

Verhaltenstherapeutische Supervision – Ein Modell in Haupt- und Unterprogrammen

Hans Lieb

Zusammenfassung: Vorgestellt wird ein Konzept verhaltenstherapeutischer Supervision, das einerseits verhaltenstherapeutische Besonderheiten im Supervisionsprozess berücksichtigt und andererseits auf einer therapieschulenübergreifenden Supervisionsdefinition beruht. Als VT-spezifisch gilt das Primat der problem- oder zielorientierten Fallarbeit in Supervisionen. Diese findet im „Hauptprogramm“ des supervisorischen Prozesses statt. In fünf potentiell aufrufbaren „Unterprogrammen“ können Kontextvariablen der Fallarbeit, die diese beeinflussen, reflektiert und bearbeitet werden. Diese Unterprogramme sind: (1.) Arbeitskontext des Supervisanden; (2.) Selbstreferenz des Therapeuten oder des supervisorischen Systems; (3.) Interaktionsanalyse Supervisand–Patient; (4.) VT-Teaching zur Unterweisung in Verhaltenstherapie; (5.) Therapieanweisung für (seltene) Eingriffe des Supervisors in den therapeutischen Prozess. Jedes der Programme wird kurz in Inhalt und Methodik dargestellt.

Schlüsselwörter: Supervision, Ausbildung in Verhaltenstherapie

Supervision in Behavior Therapy: A Model in Main- and Subprograms

Summary: A concept of behavior-therapy supervision is described, which takes into account the special qualities of supervision in behavior therapy based on a broader definition of supervision. The specificity of behavior supervision lies primarily in problem- or goal-oriented casework in supervision. This is done by a “main program”. In five subprograms the relevant context of the casework can be reflected upon. These subprograms are: (1.) Institutional context; (2.) Self-reference of the therapist or the supervision system; (3.) Analysis of the interaction between therapist and patient; (4.) Training in behavior therapy; (5.) Therapeutic instructions in cases where the supervisor has to give direct instructions.

Keywords: Supervision, training in behavior therapy

1 Notwendige Komplexitätsreduktion in der Supervision

Im Feld der Ausbildung in Verhaltenstherapie haben Supervision und Selbsterfahrung ihren Platz gefunden. VT-Ausbildungsinstitute blicken inzwischen auf mehr als zwanzig Jahre Ausbildungserfahrung zurück. Für Selbsterfahrung gibt es schon lange und z. T. empirisch evaluierte fundierte Konzepte (vgl. z. B. Laireiter & Elke, 1993; Mackinger, 1995; Lieb, 1998; Laireiter, 2000). Für die Supervision hat Schmelzer hierzu bereits 1997 mit einem kenntnisreichen Überblick über Inhalt und Konzept allgemeiner wie verhaltenstherapeutischer Supervision und der Entwicklung eines fundierten Supervisionsmodells einen fundierten Beitrag geleistet. Die Arbeitsgruppe Frank, Rzepka-Meyer und Vaitl in Gießen haben auf der Basis entwicklungsorientierter Supervisionsbedürfnisse, -verläufe und -ergebnisse in der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten theoretisch wie auch empirisch ein Profil effektiver

VT-Supervision erstellt und dabei den Blick auf die Rolle des Supervisors ebenso wie auf die des Supervisanden gerichtet (vgl. zusammenfassend Rzepka-Meyer, 1997; Frank, 2003; Schön, Frank & Vaitl, 2001; Langer & Frank, 1999; Rzepka-Meyer, Frank & Vaitl, 1998). Der vorliegende Beitrag versteht sich vor diesem Hintergrund einer theoretischen wie empirischen Fundierung verhaltenstherapeutischer Supervision als pragmatischer Supervisionsansatz, der für sich in Anspruch nimmt, das komplexe Gebiet für VT-Supervisoren griffig und praxisorientiert zu vereinfachen und zu strukturieren, ohne es zu simplifizieren. Er wird vom Autor in dieser Form seit zehn Jahren angewandt und in der Ausbildung für VT-Supervisoren vermittelt. Praxisanleitende Komplexitätsreduktion auf supervisorischem Gebiet ist notwendig: Sie wird im Folgenden primär für das Setting der Einzelsupervision beschrieben, kann allerdings auch problemlos in der Gruppensupervision angewandt werden. Wie

in diesem Falle die Gruppendynamik vom Supervisor mitbeachtet und für die Gruppe genutzt werden kann, wird hier nur gelegentlich gestreift.

„Wie ist ein guter Supervisor für unser Team beschaffen?“ Auf diese Frage des Geschäftsführers einer VT-Klinik konnte ich guten Gewissens nur so antworten: „In Ihrem Fall sollte er ein guter Verhaltenstherapeut sein, ein kompetenter Verhaltenstherapiespezialist, ein Kenner von Gruppendynamiken und Institutionsprozessen, einer, der Selbstreflexionen anregt und schließlich einer, der etwas von der Behandlung ihres speziellen Klientels versteht!“

Ein guter Verhaltenstherapeut ist nicht notwendig ein effektiver VT-Supervisor. Neben der Anleitung seiner Supervisanden bei der Behandlung ihrer Fälle muss er relevante Rahmenbedingungen im Auge haben und in seine Supervision einbeziehen: Den institutionellen Kontext, in dem seine Supervisanden arbeiten (eventuell auch die jeweiligen Ausbildungsbedingungen im Falle einer Ausbildungssupervision); die Persönlichkeit der Supervisanden; die Beziehung zwischen sich und den Supervisanden und die Beziehung zwischen seinen Supervisanden und deren Patienten. Schließlich muss er etwas von VT-Techniken und deren Vermittlung verstehen, sollte nach Möglichkeit auch etwas vom Störungsbild der von den Supervisanden behandelten Patienten wissen, oft genug auch noch über die rechtlichen Rahmenbedingungen von Therapien.

Und schließlich gibt es unterschiedliche Formen von Supervision, die einem erfahrenen Supervisor vertraut sein sollten: Einzelsupervision, Gruppensupervision, Teamsupervision, Supervision als berufsbegleitende Fortbildung und Supervision als Teil der Ausbildung. Im Falle einer Teamsupervision muss er zudem etwas von der Dynamik verstehen, die bei der Begegnung verschiedener Therapieschulen entsteht (z. B. Verhaltenstherapie und Psychoanalyse).

Als wäre das alles noch nicht genug, begegnen uns auf dem Gebiet der Supervision natürlich auch Probleme (und Fallen) des Rechtes, der Moral und der Ethik. Was beispielsweise tun, wenn einem ein Supervisand unberührt davon berichtet, eine Klientin habe ihm mitgeteilt, sie beabsichtige einen Mord? Wer ist hier zu was verpflichtet?

Fazit: Supervision ist ein komplexes Gebiet, für das es nicht (mehr) genügt, selbst ein guter Therapeut zu sein. Umgekehrt muss ein guter Supervisor bei der Betreuung seiner Supervisanden seinen „Output“ vereinfachen und sich auf das Wichtigste konzent-

rieren, also Komplexität reduzieren. Sofern er Supervisor im Rahmen einer VT-Ausbildung ist, muss er dies auch so tun, dass der Supervisand dabei VT erlernt.

2 Verhaltenstherapeutische Supervision als Hauptprogramm mit Unterprogrammen¹

Die dem hier vorgestellten Konzept zugrunde liegende Idee geht von der *Hauptaufgabe* bzw. dem *Charakteristikum* einer verhaltenstherapeutischen Supervision aus und ordnet dieser daher ein „supervisorisches Hauptprogramm“ zu. Alle von diesem nicht berührten Aspekte, Themen und Probleme für die Supervision können bei Bedarf in dafür geeigneten „Unterprogrammen“ bearbeitet werden. Obwohl diese Computersprache eigentlich nicht gegenstandsangemessen ist, hilft sie doch, zu separieren, zu gliedern und deshalb vor allem für Supervisionsanfänger oder für die Ausbildung von Supervisoren das Terrain zu sondieren. Erfahrene Supervisoren arbeiten wohl eher intuitiv und bedürfen keines geschriebenen Konzeptes mehr.

Was ist typisch für die VT-Supervision, welches ist das Ziel ihres „Hauptprogramms“? Es besteht dem traditionellen verhaltenstherapeutischen Selbstverständnis folgend darin, Supervisanden in ihrer Fallarbeit coachend zu begleiten und ihnen zu helfen, das in der VT-Ausbildung Gelernte in der Praxis anzuwenden. Das ist die entscheidende *Inhaltsebene* üblicher VT-Supervisionen. So wird die verhaltenstherapeutische Supervision ein Spiegel der Verhaltenstherapie selbst: In beiden geht es primär um die Anwendung oder Erarbeitung von Skills oder um Lösungen für definierte Probleme oder „Störungen“. Wenn dieses Ziel im supervisorischen Hauptprogramm nicht erreicht wird (mit anderen Worten: Wenn die Suche nach Lösungen für den konkret besprochenen Fall oder deren Umsetzung nicht gelingt), wird eines der folgenden Unterprogramme „aufgerufen“:

- **Institutioneller Kontext:** Das in der Supervision zu lösende Problem ist im institutionellen Kontext angesiedelt, in dem der Supervisand arbeitet

¹ Zur ausführlicheren Beschreibung des hier vorgestellten SV-Konzeptes vgl. Lieb (1993a, 1993b). Beide Arbeiten sind als Broschüre gegen eine Schutzgebühr beim Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie (IFKV), Kurbrunnenstr. 21a, 67089 Bad Dürkheim erhältlich („Supervision – Ein Modell in Haupt- und Unterprogrammen.“ Schriftenreihe des IFKV 1993.).

oder sich supervidieren lässt (z. B. seine Rolle oder therapierelevante und gegebenenfalls mit dem Supervisionsprozess kollidierende Normen in einer Klinik oder im Team; Beziehung zu Kollegen, organisatorische Rahmenbedingungen, Ausbildungssituation usw.).

- ▶ **Selbstreferenz:** Das die Fallarbeit blockierende Problem – oder besser: die Quelle jener Veränderung, die eine erfolgreiche Fallarbeit (wieder) ermöglichen kann, liegt (a) in der Person des Therapeuten, (b) in der des Supervisors oder (c) im interaktionellen Prozess der „Supervision“ selbst. Daraus resultieren entsprechend drei Möglichkeiten der Selbstreferenz in der Supervision, d. h. der Beschäftigung der Personen bzw. des Supervisionssystems mit sich selbst: Supervisand – Supervisor – Supervisionssystem.
- ▶ **Interaktionsanalyse:** Dem „Stocken“ auf der Inhaltsebene des Hauptprogramms (Fallarbeit) unterliegt eine den therapeutischen Veränderungsprozess blockierende Dynamik zwischen Supervisand und Patient – relevant ist dann die „Beziehungsebene“ in der Therapie.
- ▶ **VT-Teaching:** Die supervisorische Fallarbeit lässt spezifische Unkenntnisse des Supervisanden in einem relevanten VT-Bereich (Diagnostik; Interventionen) erkennen, die es gezielt durch eine entsprechende didaktische „Lecture“ zu beheben gilt.
- ▶ **Therapieanweisung:** Der Supervisor greift in seiner Verantwortung für den Patienten korrigierend/anweisend in den Therapieprozess ein. Er folgt dabei übergeordneten juristischen oder moralischen Verpflichtungen für den im Hauptprogramm besprochenen Patienten – vor allem, wenn er institutionell für die supervidierte Therapie mitverantwortlich ist.

Im Hauptprogramm wird in der Regel ein vom Supervisand eingebrachter Fall besprochen. Es besteht aus bis zu neun potentiell möglichen Stufen, in denen der Fall vorgestellt und bearbeitet wird und dann für die jeweilige Fragestellung des Supervisanden Lösungen erarbeitet werden. Man geht zunächst davon aus, dass der Supervisand zur Behandlung seines Patienten einer Hilfestellung bei der Anwendung von ihm bereits zur Verfügung stehenden oder in der Supervision vermittelbaren neuen Fertigkeiten bedarf. Liegt ein diesbezüglicher Bedarf des Supervisanden gar nicht vor, weil Supervision nur in Erfüllung formaler Kriterien durchgeführt wird, wird eigentlich nur „Supervision gespielt“, eventuell mit Indikationen für das Unterprogramm „Selbstreferenz

des Systems Supervision“. Wenn die Fallarbeit im Hauptprogramm sich als ineffektiv oder unpassend erweist, kann von Supervisor oder Supervisand in jeder Phase ein entsprechendes Unterprogramm zu Themenbereichen, die zu diesem „Stocken“ gehören, „aufgerufen“ werden. Dieses wird jeweils nur so lange und so intensiv bearbeitet, wie es dazu dient, die „Blockade“ im Hauptprogramm zu lösen. Zu den anthropologischen Bestimmungsmerkmalen dieses Ansatzes gehört ein Verständnis der Beziehung zwischen Supervisor und Supervisand als eine Beziehung, die gleichzeitig rollenbezogen asymmetrisch ist (hier Supervisor – dort Supervisand) wie auch auf einer Subjekt-Subjekt-Relation basiert: Beide kennen *idealerweise* Inhalt und Verlauf von Haupt- und Unterprogrammen und können sich jederzeit darüber verständigen, was gerade weshalb Thema ist. So kann der Supervisand dem Vorgehen des Supervisors *prinzipiell widersprechen* bzw. den Supervisor um eine Begründung bitten, warum er etwa vom Hauptprogramm abweicht und Fragen zur Person oder zum Arbeitskontext stellt. Umgekehrt gewährleistet die Möglichkeit, thematisch auf entsprechende Unterprogramme umzuschalten, dem Supervisor die Wahrnehmung einer umfassenderen Verantwortlichkeit für den Supervisanden und die von ihm behandelten Patienten.

3 Das Hauptprogramm

Abbildung 1 zeigt die neun Stufen des Hauptprogramms. Es handelt sich um die *Phasen einer fallbezogenen Supervisionseinheit*, die nicht alle in einer Supervisionssitzung durchlaufen werden müssen, in einer Supervisionseinheit ab Stufe 3 aber auch wiederholt bei verschiedenen Fällen durchlaufen werden können. Das Modell dient nicht dazu, einen längerfristigen Supervisionsprozess zu beschreiben (vgl. hierzu etwa die Entwicklungsstufen von Supervisanden nach Hogan, 1964). Die Stufen sind aber so universell, dass sie als Leitschnur auf Supervisanden unterschiedlicher Entwicklungsstufen der therapeutischen Sozialisation angewandt werden können.

Stufe 1 – Blitzlicht: In dieser Stufe geht es darum, dass der Supervisand als Person „ganzheitlich“ anwesend ist, bevor er in die Supervisandenrolle einsteigt: Wie geht es ihm/ihr zurzeit? Gibt es relevante Ereignisse oder Belastungen im privaten oder beruflichen Leben, die die supervisorische Arbeit heute beeinflussen oder erschweren?

Stufe 2 – Themensammlung: Der Supervisor leitet den Supervisanden bei der Benennung jener

Abbildung 1: Stufen des Hauptprogramms der verhaltenstherapeutischen Einzelsupervision

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	
Blitzlicht	Themensammlung	Fallauswahl und fallbezogene Fragestellung/ Problemstellung	Fallrekonstruktion	
Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Stufe 8	Stufe 9
Ratifikation oder Korrektur der Fragestellung ggf. Umschalten auf Unterprogramme (Interaktion – Selbstreferenz – Kontextanalyse – VT-Teaching – Therapieanweisung)	Lösungssuche	Ratifikation der Lösung	Lösungstransfer	Abschluss oder Neueinstieg in 3

Themen an, die dieser in der Sitzung behandelt haben möchte: Welche Fälle – gegebenenfalls auch sonstige Fragen oder Probleme aus dem Arbeitsbereich – welche organisatorischen Fragen?

Stufe 3 – Fallauswahl / Problemauswahl mit Fragestellung: Unter Anleitung des Supervisors formuliert der Supervisand *seine Frage* bzw. Fragestellung zu dem unter Stufe 2 benannten (ersten) Fall, auf den sich beide als ersten geeinigt haben. *Es ist wichtig, dass der Supervisor vom Supervisanden gegebenenfalls eine Fragestellung auch einfordert: Mit dieser übernimmt der Supervisand die ihm zustehende Verantwortung für diese Sitzung.* Ein Leitsatz lautet: Ohne anliegenorientierte Frage keine Energie (z. B. bei einer Pseudosupervision: „Wir spielen Supervision, weil es halt [formal] sein muss“). Der Supervisor kann die vorgebrachte Fragestellung bestätigen, für eine Korrektur sorgen oder diese ablehnen. Auch wenn diese Entscheidung unbewusst und sehr schnell (z. B. in Form schweigender Zustimmung) getroffen wird – sie wird den Verlauf der

Supervisionssitzung prägen. Sicherlich gibt es auch Sitzungen, die ohne eine solche explizite Fragestellung produktiv sind. Dann liegt allerdings eine „stumme“ Fragestellung vor, auf die sich Supervisor und Supervisand beziehen.² Ein lähmender Supervisionsprozess entsteht, wenn der Supervisand eine große Fülle von Informationen über einen Patienten ohne Fragestellung vorlegt und keiner weiß, nach welchen Gesichtspunkten/Fragen diese in der Supervision genutzt werden sollen. In der Gruppensupervision besteht dann die Gefahr, dass je nach Vorlieben der Anwesenden nach immer mehr Infor-

² Es versteht sich von selbst, dass „Überwachungskonzepte“ von Supervision mit diesem Konzept ebenso schwer zu vereinbaren sind wie die die Supervision lähmende Vorgabe, ein Fall müsse regelmäßig und ausführlich besprochen werden, auch wenn alles gut läuft und der Therapeut keinerlei Fragen dazu hat. Überwachungskonzepte und Fallbesprechung ohne jede Fragestellung seitens des Supervisanden sollten deshalb eher „Fachaufsicht“ oder „Supervision spielen“ als Supervision genannt werden.

mationen gefragt wird oder jeder die gegebenen Informationen nach seiner Raison auswertet und Diagnosen oder Interventionen daraus ableitet – ohne jeden Bezug zum Falleinbringer und seinen Anliegen. Hier hat der Supervisor den Supervisanden vor einem solchen Prozess mit allen gruppenspezifischen Hintergründen auch zu schützen.

Gelegentlich zeigt sich schon in Stufe 3, dass die vom Supervisanden vorgebrachte Art der Frage selbst das Problem ist. Hierzu ein Fallbeispiel:

Der Supervisor weiß um die Neigung eines Supervisanden, gegenüber Patienten eine etwas distanzierte „diagnostische“ Haltung einzunehmen, aus der heraus er die Probleme des Patienten zwar ganz gut einordnen kann, die ihn aber für dessen persönliche Situation blind macht und auch für seine eigene Beziehungsgestaltung zu ihm. Fragestellungen dieses Supervisanden, die selbst wieder eine rein diagnostische Haltung zum Ausdruck bringen, könnten vom Supervisor schon in dieser Stufe als solche kenntlich gemacht und ihre Bedeutung für den Falleinbringer reflektiert werden. Form und Stil des Diskurses einer solchen Reflexion können den Umständen entsprechend sehr verschieden sein und von einer dialogischen Infragestellung der Frage über eine konfrontative Spiegelung der diagnostisch-distanzierenden Grundhaltung bis zu einer provokativen „Ablehnung“ gehen.

Bei Therapieanfängern wird der Supervisor Fragen zulassen oder gar fördern, die auf eine Bewertung oder Bekräftigung des Supervisanden durch den Supervisor – oder in der Gruppensupervision durch die Kollegen – hinauslaufen: „Liege ich mit meinen Hypothesen richtig?“ – „Können Sie mir meinen Weg bestätigen?“ Entspricht eine Schüler-Lehrer-Beziehung zwischen beiden dem Entwicklungsstand des Supervisanden (Stufe 1 nach Hogan), kann der weitere Supervisionsprozess fruchtbar auf Fragen wie dieser aufbauen: „Was könnte ich bei diesem Fall (anders) machen?“ Bei anderen, in ihrer Ausbildung fortgeschritteneren Kollegen sollte darauf geachtet werden, dass diese sich in ihren Fragestellungen auch mehr offenbaren. Der Supervisor sollte dann auf eine Konkretisierung von Fragen durch den Supervisanden hinarbeiten: Inwiefern z. B. glaubt dieser, dass er fallbezogen „nicht richtig“ liege und wie lautet die dazugehörige Frage genauer? (Beispiel: „Ich habe den Eindruck, ich drehe mich mit dem Patienten im Kreis

und möchte wissen, woran das liegt.“) In vielen Fällen hängt die Effektivität einer Supervisionsitzung davon ab, ob eine solche Konkretisierung der Fragestellung erfolgt ist.

Stufe 4 – Fallrekonstruktion: Diese Stufe ist die wichtigste und in der Regel umfangreichste einer Supervisionseinheit. In ihr wird der zur Frage oder zum Problem dazugehörige „Stoff“ in dreifacher Weise geschildert bzw. rekonstruiert: In der „Rekonstruktion aus Sicht des Supervisanden“ gibt dieser Informationen zum Fall, zur bisherigen Therapie und stellt seine therapeuleitenden Hypothesen dar. Rekonstruieren bedeutet hier zum einen, dass er sein bisheriges Bild vom Fall bzw. der Therapie wiedergibt und zum anderen, dass er sich dabei seines ihn leitenden Fall- und Behandlungsansatzes immer bewusster wird und dieser sich durch die so gewonnene Distanzierung auch verändern kann. In der „Rekonstruktion durch den Supervisor“ – oder in der Gruppe auch durch deren Mitglieder unter Leitung des Supervisors – erarbeitet sich dieser bzw. er und die Gruppe ein jeweils eigenes Bild vom Fall, vom Therapieverlauf und insbesondere davon, wie es zu der vom Supervisanden genannten Frage- oder Problemstellung kommen konnte.

Davon kann noch eine dritte, explizit gemeinsame Form der Rekonstruktion unterschieden werden: Diese „gemeinsame Rekonstruktion durch Supervisand und Supervisor (gegebenenfalls mit der Gruppe)“ besteht darin, dass beide bzw. alle ihre Bilder vom Fall oder von der Therapie austauschen. Sie können das nicht tun, ohne eine Art gemeinsamer Konstruktion neuer Bilder zu bewerkstelligen. Man kann hier auch nonverbale Methoden (z. B. Imagination oder szenische Darstellung) anwenden, um bestimmte Themen besser zu erfassen. In diesem Prozess könnte etwa die Angst-Symptomatik eines Patienten – aus Sicht des Supervisanden etwa eine klassisch phobische, aus der des Supervisors eher eine i. R. einer posttraumatischen Störung – auf die jeweilige Passung zu diesen Diagnosen gemeinsam abgeklöpft werden, mit Relevanz für Interventionen. Oder der Supervisand spielt vor, wie genau der Patient seine Probleme schildert und man wertet diese Präsentation dann gemeinsam hinsichtlich Diagnose, Problemdefinition oder auch mit Blick auf die Beziehung Therapeut–Patient aus, eventuell im entsprechenden Unterprogramm „Interaktionsanalyse“ vertieft. Es geht hier darum, dass mit Blick auf das Anliegen des Supervisanden einerseits und doch ohne Einengung auf dessen Perspektive andererseits Supervisor (gegebenenfalls

mit Gruppe) und Supervisand zum Fall und zum bisherigen Behandlungsprozess Informationen und Hypothesen vorbringen bzw. erfragen können. Der Bezug auf die supervisorische Fragestellung hilft, die prinzipielle Endlosigkeit dieser Rekonstruktionen zu begrenzen (es bleiben ja immer Fragen offen und Daten unberücksichtigt) und sich nicht in immer neuen Perspektiven zu verlieren. Es kommen dabei vom Therapeuten bisher nicht bedachte Aspekte in den Blick – anderenfalls wäre die Rekonstruktion redundant –, z. B. dazu, welche Funktion eine Symptomatik intra- oder interpersonell haben könnte oder welche vergeblichen Versuche es in früheren Behandlungen schon im Kampf mit dieser gegeben hat, die zu wiederholen der Therapeut gerade Gefahr läuft. Oft ändert sich die Fragestellung des Supervisanden dadurch oder es zeigt sich, wie sehr diese selbst ihn in seinen Möglichkeiten einschränkt (weil er in seiner Fallkonstruktion z. B. den Patienten bisher als „Opfer“ und nicht als „Handelnden“ gesehen hatte).

Das Ziel solcher Rekonstruktionen besteht darin, „Material“ zu sammeln, um zu möglichen (manchmal unerwarteten) Antworten auf die Fragestellung des Supervisanden zu kommen, also zu einer *Lösung* im weiteren Vorgehen *für den supervidierten Fall*. Geschieht dies nicht und werden keine neuen Aspekte sichtbar, war die Rekonstruktion ineffektiv (oder die Fragestellung des Supervisanden ohne echtes Anliegen). In dieser Stufe muss Kreativität und Intuition ihren Platz haben. Vom Supervisor ist dazu Führung und Gewährenlassen gleichermaßen gefordert. Die möglichen Inhalte des Rekonstruktionsprozesses sind andernorts genauer beschrieben (Lieb, 1993a). Die Schwerpunktbildung hängt natürlich sehr vom jeweiligen Supervisor und seinen Therapie- und Menschenbildern ab. Stufe 4 endet im günstigen Fall mit einer beide Seiten befriedigenden Rekonstruktion, d. h. mit einem *neuen Verständnis des Falles und der bisherigen Therapie* – aus der Rekonstruktion wird also eine Neu-Konstruktion. Das kann bedeuten, dass damit die Frage des Supervisanden bereits zufrieden stellend beantwortet ist und er eine neue lösungsorientierte Sicht des Falles erlangt hat. Das kann aber auch bedeuten, die bisherige Fragestellung als Ausdruck eines Problems und nicht der Lösungsperspektive wieder zu verwerfen. Diese Rekonstruktion vollzieht sich dann oft eher in einem Unterprogramm (Beispiel: Die Frage „Wie bringe ich den Patienten dazu, meinen Veränderungsinterventionen zu folgen?“ als Ausdruck eines vom institutionellen Rahmen der Therapie stammenden Veränderungsdrucks, unter dem der

Therapeut mehr leidet als der Patient: Eine Indikation für das Unterprogramm „Kontextanalyse“).

Alle kognitiven Modelle separieren künstlich, was *realiter* schnell, parallel und ganzheitlich abläuft. Dies wissend und weil solche Separierungen in problematischen Supervisionsprozessen diesen strukturieren helfen, soll der Entscheidungsprozess, der in einem Problemlösemodell nun logisch *folgt* („Was fangen wir jetzt mit dieser neuen Sicht an?“), in den nächsten Stufen des Programms gesondert betrachtet werden.

Stufe 5 – Ratifikation oder Korrektur der Fragestellung: Im Idealfall sind Supervisor und Supervisand mit dem Ergebnis der Rekonstruktion aus Stufe 4 zufrieden – die Re-Konstruktion führte zu neuen Perspektiven in Diagnostik oder Intervention, gelegentlich auch zur Bestätigung des bisherigen Therapieansatzes. Die Fragestellung des Supervisanden war dazu immer hilfreiche Leitschnur, als Ausgangspunkt bestätigt oder begründet verändert bzw. verworfen. Die Frage „Ratifikation oder Korrektur“ der Fragestellung kann aber auch noch einmal explizit gestellt und beantwortet werden. Oft hat sich allerdings erst am Ende von Stufe 4 gezeigt, dass eben diese selbst Teil des Problems ist, das den Supervisanden dazu veranlasst hat, den Fall in die Supervision einzubringen. Hierzu ein weiteres Fallbeispiel:

Die Frage eines Supervisanden war gewesen, wie er seinen depressiven Patienten zu Aktivitätssteigerungen und damit zu Verstärkung erwirkenden Verhaltensweisen motivieren könne. Der Supervisor hatte die Frage als Leitlinie akzeptiert. Die Rekonstruktion führte dann aber zu der Erkenntnis, dass Patient wie Supervisand dabei die Funktion des depressiven Verhaltens in dessen Beziehungen übersehen hatten. Alles deutete darauf hin, dass Elemente des depressiven Verhaltens (Klagen, sozialer Rückzug) eine solche Funktion haben dürfte: Die Angehörigen des Patienten verhielten sich zu ihm durchweg als erfolglose „Aufmunterer“ – und dieser hatte die Qual wie die Macht, diese Ermunterungen allesamt scheitern zu lassen. Der Therapeut hatte nun mit seiner Fragestellung (Aktivitätsmotivation) selbst eine solche Rolle des „Ermunterers zum Besseren“ eingenommen und war wie die Anderen daran gescheitert. Der Supervisor schlug deshalb vor, die ursprüngliche Frage des Supervisanden folgendermaßen zu verändern: „Wie kann ich – mit dem Patienten zusammen – die Depression als aktives Verhalten in Bezie-

hungen verstehen lernen – inwiefern ist dies dann auch eine Ressource – welche Verstärker holt sich der Patient auf diesem Weg und welchen Preis (C minus) kostet ihn das?“ Mit dieser Fragestellung sollte der Supervisand der Gefahr entgehen, durch aufmunternde Aktivierungsbemühungen selbst ein die Depression des Patienten verstärkender Teil zu werden.

Hier blieb der Supervisor im fallorientierten Hauptprogramm und schlug die Korrektur der ursprünglichen Fragestellung vor. In Stufe 6 könnte dann nach Skills gesucht werden, wie der Therapeut diese neue Fragestellung in die Therapie einbringen könnte (z. B. in Form einer erneuten individuellen Verhaltensanalyse, einer Analyse der zur „Depression“ gehörenden Gefühle des Patienten und seiner Angehörigen oder auch einer sich auf den Nutzen der „Depression“ beziehenden Symptomverschreibung mit zur funktionalen Hypothese gehörenden Selbst- oder Fremdbeobachtungshausaufgaben). In diesem Fall könnten beide aber auch auf das Unterprogramm Kontextanalyse „umschalten“ und hier der Frage nachgehen, welche Rahmenbedingungen der Therapie (Institution, Erwartungen vor Angehörigen, Zuweisern usw.) den Therapeuten zu einem schnellen „Verändern“ der „Depression“ verführen, ohne deren funktionalen Sinn zu bedenken. Das Unterprogramm Selbstreferenz könnte auch der Frage nachgehen, ob der Therapeut selbst eine Neigung zu „aufmunterndem Trösten“ hat, wenn andere leiden und wie das seine Therapie(n) beeinflusst.

Stufe 6 – Lösungsuche: An dieser Stelle der Re- und Neukonstruktion weiß der Supervisand meistens, wie er in der Therapie weitermachen kann – er hat Fertigkeiten dazu in seinem Reservoir therapeutischer Interventionen. Die Suche nach noch fehlenden „Skills“, die der Supervisand für seine weitere Arbeit mit dem besprochenen Patienten benötigt, ist dann nicht mehr notwendig.

Es kommt aber auch vor, dass die Fallrekonstruktion zwar mehr Klarheit über das Problem bzw. die mögliche therapeutische Lösung erbracht hat, der Supervisand aber über kein entsprechendes Handlungsreservoir zur Umsetzung dieser Lösung verfügt. Beispielsweise ist klar geworden, dass der Therapeut einen Patienten mit ausschweifend-irrelevantem Kommunikationsstil um einer (vermeintlich) „guten Beziehung willen“ reden lässt und beide dabei den roten Faden verlieren. Dies wissend ist er sich aber noch nicht klar, wie er sich nun in der Therapie anders verhalten soll und/oder er verfügt noch nicht über die Skills, einen Patienten auf angemessene Art zu

unterbrechen, auf die Nichtbeantwortung von Fragen zu verweisen oder unabhängig von Patientenberichten therapierelevante Fragen zu stellen und zu vertreten. Ist dies der Fall, so wird in Stufe 6 gezielt nach Verhaltensweisen zur Lösung des nun klarer gewordenen Problems gesucht. Dazu werden nun zwei *Subroutinen* in der Regel gleichzeitig, manchmal auch nacheinander, durchlaufen:

1. Identifikation der notwendigen therapeutischen Fertigkeit
2. Gegebenenfalls auch Identifikation einer Methode zur Aneignung dieser Fertigkeit durch den Supervisanden, sofern diese nicht bereits zu dessen Repertoire gehört und als solche abrufbar ist. Im Fallbeispiel könnten die Fertigkeiten „Unterbrechen – Fragen stellen – auf Beantwortung von Fragen angemessen beharren“ vom Supervisor als Modell vorgespielt/vom Supervisanden im Rollenspiel geübt und auch gleich die potentielle Wirkung auf den Patienten erhoben werden.

Oft handelt es sich um die Suche nach Therapeutenkompetenzen aus einem der folgenden Bereiche:

- ▶ Spezielles fallbezogenes notwendiges verhaltenstherapeutisches Wissen und Können (Beispiel: Expositionsverfahren; Verhaltensanalyse; sokratischer Dialog)
- ▶ Prinzipien der Gesprächsführung
- ▶ Strukturierung und Führung in der Therapie
- ▶ Interaktionelle Flexibilität – Anpassung des interaktionellen Stiles an den des Patienten
- ▶ Ressourcenorientierung statt Defizitdenken

Stufe 7 – Ratifikation der Lösung: Diese Stufe ist ein Beispiel dafür, dass die Bedeutung einer interaktionellen Sinneinheit von Supervision weder mit ihrem zeitlichen Umfang noch mit dem Grad ihrer Bewusstheit korreliert. Ratifizieren der identifizierten Lösung heißt für den Supervisor, sich selbst oder dem Supervisanden folgende Fragen zu stellen: Glaubt der Supervisand, dass die gefundene Lösung für den Patienten bzw. den therapeutischen Prozess hilfreich ist? Glaubt er, dass sie zu ihm und seinem Stil passt? Ratifikation heißt in der Regel, davon auszugehen, dass diese Fragen als bejaht gelten, wenn nicht explizit das Gegenteil behauptet oder zumindest (verbal oder nonverbal) angedeutet wird. *Damit* Supervisor und Supervisand aber von dieser Regel ausgehen können, sollte der Supervisor sie *gelegentlich offen stellen*. So signalisiert er, dass Ratifikationsverwerfungen möglich sind, und nur

dann gilt folgende kommunikative Prämisse dieser normalerweise raschen und schweigsamen Art des Ratifizierungsprozesses: „Qui tacet assentire videtur“ („Wer schweigt, scheint zuzustimmen“). Wie in vielen Momenten sozialer Interaktionen gewinnt diese Stufe ihre Bedeutung also nicht bei Übereinstimmung, sondern bei Dissens. Bestätigung und Übereinstimmung laufen in der Regel unbewusst und averbal ab: Man erkennt die Übereinstimmung an der guten Stimmung oder am ausbleibenden Widerspruch. Feststellen von Dissens bedeutet potentiellen Konflikt und vielleicht Mehrarbeit – beharrt auf Dauer aber vor der für beide Seiten frustrierenden Erfahrung, dass Supervisanden die „schönen“ Ergebnisse von Supervisionen „leider nicht umsetzen“ konnten. Neben vielen anderen Gründen steckt wohl oft ein nicht ausgesprochenes „Nein“ im Ratifikationsprozess dahinter.

8. Stufe – Lösungstransfer: Diese Stufe entspricht dem Transfer des Therapieerfolges in den Alltag des Patienten in herkömmlichen Therapiephasenmodellen (z. B. in der Selbstmanagementtherapie nach Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1991). In diesem Sinne geht es in Stufe 8 darum, sicherzustellen, dass die gefundene und ratifizierte Lösung auch tatsächlich auf die Therapie des besprochenen Patienten übertragen werden kann. Eine spezifische Indikation für die Beachtung dieser Stufe liegt vor, wenn der Supervisand nach früheren Sitzungen wiederholt dort entwickelte Lösungen nicht in seine Praxis übertragen konnte und nach Meinung des Supervisors und des Supervisanden weder fehlende Ratifikationen noch durch entsprechende Unterprogramme klärbare andere Faktoren dafür verantwortlich sind (z. B. eine in der Selbstthematization des Supervisionsprozesses selbst zu behandelnde spezifische Antipathie des Supervisanden gegen in *dieser* Supervision mit *diesem* Supervisor erarbeitete Lösungen). Auf die einzelnen Maßnahmen zur Transfersicherung kann an dieser Stelle nicht spezieller eingegangen werden (vgl. hierzu Lieb, 1993a), es gehören dazu v. a. Kontraktbildung; „Vollzugsmeldung“ mit Fremd- oder Selbstverstärkung, wenn die Lösung umgesetzt wurde; Transparenz des neuen Vorgehens mit Patienten; geplanter Beistand durch Dritte bei der Umsetzung schwieriger Lösungsstrategien.

Stufe 9 – Abschluss oder Neueinstieg in Stufe 3: Diese Stufe ist wie Stufe 1 hinsichtlich der angesprochenen Themen offen zu gestalten. In ihr schließen Supervisor und Supervisand(en) die Sitzung ab, wenn nicht ein weiterer Fall besprochen wird. Dann geht der Supervisor zurück auf Stufe 3 und erkündigt sich nach der Fragestellung für den neuen Fall. Andernfalls

bildet Stufe 9 den Abschluss der Supervisionseinheit. Typische Inhalte dieser Stufe können sein: Befindlichkeit während der Supervision – Bewertung der Supervision – Gegenseitige Rückmeldungen von Supervisand(en) und Supervisor mit Bezug auf diese Stunde – Raum für freie Äußerungen.

4 Die Unterprogramme

Für das „Umschalten“ vom Haupt- zu einem der Unterprogramme gilt, dass es

- ▶ in jeder Phase des Hauptprogramms möglich ist
- ▶ von Supervisanden ebenso wie von Supervisoren eingeleitet werden kann
- ▶ in der Regel aber von den Supervisoren vorgenommen oder vorgeschlagen werden muss
- ▶ bei Bedarf (heißt: nicht immer) nach einem von Rappe-Gieseke (1990) als „Ratifikationsprozess“ bezeichneten diesbezüglich transparenten Entscheidungsprozess zwischen Supervisand und Supervisor erfolgt. Dabei gilt aber auch, dass
- ▶ sich der Supervisor bei der Wahl eines Unterprogramms nicht von der Zustimmung seiner Supervisanden abhängig machen sollte, da er andernfalls nicht effektiv arbeiten kann. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass
- ▶ über das *potentielle* Umschalten auf die Unterprogramme bei gegebener Indikation ein genereller, im supervisorischen Kontrakt abgestimmter Konsens besteht, auf den sich beide Seiten beziehen können.

Die Ausrichtung der Supervision auf die Fallarbeit und demzufolge die Hierarchisierung in „Haupt-“ und „Unterprogramme“ gebietet es, dass nach Durchlaufen eines Unterprogramms wieder das Hauptprogramm fortgesetzt wird – mit der Frage, welche Konsequenzen sich aus der Arbeit für die Therapie des Falles ergibt. In der Regel kann ein Unterprogramm innerhalb einer Supervisionssitzung abgeschlossen werden. Hat es lange gedauert, sollte nur noch *kurz* auf das Hauptprogramm zurückgeschaltet werden. Andernfalls wird die Lerneinheit überfrachtet. Manchmal genügen hierzu nur noch einige Anmerkungen oder Fragen vom Supervisor, etwa folgender Art: „Nachdem wir jetzt ... (Unterprogramm) bearbeitet haben: Welche neuen Ideen haben Sie dadurch für Ihren Fall? Was sollten wir uns bezüglich dieses Falles für die nächste Supervision vornehmen?“ Oder als Statement des Supervisors: „Meines Erachtens bedeutet das ... (Unterprogrammergebnis) für die Therapie des Falles, dass Sie ...“.

Für jedes Unterprogramm gibt es spezifische Phasen innerhalb einer Stunde, bewährte Methoden in der Durchführung und auch typische Probleme. Zu Letzteren gehört stets die Frage der thematischen wie zeitlichen Begrenzung, die eingehalten werden muss, will man sich nicht in Unterprogrammthemen verlieren (und so z. B. aus fallbezogener Selbstreflexion [unratifiziert und dem SV-Kontrakt widersprechend] Therapie machen). Die Begrenzung wird möglich, weil jedes Unterprogramm nur soweit zu bearbeiten ist, als es der Fallarbeit im Hauptprogramm dienlich ist.

4.1 Unterprogramm Kontextanalyse

„Kontext“ für das System „Verhaltenstherapeutische Supervision“ ist alles, was zu dessen „Umwelt“ gehört. Dazu gehören alle Bereiche, mit denen die VT-Supervision potenziell interagieren kann und muss, was bedeuten kann: Austausch von Informationen mit und Übernahme von Aufträgen von solchen Kontextvariablen einerseits sowie v. a. potenzielle Konflikte mit Normen oder Erwartungen solcher Umweltsysteme wie Kliniken bei stationären Therapien, Beratungsstellen, auch die jeweiligen Professionen der Therapeuten (z. B. ärztliche, psychologische oder andere Sozialisierungen mit jeweils spezifischen Normen, Therapie- und Menschenbildern) und schließlich auch deren „Suprasysteme“ (wie z. B. die Kirche im Fall kirchlicher Beratungsstellen oder das Rentenversicherungssystem bei Reha-Therapien) andererseits. *Diese Bereiche sind aber nur dann Umwelten, wenn die VT-Supervision sich ihnen gegenüber als eigenes System mit einer eigenen Identität, eigenen Strukturen, eigenen Normen und eigenen Zielen profiliert und auch so verstanden und wahrgenommen wird.* Das ermöglicht sowohl einen Austausch wie auch potenzielle Konflikte mit „Umwelt-Systemen“. Ohne diese wäre die VT-Supervision ineffektiv bzw. gar nicht als relevant wahrnehmbar, weil mangels eines eigenen Profils redundant. Man eckt dann mit nichts und niemandem an – um den Preis der Irrelevanz.

Die wichtigsten solcher „Umwelten“ für VT-Ausbildungssupervisionen sind der *Ausbildungs-* und der *Arbeitskontext* des Supervisanden. Ausbildungsrichtlinien für die Supervision wirken auf diese ein, etwa durch die Vorgabe, nach jeder vierten Stunde *müsse ein bestimmter* Fall besprochen werden, auch wenn vom Supervisanden hierzu keine Fragestellung vorliegt. Eine zu reflektierende Frage hierzu könnte auch lauten: Was glaubt der Supervisand, welchem Bild eines „guten Therapeuten“ i. S. der Ausbildungsinhalte seines Institutes er entsprechen müssen

oder welche Vorgaben er hierzu von anderen Supervisoren explizit oder implizit aufgenommen hat – gibt es eventuell Divergenzen zu dem, was wir hier gerade erarbeiten? Zum Arbeitskontext gehören Kliniken, Beratungsstellen, Praxen und deren übergeordnete Suprasysteme wie Klinikkonzerne, staatliche oder kirchliche Träger und schließlich die Organisation unseres Gesundheitssystems bei kassenartig finanzierten Therapien.

Mit jedem dieser Kontexte und ihren Normen kann eine VT-Supervision in potenziell schwierige oder auch fruchtbare Konflikte geraten. Beispielsweise kann das Motiv für Supervision in einem bestimmten Ausbildungskontext darin bestehen, die Supervision nur zu „absolvieren“. Dann wird möglicherweise nie eine wirklich relevante Fragestellung eingebracht. Auch Arbeitskontexte können in Norm und Ziel einer Therapie mit solchen der VT-Supervision divergieren. Beispiel: Der Supervisand fühlt sich konzeptuell mit Gruppierungen seiner Arbeitseinrichtung verbunden, die ein anderes Krankheits- und Behandlungskonzept bevorzugen als das, welches der Supervisor gerade vermittelt: Hier vielleicht ein medizinisch-biologisches Genese- und Therapiemodell, dort das Modell, die „Störung“ sei eine gelernte und dabei suboptimal sinnvolle Lösung für Konflikte. Ist dies der Fall, so steht der Supervisand zwischen Supervisor und Team und es wäre dienlich, diese Konzeptdivergenz mit dem Supervisand zu reflektieren, um ihm aus diesem (Loyalitäts-)Konflikt herauszuhelfen.

Zum Kontext gehört auch die *professionelle Identität des Supervisors wie des Supervisanden* oder eine offene bzw. latente andere *Therapieschulenzugehörigkeit* der Supervisanden, die sich z. B. bemerkbar macht, wenn zu diesen Kontexten gehörende „professionelle Mythen“ oder Regeln sich nicht mit vermittelten Krankheitsmodellen oder Zielen einer VT-Supervision vertragen (z. B. organisch orientierte Diagnosen versus Selbstverantwortung oder verstehende Empathie versus Anspruch auf Verhaltensänderung). Konfliktträchtig wäre auch, wenn Supervisor und Supervisand zwei verschiedenen Professionen angehören, von denen eine es nicht zulässt, von der anderen supervisorisch betreut zu werden (weshalb gelegentlich psychologische Supervisoren bei ärztlichen Supervisanden weniger Chancen haben und umgekehrt). Im Unterprogramm „Kontextanalyse“ können solche Aspekte und die dazugehörigen Dynamiken in der Supervision aufgedeckt und vielleicht befriedigende Lösungen für eine konstruktive fallbezogene Zusammenarbeit im Hauptprogramm gefunden wer-

den (z. B. offene und produktive Ergänzung verschiedener Krankheitsmodelle in der Fallkonzeption statt latenter Konkurrenz).

4.2 Unterprogramm Selbstreferenz

Selbstreflexion sollte in der Supervision ihren Platz haben, ohne dass Supervision zu reiner Selbsterfahrung oder zur Therapie des Supervisanden wird. Häufig wird die Arbeit am Patienten erst dann wieder lebendig und effektiv, wenn fallbezogen-persönliche Verstrickungen auf Seiten des Therapeuten erkannt und gelöst werden. Der Vorteil einer Integration von Selbstreflexion in die Supervision besteht ja gerade darin, dass auf Seiten des Therapeuten *fallbezogen* genau jene personalen kognitiven Schemata mit den dazugehörigen Gefühlen und Interaktionsmustern aktiviert (und damit bewusstseinsnahe) sind, die für diesen Fall relevant sind. Der Begriff der Selbstreferenz stammt aus der Systemtheorie und bedeutet, dass sich ein System (entweder eine einzelne Person oder ein Mehr-Personen-System) thematisch auf sich selbst bezieht. Solche Systeme können in der VT-Supervision der Supervisor, der Supervisand oder das Supervisionssystem selbst sein.

Aus diesem Gesamtverständnis von Selbstreferenz ergibt sich, dass sie zur Erhaltung wie zur Weiterentwicklung der supervisorischen Effizienz nicht nur für den Supervisanden, sondern auch für die Supervision als System selbst wichtig ist – nicht als „permanente Notwendigkeit“, sondern als „permanente Möglichkeit“ (Rappe-Giesecke, 1990, S. 184). In der verhaltenstherapeutischen Supervision gibt es demnach drei Formen von Selbstreferenz: Die bewusste Beschäftigung des Supervisionssystems (d. h. Supervisand[en] *plus* Supervisor) mit dem Verlauf der bisherigen bzw. weiteren supervisorischen Interaktionen mit deren beidseitigem Erleben und Bewerten (1) sowie der jeweiligen Personen (Supervisand [2] bzw. Supervisor [3]) mit sich selbst. Letzteres sollte aufgrund der notwendigen Asymmetrie in der supervisorischen Beziehung selten Thema der Supervision sein und gehört eigentlich in eine „Supervision der Supervision“.

4.2.1 Selbstreferenz: Die Person des Supervisanden
Inhaltlich geht es darum, welche der Probleme in der Fallarbeit aus Sicht von Supervisor und/oder Supervisand(en) primär mit diesem „Personalsystem“ – aus systemischer Sicht ein „Umweltfaktor“ der supervisorischen Fallarbeit! – in Zusammenhang stehen. Man darf dies allerdings nicht in einem kausal-linearen Sinne so verstehen, als ob hier die „Ursache“ von Blockaden läge. Ein solches Denken

schafft mehr Blockaden als Lösungen, weil es zu Schuldzuweisungen führt. Es geht vielmehr um die Einbeziehung dieser Selbstreflexion in die Fallbesprechung an Punkten, wo sie nützlich, weil von Verstrickungen befreiend ist. Hilfreich ist die Annahme, dass Therapeuten *immer* mit ihrer ganzen Person („als Umwelt der Therapie“) ihre Arbeit prägen und diese ständige Beteiligung zu jeder Zeit reflektiert werden *könnte*. Vor diesem Hintergrund bedeutet das Aufrufen dieses Unterprogramms dann gerade nicht, dass der Supervisand nun seinerseits zum Problemfall wird. Im Gegenteil: Seine Bereitschaft zur Selbstreflexion verweist auf die elementare therapeutische Kompetenz zur Selbstreflexion (unabhängig von der Frage, ob der Supervisand sich mit *diesem* Supervisor in *diesem* Kontext darauf einlassen will, weshalb die Ablehnung von Selbstreferenz nicht *vice versa* auf eine entsprechende Inkompetenz schließen lässt).

Die Themen können so vielfältig sein, wie sie es generell in der Selbsterfahrung sind, haben aber oft typische Ausgangspunkte im Hauptprogramm. Der Supervisand kann dem Supervisor in dessen Therapie z. B. „überengagiert“ oder im Gegenteil seinem Patienten gegenüber auch zu distanziert erscheinen. Er kann unreflektiert auf bestimmte Formen der Problemlösung bei seinen Patienten fixiert sein (beispielsweise: „Ja nicht klagen – immer schön und tapfer Probleme lösen oder unlösbare klaglos ertragen“), die für sein Leben, nicht aber für seinen Patienten passen. Oder er kann systematisch Aspekte beim Patienten ausblenden (z. B. dessen latente Trauer), weil er das auch bei sich selbst übergeht. Es kann sich zeigen, dass der Supervisand in seiner Therapie mehr mit der Abwehr eigener Gefühle beschäftigt ist als mit denen des Patienten. Solche Aspekte können nun in diesem Unterprogramm besprochen und verstanden werden. Hier nehmen der Supervisor eine therapeuten- und der Supervisand eine patienten-ähnliche Rolle ein – mit dem Unterschied, dass dies im Wissen um die temporäre Begrenzung dieser Rollenverteilung mit Blick auf die Rückkehr ins Hauptprogramm geschieht. Supervisorische Selbstreflexion darf aber nicht unter der Hand zur Therapie werden, denn dann ginge der Zweck dieser Selbstreflexion verloren, die in der Verbesserung der patientenbezogenen Fallarbeit liegt. Wichtig ist am Ende dieses Unterprogramms deshalb eine Klärung oder Deutung des Zusammenhanges zwischen persönlichem Hintergrund und dem Problem bei der Fallarbeit aus Sicht des Supervisors *und* des Supervisanden (kann, muss aber nicht identisch sein).

Bei dieser Selbstreferenz der Person des Supervisanden wiederholen sich oft bestimmte Themenbereiche. Beispiele sind:

- ▶ Die Abhängigkeit der Selbstzufriedenheit des Therapeuten (der therapeutische „Selbstwert“) von bestimmten therapeutischen Resultaten, was den Therapeuten von seinem Patienten co-abhängig macht.
- ▶ Erwartungen des Therapeuten an sich selbst sowie seine Projektionen (d. h. Bilder und Vermutungen) über Erwartungen anderer an ihn als Therapeuten.
- ▶ Idealbilder aus dem Leben des Therapeuten bezüglich wichtiger Lebensbereiche (etwa über Partnerschaft, Elternschaft, Karriereplanung usw.) und deren Einfluss auf die Therapie in Bereichen, in denen der in der Fallarbeit besprochene Patient Probleme hat.

Auf die Methodik der Selbsterfahrung in der Supervision im Unterschied zu anderen Selbsterfahrungsformen kann hier nicht ausführlich eingegangen werden. Probleme gibt es immer dann, wenn das „Aufrufen dieses Unterprogramms“ nicht Teil des (expliziten oder impliziten) Kontraktes zwischen Supervisor und Supervisand war. Abgrenzungsprobleme gibt es zu reiner Selbsterfahrung und zu Therapie. Gelingt diese Abgrenzung nicht, verliert der Supervisor oder der Supervisand selbst den Bezug zum Hauptprogramm und damit zum Patienten. Es sei denn, er möchte in Abweichung von den üblichen und notwendigen Erwartungen an ihn als Therapeuten in der Supervision sich selbst und eigenen Belangen Vorrang vor supervisorischen Zielen geben und damit seinen (wichtigen und ernstzunehmenden) Bedürfnissen folgend Supervision zur Therapie werden lassen. In beiden Fällen kann die Verantwortung für den im Hauptprogramm besprochenen Patienten aus dem Auge verloren werden.

4.2.2 Selbstreferenz: Das System der VT-Supervision

Hier beschäftigt sich nicht einer der Supervisionsteilnehmer mit Hilfe des Anderen mit sich selbst, sondern alle Teilnehmer mit dem gemeinsamen Prozess der Supervision: dem bisherigen, augenblicklichen oder zukünftigen Geschehen zwischen Supervisor und Supervisand(en). Meistens wird dieses Thema angesprochen, wenn man im Hauptprogramm merkt, dass „es“ im Supervisionsprozess anders läuft als gewollt (theoretisch: wenn eine Differenz zwischen Idealformwartung und realem Verlauf vorliegt): wenn Spannungen auftreten, sich

Missverständnisse häufen, Fragen nicht beantwortet werden, sich eine „Ja-Aber“-Kommunikation etabliert oder die Supervision langweilig wird. Wir können hier von „Symptomen“ in der Beziehung Supervisand–Supervisor sprechen, die als Anlass zur Selbstreferenz miteinander genommen werden. Es kann auch einer der Beteiligten *in sich* diese Diskrepanz zwischen Erwartung an die Supervision und Realverlauf erkennen oder als Symptom bei sich selbst wahrnehmen (etwa Ärger, Angst, Widerwillen gegen die Offenlegung „echter“ Fragen, Unzufriedenheit).

Dies anzusprechen setzt eine gewisse oder besser eine „ziemliche“ Konfliktbereitschaft voraus, denn das eigene im Gang befindliche System kritisch zu thematisieren bedeutet ja oft die Äußerung von Dissens oder Unzufriedenheit und trägt das Risiko, leichten bis starken Widerhall oder auch Widerspruch einzufahren (oder, was genauso schwer sein kann, erst einmal betretenes Schweigen). Man will sich ja gegenseitig nichts antun. Dieses Risiko kann und muss eingegangen werden, wenn der „Preis“ dessen Vermeidens eine ineffektive Supervision wäre. Es ist allerdings leichter einzugehen, wenn darüber, ob diese gemeinsame Selbstreflexion möglich ist und gewissermaßen ein „Recht“ darauf besteht, Teil des ursprünglichen Supervisionskontraktes war. Auf Supervisorensseite kann dies bedeuten, dass er/sie den Verlauf für ineffektiv oder redundant hält und nicht das Gefühl hat, wirklich etwas vermitteln zu können – und nun diese Einschätzung kund tut. Der Supervisand kann Unzufriedenheit über die Angebote des Supervisors ansprechen oder auch konkret benennen, wie er fühlt, was er befürchtet oder was ihm fehlt. Dissens oder Unbehagen kann es in Bezug auf die *Inhalts-* wie auf die *Beziehungsebene* der Supervision geben oder auch hinsichtlich deren äußeren *Struktur*.

Entweder folgt dann im Diskurs darüber die Aufdeckung differierender Erwartungen an Supervision oder es wird klar, warum die Supervision von allen übereinstimmend geteilte Erwartungen nicht erfüllt oder nicht erfüllen kann: Beispielsweise kann die zwischen Supervisor und Supervisand(en) bestehende hierarchische Beziehung der Veröffentlichung von Problemen in der Therapie Grenzen setzen. Oder der äußere Rahmen mit ständigen Unterbrechungen durch Pieper, Telefonate etc. erlaubt kein zentriertes Arbeiten. Solche Themen anzusprechen bedeutet, sich auf Ungewisses einzulassen: Selbstreferenz eines laufenden Systems ist hinsichtlich des Ergebnisses immer unvorhersagbar. Aber immer sind alle Beteiligten einen Schritt weiter und

können etwas verändern – und sei es im Extremfall der Schritt, die Supervision zu beenden. Eines sollten Supervisoren dabei nicht übersehen: Wenn sie diese Selbstreflexion der Supervision vertreten, erlauben, gegebenenfalls initiieren, hat sie eine größere Chance, effektiv zu sein. Supervisanden leiten sie – zumindest am Anfang – selten bis nie ein.

Häufige Themen sind:

- ▶ Die üblichste „Eröffnung“ nennt Gefühle oder unerfüllte Erwartungen: „Mir geht es hier ...“, „mir fehlt hier ...“.
- ▶ Projektionen von Supervisand und Supervisor aufeinander hinsichtlich befürchteter Reaktionen auf bisher vermiedene Verhaltensweisen (Beispiel: „Wenn ich Ihnen widersprechen oder Sie kritisieren würde, würde ich befürchten, dass Sie ...“).
- ▶ Die Geschichte der bisherigen Supervisionseinheit: Wie hat sich dieses System etabliert – mit welchen Hoffnungen und Befürchtungen – mit welchen bisherigen erfreulichen oder belastenden Ereignissen und welchen Auswirkungen auf die Personen?
- ▶ Interaktionelle Konstellation: Die formale Struktur der Beziehung zwischen Supervisor und Supervisand kann selbst Gegenstand des Gesprächs sein – z. B. die Tatsache, dass der Supervisor dem Supervisanden gegenüber andernorts oder gleichzeitig auch andere Rollen hat (Vorgesetzter, Ausbilder, Freund, Kollege usw.).

4.3 Unterprogramm Interaktionsanalyse

Dieses Unterprogramm – andernorts als „interaktionale Fallarbeit“ bekannt und beschrieben – folgt der Trennung zwischen Inhalts- und Beziehungsebene in der Therapie. Die im Hauptprogramm verfolgte Inhaltsebene betrifft alle Fragen zu Diagnose, Erklärung und Veränderung der Problematik des Patienten – in der Verhaltenstherapie ist diese Arbeit an Veränderungsoptionen der Sinn der Therapie. Dass dies immer innerhalb eines Beziehungsgeschehens zwischen Therapeut und Patient stattfindet und sich Inhalts- und Beziehungsebene ständig gegenseitig beeinflussen, wird nicht gelehrt: Bestimmte Formen der Diagnostik (etwa Tests) oder der Intervention (etwa Rollenspiele) schaffen dazugehörige Beziehungsmuster wie *vice versa* etwa das Beziehungsmuster „Hilfloser–Retter“ die Wirkung der Sacharbeit am Problem des Patienten beeinflusst. Anders als in manchen anderen Therapieschulen wird die Beziehung nicht immer, sondern nur dann reflektiert, wenn es auf der Inhaltsebene Probleme gibt – will heißen:

Wenn die Auslotung von Veränderungsperspektiven nicht zum erwünschten Erfolg führt, und/oder es auf der Beziehungsebene Symptome gibt, die die therapeutische Inhaltsebene behindern (Spannungen; latente Wut; Schuldgefühle dem Anderen gegenüber; Ohnmachtsgefühle und dazugehörige „Machtspiele“ in der Beziehung; Ja-Aber-Kommunikation; eine zwar therapeutische, auf Zeit angelegte Beziehung, die aber nicht enden darf, weil sie selbst und nicht der Inhalt der Therapie zum Stabilisator für den Patienten geworden ist; kommunikative Verstrickungen mit paradoxen Botschaften („Helfen Sie mir – Sie haben aber keine Chance!“ usw.). Die Analyse des Beziehungsmusters zwischen Therapeut und Patient gehört vor diesem konzeptuellen Hintergrund einer Trennung von Beziehungs- und Inhaltsebene nicht ins Hauptprogramm, sondern als potentielle Reflexions- und Veränderungsvariante in ein diesbezügliches Unterprogramm.

Thematisch lösen Supervisor und Supervisand sich dabei vom Inhalt der Probleme des Patienten. Sie konzentrieren sich stattdessen ganz auf das *Interaktionsmuster* zwischen Patient und Supervisand, in das der Inhalt der bisherigen Fallarbeit eingebettet war und ist.

Diese Erörterungen können *theorie-* oder *erfahrungsgeleitet* sein. Im ersten Fall wendet man vorgegebene Möglichkeiten der Beziehungsbeschreibung auf die Interaktion zwischen Therapeut und Patient an; im anderen konstruiert man frei und intuitiv Bilder über die jeweilige Beziehung in Anlehnung daran, wie diese vom Supervisor oder vom Supervisand erlebt werden. Beispielsweise könnte als vorgegebenes Schema das seit Jahrzehnten bekannte Modell von Virginia Satir (1988) verwendet werden, wonach Kommunikationsstile Einzelner unter Stress in vier Kategorien eingeteilt werden können (Beschuldiger – Beschwichtiger – Rationalisierer – Ablenker). Je nach Stil-Begegnungen ergeben sich dann interaktionelle Muster zwischen Supervisand und Patient wie z. B. das zwischen einem „Beschuldiger“ und einem „Beschwichtiger“. Solche Muster korrespondieren immer mit der Inhaltsebene der Therapie: Beispielsweise könnte der Patient „anklagend“ vom Fortbestand seiner Symptome berichten oder der Therapeut diesen Bericht zumindest als Anklage verstehen, worauf er zunächst mit Rechtfertigungen, immer neuen Angeboten und insofern „beschwichtigend“ und später vielleicht (latent) wütend und schließlich selbst anklagend reagiert.

Bei der erfahrungsgeleiteten Analyse kann man so vorgehen, dass nach Erhebung des Interaktions-

musters im A-B-A-B-...-Schema („was sagt der Patient wie? Wie reagiert der Therapeut darauf? Wie beantwortet der Patient dies usw. ...“) Supervisand und/oder Supervisor ein Bild entstehen lassen, wie sie die *Beziehung* dabei erleben (Beispiel: Als Boxkampf, als Flirt, als Schulunterricht usw.). Wichtig ist, dass der Supervisand sich hier *in* seiner Beziehung zum Patienten erfährt und doch während dieses Erlebens in der Supervision *außerhalb* derselben steht. Dieses Programm endet *idealerweise* mit einer Idee, wie der Therapeut sich in der Beziehung anders verhalten kann und damit auch Veränderung beim Patienten ermöglicht – etwa wenn er einmal bewusst und emotionsfrei zum „Kläger“ wird, wo dies bisher dem Patienten vorbehalten war. Die transparente Offenlegung dieser „Beziehungsdiagnose“ durch den Therapeuten mit Bitte um Kommentierung durch den Patienten ist dabei eine Möglichkeit; eine andere die, sich einfach anders zu verhalten, z. B. zu Beginn der Stunde gar nicht nach Problemen, sondern gleich nach erfolgten Veränderungen zu fragen. Am Ende stellt sich wieder die Frage, wie das Ergebnis dieser Analyse für die weitere Fall-Arbeit mit den Patienten genutzt werden kann.

4.4 Unterprogramm VT-Teaching

Einem früheren Supervisionsverständnis zufolge war Supervision in der Verhaltenstherapie identisch mit der Vermittlung verhaltenstherapeutischen Denkens und Handelns vom „Meister“ an den „Schüler“. Angesichts des heutigen Standes von Theorie und Praxis der verhaltenstherapeutischen Supervision ist dieses Konzept jedoch zu eng. VT-Supervision umfasst mehr als solche Vermittlungsprozesse. Diese müssen aber auch weiterhin ihren Ort in der Supervision haben. Im vorliegenden Konzept bekommen sie ihn in einem speziellen Unterprogramm. Es wird dem Entwicklungsmodell von Supervisanden nach Hogan (1964) folgend bei noch unerfahrenen Therapeuten sicherlich öfter als bei Erfahrenen und in interkollegialen Supervisionen eher selten aufgerufen. Veranlassung zu einer „VT-Lecture“ besteht, wenn der Supervisor beim Supervisanden auf den besprochenen Fall bezogen spezifische Unkenntnisse im VT-Bereich oder ein Missverstehen bestimmter verhaltenstherapeutischer Techniken zu erkennen glaubt oder dieser explizit fallbezogen entsprechende „Lectures“ möchte. Die Methodik der Supervision ist hier eine der Wissens- oder Fertigkeitenvermittlung, etwa mit Vortrag oder Praxisdemonstration. Hierbei hat der Supervisor den Umfang seiner VT-Lektion auf den im Hauptprogramm besprochenen Fall zu begrenzen – im Wissen, dass der Supervisand solche

VT-Kenntnisse eigentlich in anderen Lernfeldern der VT-Ausbildung erwirbt.

4.5 Unterprogramm Therapieanweisung

Die meisten Supervisionsdefinitionen schließen Anweisungen vom Supervisor an den Supervisanden als supervisionsfremde Elemente aus deren Selbstverständnis aus. Da es aber Kontexte gibt, in denen Anweisungen als Teil der Supervision vorkommen können, sollte ein Supervisionskonzept diesen gegebenenfalls ihren Platz einräumen. Ein solcher Kontext besteht beispielsweise in der ethischen oder rechtlichen Verantwortung des Supervisors für den Supervisanden oder den besprochenen Patienten. (Beispiel: Der Supervisor ist auch Dienstvorgesetzter des Supervisanden oder als Ausbildungs-Supervisor oder Lehrpraxen-Inhaber für dessen Therapien mitverantwortlich.) Aus rechtlichen, ethischen oder aus Gründen der Fachaufsicht kann sich der Supervisor dann zu einer Art „Eingriff in die Therapie“ veranlasst sehen. Er begibt sich also in die Rolle eines Instruktors, der diesen Rollenwechsel im ansonsten auf Anliegen und Fragen der Supervisanden ausgerichteten Supervisionskonzept auch kennzeichnen und begründen muss. Hier sollte er dann möglichst klar mitteilen, was er vom Supervisanden erwartet (z. B. Erhebung bestimmter Informationen oder Durchführung definierter Interventionen, Einholung bestimmter ärztlicher Konsile oder auch Unterlassung bestimmter Interventionen oder Handlungen). Transparenz ist hier von größter Bedeutung – der Supervisand muss wissen, warum und mit welcher Absicht sein Supervisor einen solchen Rollenwechsel auf Zeit vornimmt. Ohne diese Klarheit würde die supervisorische Beziehung nachhaltig gestört. Ist eine Supervision nur oder primär davon geprägt, dass der Therapeut vom Fall berichtet und der „Supervisor“ sagt, was zu tun oder zu lassen ist, handelt es sich dem hier vorgestellten Konzept folgend nicht um Supervision, sondern um Fachaufsicht und sollte dann auch so genannt werden.

5 Abschließende Bemerkung

Die Rede von Haupt- und Unterprogrammen ist hilfreich, insofern sie thematisch gliedert. Sie ist problematisch, weil sie den Dialog zwischen Menschen in eine Computersprache fasst. Ist man sich dieser Künstlichkeit bewusst und sieht man darin nichts anderes als eine Möglichkeit zu Gliederung und Begrenzung der ansonsten rasch themenüberfrachteten Supervision, könnte der Nutzen einer solchen Sprache größer sein als ein möglicher Schaden.

Literatur

- Bruch, M. R. & Hoffmann, N. (Hrsg.). (1996). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie?* Heidelberg: Springer.
- Frank, R. (2003). Bestandteil der Ausbildung: Supervision. In A. Kuhr & G. Ruggaber (Hrsg.), *Psychotherapieausbildung – Der Stand der Dinge* (S. 115–127). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hogan, R. A. (1964). Issues and approaches in supervision. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1, 139–141.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1991). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer.
- Laireiter, A. R. (Hrsg.). (2000). *Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie: Empirische Befunde*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Laireiter, A. R. & Elke, G. (Hrsg.). (1993). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. Konzepte und praktische Erfahrungen*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Langer, A. & Frank, R. (1999). Erfassung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen durch direkte Verhaltensbeobachtungen. Entwicklung eines Beobachtungsbogens für eine kriterienorientierte Supervision. *Verhaltenstherapie*, 9, 30–37.
- Lieb, H. (1993a). Idealformverlauf der verhaltenstherapeutischen Einzelsupervision. *IFKV* [Themenheft „Supervision“], 5–40.
- Lieb, H. (1993b). Kontextanalyse, Selbstreferenz, Interaktionsanalyse, VT-Teaching und Therapieanweisung: Die Unterprogramme der verhaltenstherapeutischen Einzelsupervision. *IFKV* [Themenheft „Supervision“], 41–69.
- Lieb, H. (1993c). Selbsterfahrung als Selbstreferenz: Zur Integration von Selbsterfahrung in der verhaltenstherapeutischen Supervision. In A. R. Laireiter & G. Elke (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie: Konzepte und praktische Erfahrungen* (S. 80–105). Tübingen. dgvt-Verlag.
- Lieb, H. (Hrsg.). (1998). *Selbsterfahrung für Psychotherapeuten*. Göttingen: Hogrefe.
- Mackinger, H. (1995). *Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie* (Praxismanual). Bergheim: Mackinger-Verlag.
- Rappe-Giesecke, K. (1990). *Theorie und Praxis der Gruppen- und Teamsupervision*. Heidelberg: Springer.
- Rzepka-Meyer, U. (1997). *Supervision von Verhaltenstherapeuten: Eine Längsschnittstudie zur Entwicklung von Therapeuten*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Rzepka-Meyer, U., Frank, R. & Vaitl, D. (1998). Entwicklung therapeutischer Kompetenzen: Zur Rolle von Therapieerfahrung und Reflexionsbereitschaft. *Verhaltenstherapie*, 8, 200–207.
- Satir, V. (1988). *Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe*. München: Pfeifer.
- Schmelzer, D. (1997). *Verhaltenstherapeutische Supervision. Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Schön, K., Frank, R. & Vaitl, D. (2001). Verhaltenstherapeutische Gruppensupervision aus der Sicht von Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 22(2), 153–170.

Zum Autor

Dr. Hans Lieb, geb. 1953; Psychologiestudium in Konstanz, Ausbildung in verschiedenen Therapieschulen (Gesprächspsychotherapie, NLP, Verhaltenstherapie und Systemtherapie). Psychotherapeutische Tätigkeit in der Fachklinik Furth im Wald (Suchterkrankungen) und in psychosomatischen Fachkliniken (Windach, Bad Dürkheim), zuletzt als leitender Psychologe. Seit 1990 ambulante psychotherapeutische Praxis in Edenkoben. Lehrtherapeut/Supervisor in Verhaltenstherapie (IFKV Bad Dürkheim) und Systemtherapie (IF Weinheim).

Promotion zur Therapieschulenbegegnung von VT und ST. Diverse Veröffentlichungen zu Bibliotherapie „Psychosomatik“, Menschenbildannahmen in VT und ST, Kritik am Konzept der Persönlichkeitsstörung, Multimorbidität Sucht und Psychosomatik, Macht in der Psychotherapie, Auswertung.

Korrespondenzadresse

Luitpoldstr. 3–9
67480 Edenkoben