ein tieferes biographisches Verständnis zurücklässt sowie das Gefühl, dass die Dinge nicht zwingend

so bleiben müssen, dass sie mit Hilfe der TherapeutIn geändert werden können. Durchgehend wird auf Interpretationen und Abstraktionen verzichtet, vielmehr bleibt der Fokus beim Hier und Jetzt, wobei nicht so sehr auf den Inhalt von Gedanken eingegangen wird, sondern darauf, was sie auslösen oder was sie anstößt (metakognitive Perspektive im Sinne einer Theory of Mind).

Die SupervisorIn betrachtet gemeinsam mit der TherapeutIn das mitgebrachte Video und unterstützt diese dabei, die emotionale Arbeit mit der PatientIn zu einem festen Bestandteil ihres therapeutischen Repertoires zu machen. Dabei kann es helfen, folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen (nach Sulz, 2007, S. 207f):

Vor der Therapiesitzung:

- Kann die TherapeutIn das Vorgehen in eigenen Worten exakt beschreiben?
- Kann Sie die Indikation und das Ziel des Vorgehens beschreiben und begründen?
- Hat sie eine theoretische und praktische Einweisung erhalten?
- Hat sie gezeigt, dass sie das Vorgehen ausreichend beherrscht?
- Ist zu erwarten, dass sie bei dem supervidierten Fall Emotion Tracking erfolgreich anwendet?

Während der Sitzung (Betrachtung im Video):

- Hat die TherapeutIn eine empathische und warmherzige Haltung?
- Bleibt die TherapeutIn mit ihrer Aufmerksamkeit ganz beim Gesicht der PatientIn?
- Erkennt sie ein Gefühl?
- Spricht sie ein erkanntes Gefühl aus?
- Spricht sie den Kontext an, in dem das Gefühl entstand?
- Erkennt sie am somatischen Marker im Gesicht des Patienten, ob ihre Wahrnehmung korrekt war?
- Bittet sie die PatientIn um Feedback, eventuell Korrektur oder Ergänzung ihrer Aussage?
- Lässt sie der PatientIn Raum, um aus dem Gefühl-im-Kontext heraus weitere Bewusstseinsinhalte entstehen zu lassen (am Ball zu bleiben) und mitzuteilen?
- Kann sie dieses Ergebnis therapeutisch fortführen und nutzen?

Obige Ausführungen sollten einen beispielhaften Einblick in das supervisorische Aufgabenfeld in der heutigen kognitiv-behavioralen Psychotherapie geben. Diese ist längst nicht nur kognitive Therapie geblieben, sondern im Sinne von Robert Woolfolk (2013) zu einer Affective Cognitive Behavior Therapy (ACBT) geworden. Unser strategischer Ansatz geht, wie zu lesen ist, noch einen Schritt weiter und legt eine affektiv-kognitive Entwicklungstheorie der Emotionen und Beziehungen (Sulz, 2011) zugrunde, wodurch die Bedeutung der therapeutischen Beziehung noch mehr in den Vordergrund rückt und der Entwicklungsaspekt ebenso bedeutsam wird, wie Veränderungen durch Lernen. Wichtig ist, dass es andere Beispiele gleicher Komplexität aber unterschiedlicher Schwerpunktsetzung gibt (Hayes, 2005; Linehan, 2016; McCullough, 2007; Young et al., 2005).

Fazit und Perspektive für die Zukunft

Die bestehende Vielfalt sollte jedoch nicht zu früh durch Reglementierung eingeschränkt werden, da die Weiterentwicklung der Psychotherapie dadurch behindert werden könnte. Was dringender Regelung bedarf, ist jedoch

- die Erhöhung des Umfangs von Supervision und Selbsterfahrung auf 600 Stunden,

so dass eine Gleichstellung mit Theorie und eigenen Therapien erfolgt, die je 600 Stunden umfassen,

- die Verpflichtung zu einer knapp zweijährigen Supervisorenausbildung im Umfang von etwa 200 Stunden.

Dieser Aufsatz sollte den vorliegenden Band dadurch ergänzen, dass ein Einblick in die Konzeption und Herangehensweise der Supervision in der heutigen Verhaltenstherapie zum Vergleich darstellt. Es wurde deutlich, dass Integration im Sinne einer Annäherung der psychotherapeutischen Verfahren zwar bis zu einem Punkt erfolgt, von dem aus Kommunikation so gut möglich ist, dass das Gegenüber verstanden wird, dass aber Differenzierung ein ebenso gewichtiger Aspekt ist und nachvollziehbar wird, dass eine Abschaffung der doch gut abgegrenzten psychotherapeutischen Verfahren zugunsten einer Einheitspsychotherapie eine schädliche Verarmung wäre. Stattdessen ist Austausch und eine Balancierung von Integration und Differenzierung der optimale und optimierende Prozess.

Literatur

- Bischof, N. (1998). *Struktur und Bedeutung*. Bern: Huber.
- Bischof-Köhler, D. (2010). Kognition, Motivation und Emotion in der Frühen Kindheit und im Vorschulalter. In S. Sulz & S. Höfling (Hrsg.), *Und er entwickelt sich doch – Entwicklung als Therapie* (S. 3-44). München: CIP-Medien.
- Bowlby J. (1975). *Bindung*. München: Kindler.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1998). *On the Self-Regulation of Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dührssen, A. (1981). *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischem Aspekt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2008). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Graßl, S. (2012). *Analyse Impliziter und Expliziter Prozessfaktoren*. München: CIP-Medien.
- Grawe K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Gubler, H. & Bischof, N. (1993). Computerspiele als Werkzeug der motivationspsychologischen Grundlagenforschung. *Zeitschrift für Psychologie* 201, 287-315.
- Greenberg, L. (2000). *Von der Kognition zur Emotion*. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion* (S. 77-110). München: CIP-Medien.
- Haken, H. & Schiepek, G. (2005). *Synergetik in der Psychologie: Selbstorganisation verstehen und gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, S. (2005). *Akzeptanz- und Commitment Therapie ACT*. München: CIP-Medien.
- Heckhausen, H. (1987). Wünschen – Wählen – Wollen. In: H. Heckhausen, P.M. Gollwitzer & F. E. Weinert (Hrsg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 3-9). Berlin: Springer.
- Hoenes A, Gräff-Rudolph U., Richter-Benedikt A. S., Sichort-Hebing M., Backmund-Abedinpour S. & Sulz S. (2014). *Entwicklung als Therapie – Therapiemodul der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)*. München: CIP-Medien, S. 167-189.
- Hoy, V. U. (2014). *Evaluation des strategisch-behavioralen Therapiemoduls „Entwicklung als Therapie“ sowie deren Implikation für die Gesundheitspädagogik. Möglichkeiten der Spezifikation des Konzepts der Strategischen Kurzzeittherapie (SKT) auf Einzelfälle zur Optimierung individueller Therapieprozesse und -ergebnisse*. München: CIP-Medien.

- Jacobson, N.S. & Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy. Promoting Acceptance and Change*. New York: Norton.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012). *Selbstmanagement-Therapie* (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Kegan R. (1986). *Die Entwicklungsstufen des Selbst – Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben*. München: Kindt.
- Lazarus R.S. (1975). The self-regulation of emotion. In Levi L. (Hrsg.): *Emotions: their parameters and measurement*. S. 195-205
- Linehan, M. (2016). *Handbuch der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT*. München: CIP-Medien.
- McCullough, J. (2007). *Therapie von Chronischer Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – Trainingsmanual*. München: CIP-Medien.
- Mertens, W. (2010). Potenzial und Wirkungsmöglichkeiten der psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren. In L. Holmes (Hrsg.), *Psychoanalytische Therapie. Neue Paradigmen und alte Weisheit* (S. 151-206). München: CIP-Medien.
- Mischel, W. (2015). *Der Marsmallow-Test: Willensstärke, Belohnungsaufschub und die Entwicklung der Persönlichkeit*. München: Siedler.
- Pesso, A. & Perquin, L. (2008). *Die Bühnen des Bewusstseins*. München: CIP-Medien.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächstherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R., Fasbender, J., & Hammelstein, P. (2014a). Wie Psychotherapie-Ausbildung sein sollte: Eine psychologische Analyse didaktischer Erfordernisse. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (S.15–37). München: CIP-Medien.
- Sachse, R., Hammelstein, P., & Breil, J. (2014b). Empirische Fundierung von Psychotherapie: Grundlegende Paradigmen: Implikation der Paradigmen. In S. Sulz (Ed.), *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft. Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?* (S. 38–61). München: CIP-Medien.
- Sachse, R. (2015). Psychotherapeuten sollten zu Experten ausgebildet werden. In S. Sulz (Hrsg.), *Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie* (S. 90-139). München: CIP-Medien.
- Schmelzer D (1997): *Verhaltenstherapeutische Supervision. Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Slipp, S. (1973). The symbiotic survival pattern: A relational theory of schizophrenia. *Family Process*, 12, 377-398.
- Sulz, S.K.D. (1994). *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2007). *Supervision, Intervision und Intravision in Praxis, Klinik, Ambulanz und Ausbildung*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011). *Therapiebuch III. Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie* (2. Auflage). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2012). *Als Sisyphus seinen Stein losließ. Oder: Verlieben ist verrückt*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2013). Die Ausbildung, Weiterbildung und Supervision von Psychotherapeuten unter der Risikovermeidungsperspektive. In M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 183-199). Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Sulz, S.K.D. (2014a). Wissenschaftliche Untersuchungen der Konstrukte, Konzepte und Interventionen des Strategischen Therapieansatzes (SKT, SBT, PKP und SJT). In S. Sulz (Hrsg.), *Strategische Therapien* (S. 339-373). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2014b). Vier Kernstrategien der Emotionstherapie Emotionsregulationstraining – Emotions-Exposition – Emotional Tracking – Metakognitiv-Mentalisierende Reflexion von Gefühlen. In S.K.D. Sulz (Hrsg.). *Strategische Therapien* (S. 122-144). München: CIP-Medien.

- Sulz, S.K.D. (2014c). Störungs-, Therapie- und Gesundheitstheorie der Strategischen Therapien (SKT, SBT, PKP, SJT): Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. In S. Sulz (Hrsg.), *Strategische Therapien* (S. 27-63). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (Hrsg.) (2014d). *Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (Hrsg.) (2015a). *Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S. K.D. (2015b). *Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. Verhaltensanalyse – Zielanalyse – Therapieplan. VDS-Handbuch* (6. Auflage). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Tins, A. (2000). Qualitative Analysis of Satisfaction and Frustration of Basic Needs in Childhood – an Empirical Study. *European Psychotherapy, 1*, 81-98.
- Sulz, S.K.D., Antoni, J., Hagleitner, R. & Spaan, L. (2015). Psychotherapiekarten für die Praxis. *Alkoholabhängigkeit. PKP-Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Waltz, J., Addis, M.E., Coerner, K., & Jacobson, N.S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 620–630.
- Westen, D. (2015). Was wirkt in der Praxis der psychotherapeutischen Patientenversorgung? In S. Sulz (Hrsg.), *Von der Psychotherapie-Wissenschaft zur Kunst der Psychotherapie* (S. 44-89). München: CIP-Medien.
- Woolfolk, R.L. (2015). *Vom Wert der Psychotherapie*. Original 2015: The Value of Psychotherapy. The Talking Cure in an Age of Clinical Science. New York: Guilford.
- Woolfolk R.L. (2013). *Wirksame Behandlung von somatoformen Störungen und von Somatisierungsstörungen. Ein Praxisbuch*. München: CIP-Medien.
- Woolfolk, R.L. (1998). *The Cure of Souls. Science, Values, and Psychotherapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie – Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge Sulz
Katholische Universität Eichstätt | Serge.Sulz@ku-eichstaett.de
Postanschrift: Nymphenburger Str. 155 | 80634 München | Tel. 089-120 222 79