

Gerhard Zarbock (Hrsg.)

# Praxisbuch VT-Supervision

Konzepte und Materialien für eine Aufgaben-  
und Kompetenzorientierte Supervision (AKOS)  
von Verhaltenstherapie

 PABST



mit CD-ROM



Deutscher Fachverband  
für Verhaltenstherapie e.V.

## DVT-Praxis, Band 4

*Gerhard Zarbock (Hrsg.)*

---

# Praxisbuch VT-Supervision

Konzepte und Materialien für eine Aufgaben-  
und Kompetenzorientierte Supervision (AKOS)  
von Verhaltenstherapie

---



PABST SCIENCE PUBLISHERS  
Lengerich

*Dipl.-Psych. Dr. phil. Gerhard Zarbock*  
*Psychologischer- und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*  
*IVAH, Institut für Verhaltenstherapie-Ausbildung Hamburg*  
*Hans-Henny-Jahnn-Weg 51*  
*22085 Hamburg*  
*gzarbock@ivah.de*

*Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek*

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Wichtiger Hinweis: Medizin als Wissenschaft ist ständig im Fluss. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Kenntnis, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag größte Mühe darauf verwendet haben, dass diese Angaben genau dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entsprechen. Dennoch ist jeder Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel der verwendeten Präparate zu prüfen, um in eigener Verantwortung festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Das gilt besonders bei selten verwendeten oder neu auf den Markt gebrachten Präparaten und bei denjenigen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in ihrer Anwendbarkeit eingeschränkt worden sind. Benutzer außerhalb der Bundesrepublik Deutschland müssen sich nach den Vorschriften der für sie zuständigen Behörde richten.

© 2016 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich  
Formatierung: Armin Vahrenhorst

Druck: booksfactory.de

*Bildnachweis Titelseite: © clivewa - Fotolia.com*

Print: ISBN 978-3-95853-170-3  
eBook: ISBN 978-3-95853-171-0 ([www.ciando.com](http://www.ciando.com))

# Inhaltsverzeichnis

	<b>Vorwort zum Praxisbuch Verhaltenstherapie Supervision</b>	
	<i>Gerhard Zarbock</i> . . . . .	9
<b>1</b>	<b>AKOS und KTS – Kompetenzorientierung in der Supervision</b>	
	<i>Gerhard Zarbock</i> . . . . .	17
<b>2</b>	<b>Supervision – Stand der Forschung</b>	
	<i>Eva Schweigert</i> . . . . .	35
<b>3</b>	<b>Supervision als Kultur der (Selbst-)Hinterfragung und (Selbst-)Kritikfähigkeit</b>	
	<i>Kurt Quaschner</i> . . . . .	51
<b>4</b>	<b>Lernen in der Supervision (Telefoninterview mit Gerhard Zarbock, Juli 2014)</b>	
	<i>Helga Pritzkow</i> . . . . .	67
<b>5</b>	<b>Das Verständnis von Supervision im AKOS-Konzept</b>	
	<i>Gerhard Zarbock</i> . . . . .	82
<b>6</b>	<b>Erfahrungen als Aus- und Weiterbildungs-Supervisorin im stationären und ambulanten Setting (Telefoninterview mit Gerhard Zarbock, Juni 2014)</b>	
	<i>Silka Hagen</i> . . . . .	106
<b>7</b>	<b>AKOS – Arbeitsbegriffe für die Supervision</b>	
	<i>Gerhard Zarbock</i> . . . . .	121
<b>8</b>	<b>Kurzbeschreibung der Supervisionstechniken im Akos-Modell</b>	
	<i>Gerhard Zarbock</i> . . . . .	137
<b>9</b>	<b>Supervision therapeutischer Zugänge zwischen Manualisierung und individualisierter Therapieplanung</b>	
	<i>Gerhard Zarbock</i> . . . . .	167
<b>10</b>	<b>Die Anwendung schematherapeutischer Elemente in der verhaltenstherapeutischen Supervision</b>	
	<i>Angelika Neumann</i> . . . . .	194

<b>11</b>	<b>Supervision bei Therapieabbrüchen und Misserfolgen (Darstellung z.T. nach Zarbock, 2005)</b> <i>Gerhard Zarbock</i> . . . . .	212
<b>12</b>	<b>Kriseninterventionen und Notfallhandeln in der Supervision: Suizidalität, Fremdgefährdung, Fachaufsicht, Telefoncoaching in Notfällen (Beantwortung schriftlicher Interviewfragen)</b> <i>Carsten Schmidt</i> . . . . .	222
<b>13</b>	<b>Supervisorische Hilfen für Therapeuten in persönlichen und professionellen Belastungs-, Grenz- und Krisensituationen</b> <i>Regina Sinderhauf</i> . . . . .	230
<b>14</b>	<b>Herausfordernde „schwierige“ Supervisanden</b> <i>Gunter Groen</i> . . . . .	242
<b>15</b>	<b>Supervisorinnen und Supervisoren aus Sicht von Supervisandinnen und Supervisanden</b> <i>Eva Schweigert</i> . . . . .	252
<b>16</b>	<b>Hinweise zur Thematisierung von Sexualität in der verhaltenstherapeutischen Supervision</b> <i>Carmen Lange</i> . . . . .	265
<b>17</b>	<b>Umgang mit sexuellen Gefühlen in Therapie und Supervision</b> <i>Angelika Neumann</i> . . . . .	273
<b>18</b>	<b>Die psychotherapeutische Grundhaltung und die psychotherapeutische Situation bei der Arbeit mit Erwachsenen</b> <i>Gerhard Zarbock</i> . . . . .	289
<b>19</b>	<b>Die psychotherapeutische Grundhaltung bei der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien</b> <i>Dorothe Verbeek</i> . . . . .	301
<b>20</b>	<b>Supervision und Selbsterfahrung</b> <i>Gerhard Zarbock</i> . . . . .	311
<b>21</b>	<b>Supervision und Entwicklungsverläufe von Psychotherapeuten</b> <i>Gerhard Zarbock</i> . . . . .	329
<b>22</b>	<b>40 Jahre Erfahrung als Psychotherapeut, Supervisor und Coach (Telefoninterview mit Gerhard Zarbock im Juli 2014)</b> <i>Jörg Frassa</i> . . . . .	341

---

<b>23</b>	<b>Schematherapie für zwei. Die interpersonale Perspektive in der Einzeltherapie und der Supervision</b>	
	<i>Eckhard Roediger</i> .....	358
<b>24</b>	<b>Grundlagen der Psychopharmakotherapie</b>	
	<i>Thomas Köhler</i> .....	368
<b>25</b>	<b>Psychopharmakologisches Praxiswissen für Psychologische Psychotherapeuten</b>	
	<i>Silka Hagena &amp; Claas-Hinrich Lammers</i> .....	380
<b>26</b>	<b>Somatische Differentialdiagnosen psychischer Symptome</b>	
	<i>Silka Hagena &amp; Lothar Walther</i> .....	399
<b>27</b>	<b>Essentials der biografisch-systemischen Verhaltenstherapie (BSVT) und ihre Anwendung im Aus- und Weiterbildungskontext</b>	
	<i>Gerhard Zarbock</i> .....	408
<b>28</b>	<b>FPV-26: Ein zeitökonomisches Instrument zur Dokumentation und Qualitätssicherung von Therapieverläufen</b>	
	<i>Marko Drews</i> .....	438
<b>29</b>	<b>Nachklang</b>	
	<i>Jenny Hampel</i> .....	448
<b>30</b>	<b>Anhang: Materialien für Supervisoren und Supervisanden</b>	450
	<b>Autoren- und Interviewtenverzeichnis</b> .....	503





# Vorwort zum Praxisbuch Verhaltenstherapie Supervision

*Gerhard Zarbock*

## **Kompetenzorientierung in Aus- und Weiterbildung als Anliegen des Buches**

Das Buch beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Ausbildungssupervision von Psychotherapeuten in einer modernen, das heißt entwicklungspsychologisch- und emotionsorientierten Verhaltenstherapie. Es ist Auffassung des Herausgebers, dass ein solcher Ansatz daher zwangsläufig kompetenzorientiert sein muss, da gerade die Supervision ein entscheidender Ausbildungsbestandteil ist, in dem konkrete psychotherapeutische Kompetenzen zum Wohle der Patienten erworben und weiterentwickelt werden. Es ist aber aus meiner Sicht durchaus so, dass jegliche Form von Wissenserweiterung immer auch mit Kompetenzerwerb zu tun hat. Auch wenn ich also als approbierter Psychotherapeut eine Fortbildung in einer Methode oder einer Technik oder einem neuen Ansatz innerhalb eines Verfahrens mache, wird es immer um den zielführenden Erwerb von Kompetenzen gehen. Daher halte ich auch in der Fortbildung eine Kompetenzorientierung für zielführend.

## **Kompetenzorientierung auch in der Fortbildung sinnvoll**

Auch wenn es „nur“ um Supervision von Prozessen laufender Therapien approbierter Therapeuten geht, und kein Fortbildungsinteresse, sondern nur ein Qualitätssicherungsinteresse besteht, ist eine Kompetenzorientierung sehr hilfreich. Denn auch unter dem Aspekt der Qualitätssicherung sollte es darum gehen, dass der Patient nach bestem Wissen und Gewissen, eben kompetent behandelt wird. Wir alle haben als praktizierende Therapeuten vermutlich die Erfahrung gemacht, dass Praxiserfahrung nicht nur zunehmende Expertise, sondern manchmal auch eine gewisse Reflexionsmüdigkeit und das Sich-Bewegen in sehr eingefahrenen Gleisen mit sich bringen kann. Auch das stete Bemühen um eine Kompetenzorientierung in der alltägli-

chen Arbeit mit den Fragen: „Was tue ich?“, „Warum?“ und „Tue ich es „richtig?“, „Hat es auch den gewünschten Erfolg?“ ist essenziell. Legt man diese Sicht zu Grunde, wäre eine Kompetenzorientierung durchaus auch für Super- und Interventionsgruppen in der Qualitätssicherung, also auch im Kollegenkreis, hilfreich.

## **Kompetenzorientierung und Aufgaben**

Der Begriff der Kompetenzorientierung ist mit dem Begriff der Aufgabe unlösbar verknüpft. Wir benötigen Kompetenzen, um Aufgaben optimal bewältigen zu können. Weiterhin stellen wir bei der Aufgabenbewältigung manchmal fest, dass uns Kompetenzen fehlen. Kurz gesagt, wir hätten es besser machen können und müssen daher nach-, neu- oder umlernen. Die Aufgabenorientierung hilft uns auch immer zu fragen, was soll ich eigentlich jetzt genau mit diesem Patienten in dieser Situation tun? Was ist meine Aufgabe? Hiermit unterscheidet sich der Begriff der Aufgabe sicherlich von dem Begriff des Auftrages, der in der modernen Behandlungsführung auch immer zu berücksichtigen ist. Der Auftrag ist das, was die Patienten (oder bei Kindern die Eltern oder Bezugspersonen) mir bewusst auftragen, für sie und zur Linderung ihrer Störung zu tun. Die Aufgabe ist aber auch das, was ich aus meiner psychotherapeutischen Expertise heraus als Antwort auf den Auftrag, aber auch als Antwort auf die Gesamtdynamik der Störung - unter Berücksichtigung meines Fachwissens und Fachkönnens, (und seiner Grenzen und Beschränkungen) - formuliere.

## **Ursprungskontext und beitragende Autoren für dieses Buch**

Das Buch ist im Wesentlichen aus meiner langjährigen Tätigkeit in Aus-, Weiter- und Fortbildung in Verhaltenstherapie und als Ausbildungsleiter des IVAHs, des Institutes für Verhaltenstherapie-Ausbildung in Hamburg, entstanden. Reche ich die allerersten Jahre meiner Psychotherapeutischen Assistenzzeit bei Dr. Günther Schröder im Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf bereits dazu, in denen es auch schon um die Ausbildung von Psychotherapeuten in Verhaltenstherapie ging, kann ich mich auf eine nun über 30-jährige Erfahrung in der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Verhaltenstherapie einerseits und der praktischen Behandlungserfahrung mit Patienten andererseits berufen.

Das Psychotherapeutengesetz, die Notwendigkeiten Patienten auch an Ausbildungsambulanzen mit „noch jungen“ und „auch

berufsunerfahreneren“ Therapeuten eine qualitativ hochstehende Behandlung anbieten zu können, haben den Kompetenzbegriff im Laufe der Zeit noch einmal wichtiger gemacht. Supervision ist in der Ausbildung zum Psychotherapeuten ein zentrales, qualitätssicherndes Merkmal. Der Supervisor trägt auch sehr viel Verantwortung für das Gelingen des Therapieverlaufes und natürlich auch für das Gelingen des Professionalisierungsprozesses des Therapeuten. Aus diesem Spannungsfeld heraus ist im Rahmen langjähriger Erfahrung, vieler Diskussionsprozesse und der kontinuierlichen Bemühungen um Verbesserungen das Konzept der Aufgaben- und Kompetenzorientierten Supervision (AKOS) entstanden.

Da mir wichtig war, neben der Ausarbeitung des an unserem Institut entwickelten Modells (in den Kapiteln mit meiner Autorenschaft) auch „über den Tellerrand zu blicken“ und die Perspektive zu erweitern, habe ich als Herausgeber Kollegen als Mit-Autoren angefragt, die dem IVAH und seinem konkreten Ausbildungsgeschehen teils näher, teils ferner stehen. Alle Kollegen schätze ich aber persönlich sehr und habe von deren Kompetenzorientierung gelernt. Ich habe mich daher sehr gefreut, dass diese Kollegen sich neben ihrem oft überbelasteten Arbeitsalltag doch haben „überreden“ lassen, zu diesem Buch einen Beitrag zu leisten.

## **Kompetenz heißt auch abrufbares, aktuelles Fachwissen**

Kompetenzorientierung in der Supervision bedeutet, dass es eben auch um abrufbares Faktenwissen gehen muss. Damit wir als Supervisoren (auch wenn unsere Grundausbildung mittlerweile bei einigen von uns schon fast über 20 oder sogar 30 Jahre zurückliegt), auf der Höhe der Kompetenz bleiben, brauchen wir von Zeit zu Zeit ein „update“ in verschiedenen Wissensbereichen. Daher sind auch einige solcher update-Kapitel (Pharmakologie, medizinische Differenzialdiagnostik) ins Buch aufgenommen worden.

## **Perspektive Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie**

Da alle Erwachsenen auch Kinder waren, ist die Kenntnis kinder- und jugendtherapeutischer Fragestellungen für alle Erwachsenentherapeuten interessant. Umgekehrt gilt, dass aus Kindern und Jugendlichen Erwachsene werden und Resultate von kindlichen Störungen sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen können. Durch diese Entwicklungsperspektive ist eben auch Erwachsenentherapie für KJP-ler

interessant. Und natürlich sind mehr als manchmal auch die Eltern von KJP-Patienten psychisch auffällig. Da ist dann Wissen aus der Erwachsenentherapie zur Diagnostik, aber auch zur Gestaltung der Bezugspersonenstunden hilfreich und auch notwendig. Daher finden sich in diesem Buch sowohl Autoren aus der Erwachsenen- als auch der Kindertherapie. Nach Meinung des Herausgebers sind die Perspektiven, Erfahrungen und Hinweise in der PP- oder KJP-Supervision nicht so unterschiedlich, als dass man nicht auch als Leser eines Kapitels profitieren kann, wenn man den jeweils anderen Behandlungsschwerpunkt hat.

## **Perspektive der Schematherapie**

Manche Autoren bringen besonders die Perspektive der Schematherapie in dieses Buch ein. Schematherapie führt Überlegungen zur Bedeutung der Lebenserfahrung und der Dynamik von Emotionen weiter aus als die „klassische“ VT (Stichwort: Lerngeschichte) und ist somit eine gute Ergänzung, bzw. im hohen Grade anschlussfähig an eine moderne Verhaltenstherapie. Aus Sicht des Herausgebers kann Schematherapie als Form der Verhaltenstherapie gesehen werden (vergleiche auch Schweiger, 2014) und ohne Schwierigkeiten auch in kognitiv-verhaltenstherapeutisch basierte Gesamtbehandlungspläne im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie gut integriert werden.

## **Supervision auch als gelebte Subjektivität**

Da Supervision immer auch gelebte Subjektivität ist, habe ich drei langjährig erfahrene Supervisoren gebeten, der subjektiven Perspektive Raum zu geben und sie für ein Interview über ihre Erfahrungen als Therapeuten und Supervisoren gewinnen können. Diese subjektiven Blickwinkel sollen verdeutlichen, dass erfolgreiche Supervision eben immer auch mit der Gestaltung des subjektiven Faktors, sowohl vom Supervisanden wie Supervisoren, zusammenhängt.

## **Autoren und Interviewpartner in alphabetischer Reihenfolge**

*Marko Drews*, Diplom-Psychologe und Psychotherapeut in Ausbildung, gibt Hinweise zur Anwendung und Auswertung eines 26 Item langen psychometrischen Kurzinstrumentes (FPV-26) zum Monitoring des Psychotherapieverlaufes.

*Jörg Frassa*, Diplom-Psychologe und Psychotherapeut, reflektiert in seinem Interview 40 Jahre Erfahrung als Therapeut, Dozent und Supervisor und entwickelt u.a. das Konzept der work-work-balance als eine Form der Burnout-Prophylaxe und gibt Hinweise zur Laufbahnentwicklung junger Kolleginnen und Kollegen.

*Gunter Groen*, Diplom-Psychologe, Psychotherapeut und Professor mit dem Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychotherapie, hat sich dankenswerter Weise dem Thema „der schwierige Supervisand“ angenommen. Durch Übersicht über wissenschaftliche Befunde, und illustriert durch eigene Praxiserfahrungen, stellt er heraus, was für Supervisoren manchmal sehr belastend sein kann und wie sie damit umgehen können.

*Silka Hagen*, Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin, war so freundlich, ihre Erfahrungen als Supervisorin sowohl im ambulanten, wie im stationären Setting als leitende Psychologin einer großen psychiatrischen Klinik im Interview zu reflektieren. Darüber hinaus steuert sie in zwei weiteren Kapiteln die Perspektive medizinischer Überlegungen und einer pragmatischen Psychopharmakologie für das Buch bei. Diese in psychologisch-psychotherapeutischen Supervisionen manchmal vernachlässigten Aspekte verdienen unter dem Anspruch bio-psycho-sozialer Störungs- und Therapiekompetenzen unbedingt mehr Berücksichtigung. Das Angebot schnell zugänglichen Wissens soll ein erster Schritt hierzu sein.

*Jenny Hampel*, Diplom-Psychologin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, liefert einen zeichnerischen Nachklang zum Buch indem sie in einem Cartoon zur Supervision: einen Wunsch und einen Alptraum zur Supervision skizziert.

*Thomas Köhler*, Diplom-Psychologe, Arzt und Professor für Psychologie, hat die Psychopharmakologie aus grundsätzlicher Perspektive gut zugänglich in einem Artikel aufgearbeitet. Zum vertiefenden Wissens-Update soll dieser Artikel über Psychopharmakologie eine - für den Leser eher zeitsparende Hilfestellung geben.

*Claas-Hinrich Lammers*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztlicher Direktor Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll, Hamburg ist Koautor des Kapitels: Psychopharmakologisches Praxiswissen für Psychologische Psychotherapeuten.

*Carmen Lange*, Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin, unterrichtet bei uns am Institut über sexuelle Funktionsstörungen. Sexua-

lität ist einerseits fast allgegenwärtig, wird aber – da auch „heikel“ und schambehaftet – gerne im diagnostischen und therapeutischen Prozess ausgeklammert. In ihrem Beitrag bietet Lange Wege aus der therapeutischen Sprachlosigkeit an.

*Angelika Neumann*, Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin, stellt einerseits in einem Kapitel spezifische schematherapeutische Techniken und Überlegungen zur Supervision vor und entwickelt das Konzept der Beck'schen Grundannahmen in Richtung der Young'schen Schemata weiter. Weiterhin hat sie auf Bitten des Herausgebers hin das schwierige Kapitel sexueller Gefühle in der Therapie als Thema für die Supervision aus schematherapeutischer Perspektive bearbeitet.

*Helga Pritzkow*, Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin, liegt durch ihre Doppelqualifikation als Lehrerin und Psychologische Psychotherapeutin besonders das Thema Lernen und Didaktik in der Psychotherapie und in der Supervision am Herzen, das in einem Interview näher beleuchtet wird.

*Kurt Quaschner*, Diplom-Psychologe, Psychotherapeut und Leitender Psychologe der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Uni Marburg, erarbeitet Grundsätzliches zur „Supervision als Kultur der (Selbst-) Infragestellung“ und verdeutlicht so, wie Supervision auch den objektiven Blick von außen erfordert.

*Eckhard Roediger*, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, steuert die von ihm originär entwickelte Perspektive der schematherapeutischen Analyse partnerschaftlicher Interaktionen bei und kann so unseren Blickwinkel auch für die Supervision erweitern.

*Carsten Schmidt*, Diplom-Psychologe und Psychotherapeut, berichtet über seine Erfahrungen und Lösungsmöglichkeiten bei Kriseninterventionen und Notfallhandeln in der Supervision, wobei auch Telefoncoaching mitbehandelt wird.

*Eva Schweigert*, Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin in Ausbildung, stellt fußend auf ihrer Diplomarbeit, den „Stand der Forschung zur Supervision“ dar. Da sich ihre Diplomarbeit mit den unterschiedlichen Perspektiven von Supervisoren und Supervisanden beschäftigte, lag es nahe, von ihr auch ein Kapitel über Supervision aus Sicht von Ausbildungskandidaten zu erbitten. Dankbar bin ich, dass Eva Schweigert trotz Arbeit, Familie und Ausbildung auch dieses Kapitel beigesteuert hat, und somit auch Wissen und Erfah-

rungen „aus der Kandidatenperspektive“ für alle dokumentiert werden.

*Regina Sinderhauf*, Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin, gibt Hinweise zur Unterstützung von Supervisanden in (persönlichen) Krisensituationen. Es ist unsere Erfahrung, dass solche persönlichen Krisensituationen während der Ausbildung durchaus nicht selten sind. Eine persönlich engagierte Unterstützung durch den Supervisor hat schon so manchem Kandidaten ermöglicht, seine Ausbildung trotz erheblicher familiärer oder manchmal auch gesundheitlicher Belastung erfolgreich zu Ende zu führen.

*Dorothe Verbeek*, Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin, formuliert Leitgedanken zur Grundhaltung und psychotherapeutischen Situationen mit Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen.

*Lothar Walther*, Diplom-Psychologe und Facharzt für innere Medizin, ist Koautor des Buchkapitels: Somatische Differentialdiagnosen psychischer Symptome und hat seine Expertise als Arzt, Internist und langjährig erfahrener Praktiker beige-steuert.

*Gerhard Zarbock*, Diplom-Psychologe und Psychotherapeut, führt Gedanken aus dem Phasenfahrplan VT (Gerhard Zarbock, 2010), wie auch aus dem Praxisbuch Verhaltenstherapie (Zarbock, 2011) weiter. Hierbei werden in eigenen Kapiteln die Grundgedanken des AKOS-Konzeptes, Kompetenz- und Aufgabenorientierung in der Supervision und die Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS) vorgestellt. Außerdem werden supervisorische Arbeitsbegriffe, spezielle Supervisionstechniken, Hinweise zur Supervision auf den vier bzw. fünf Ebenen und die Supervision bei Therapiemisserfolgen erläutert und ausgeführt. Weitere Kapitel beschäftigen sich mit Supervision und der psychotherapeutischen Grundhaltung, mit Selbsterfahrung während der Supervision sowie mit Supervision und professionellen Entwicklungsverläufen von Supervisanden. Das letzte Kapitel greift Essentials der biografisch-systemischen VT und ihre didaktische Vermittlung im Rahmen der Supervision auf.

Jedes Kapitel ist in sich abgeschlossen und sollte auch für sich allein lesbar sein. Daher bitte ich die partielle Wiederholung von Konzepten und Ideen zu entschuldigen.

Der Anhang bietet Materialien als konkrete Reflexions- und Gestaltungshilfen für die Supervision.

## Danksagungen

Großer Dank geht an alle Autoren und Interviewpartner, die trotz ihrer großen beruflichen Arbeitsbelastung Zeit gefunden haben, ein Thema vertiefend zu erkunden.

Eingeflossen in meine Beiträge sind auch Lehr- und Lernerfahrungen aus ersten Fortbildungen mit bereits tätigen psychologischen und ärztlichen Supervisoren in dem AKOS-Modell. Für diese Anregungen möchte ich mich bedanken.

Den Kolleginnen Frau Dipl.-Psych. Wiebke Kenkel und Frau Dipl.-Psych. Jenny Hampel möchte ich hier für ihre Mitarbeit und die Mitgestaltung dieser Seminare und ihre Anregungen danken.

Ursula Bartels und Claudia Gätke halfen durch Schreiben meiner Entwürfe, Gedachtes und Gesprochenes in Lesbares zu verwandeln.

Michael Schackow übernahm dankenswerter Weise das Endlektorat des Buches und sorgte so für den letzten Schliff.

Danken möchte ich auch meinem Verleger Wolfgang Pabst, der auf meine Anfrage, ob er denn ein Buch von mir verlegen wolle und könne, sofort mit einem spontanen „na klar doch“ geantwortet hat.

Dank auch an meine Frau Nicole und meine Tochter Tara für die Zeit, in der sie bereitwillig auf mich verzichtet haben, während ich an diesem Buch gearbeitet habe.

Ein Buch wäre natürlich ohne interessierte Leser nichts. Daher geht der Dank auch an Sie als Leser, der Sie dieses Buch lesen, Anregungen aufnehmen, Widerspruch entwickeln, also in der ein oder anderen Form in Dialog mit den hier dargestellten Gedanken, Positionen und Vorgehensweisen treten.

Dafür herzlichen Dank. Denn findet ein solcher Dialog statt, ist der Zweck dieses Buches erreicht.

Über Feedback, Kommentare und Anregungen freue ich mich unter [gzarbock@ivah.de](mailto:gzarbock@ivah.de).

*Gerhard Zarbock*

*Hamburg, im Februar 2016*

## Literatur

Schweiger, U. (2014). Zum Verhältnis von Schematherapie (ST) und Verhaltenstherapie (VT). Ein Interview von Gerhard Zarbock. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 35, 4, 364 – 373).

Zarbock, G. (2010). *Phasenfahrplan VT: Aufgaben und Strukturierungshilfen für Therapeuten und Supervisoren*. Lengerich: Pabst.

Zarbock, G. (2011). *Praxisbuch Verhaltenstherapie* (3. Auflage). Lengerich: Pabst.



# 1 AKOS und KTS – Kompetenzorientierung in der Supervision

*Gerhard Zarbock*

Der vorgestellte Ansatz stellt die Begriffe der therapeutischen Aufgabe und der Kompetenz ins Zentrum. Zur besseren Kennzeichnung des Ansatzes haben wir das Akronym AKOS, Aufgaben- und Kompetenzorientierte Supervision gewählt. Es werden Überlegungen aufgegriffen und fortgeführt, die im Buch Phasenfahrplan VT (Zarbock, 2012) formuliert wurden. Ergänzt wurde in der Didaktik das Konzept der Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS) als ein Ansatz, das Lehren und Lernen von Verhaltenstherapie innovativ zu gestalten. Die KTS wird weiter unten näher dargestellt.

Die Inhalte einer Supervision sind also im AKOS-Modell durch den Phasenablauf der supervidierten Therapie einerseits und den Überlegungen der KTS andererseits vorgegeben. Natürlich kann und sollte man auch von der somit nahe liegenden starken Strukturierung der Supervision abweichen. Strukturierung versucht das Problem der Beliebigkeit, des Strukturmangels, der Unordnung und des Chaos („der nahe Feind“) zu lösen. Bei solchen Lösungsversuchen kann es jedoch schnell zu Fehlentwicklungen kommen. Eine Fehlentwicklung („der ferne Feind“) bei Strukturierung ist die Überstrukturierung und die (lebensfeindliche) Erstarrung. Viele Kapitel des vorliegenden Buches lassen sich einem dialektischen Spannungsverhältnis zuordnen. Manche Kapitel „plädieren“ für Struktur, allgemeingültige Regeln und Vorgehensweisen, eben das „Schema F“. Andere Kapitel „verteidigen“ Individualität, Kreativität und den unvorhersehbaren Einzelfall, der sich nicht allgemeinen Regeln und Regularien fügen kann und auch nicht fügen soll.

Erst die Spannung zwischen gegensätzlichen Polen schafft nach Meinung des Herausgebers (und in Fortführung seiner Prägung durch die DBT-Fortbildung bei Martin Bohus und Kollegen) das Spannungs- und Kraftfeld, indem sich supervisorische wie therapeutische Prozesse zwischen Zielführung und Spontaneität bewegen können.

Nach unserer Auffassung liegt die Wahrheit daher nicht in der Mitte, sondern in der Bewegungsmöglichkeit zwischen gegensätzlichen Polen.

Tabelle 1 zeigt die Pole, welche sich in der Supervisionspraxis als wichtig herausgestellt haben:

*Tabelle 1:  
Mögliche Pole in der  
Supervisionspraxis*

Standardisierung	– Individualisierung
Störungsspezifisches Therapie-Manual	– individuelles Störungsmodell und abgeleitete individuelle Therapieplanung
Allgemeingültigkeit	– Besonderheit
Zielorientierung	– Prozessorientierung
Anwenden von Techniken dem Plan/Manual folgen	– „nur“ zuhören und verstehen
Arbeit am Symptom	– Arbeit am Hintergrund (Biografie, Persönlichkeit, existenziellen Lebens Themen)
Therapeutische Techniken	– Therapeutische Beziehung
Spezifische VT-Techniken (Exposition, Verhaltenstraining, kognitive Umstrukturierung, imaginatives Umschreiben, Emotionsregulation)	– Basiswirkfaktoren (Validieren, Hoffnung, Änderungserwartung, Entlastung, Entkatastrophisierung, soziale Unterstützung)

### Definition Aufgabe

Unter einer therapeutischen Aufgabe verstehen wir in Anlehnung an die bond-task-goal-Trias von Bordin (1979), dass gelingende Psychotherapie auf Basis einer Bindung („bond“) gemeinsame Ziele („goals“) formuliert, zu deren Erreichung dann Aufgaben („tasks“) zu erledigen sind. Im Phasenfahrplan VT (Zarbock, 2012) sind die Therapiephasen (Erstkontakt, Probatorik, Startphase, Zentralphase, Selbstregulation, Beendigung, Follow up) genauer beschrieben. Für jede Therapiephase wurden Aufgaben für Therapeuten und Supervisoren (und auch für Patienten) benannt. Kernidee der Aufgabenorientierung ist, dass jeder Partner (Therapeut, Supervisor und Patient) den jeweils anderen bei der Erfüllung seiner Aufgaben unterstützt. Im Anhang des vorliegenden Buches („Hilfskarten“) sind aus Supervisorenperspektive alle Phasen mit den entsprechenden Aufgaben für den Therapeuten/Supervisor nochmals detailliert aufgelistet. Aufgabe des AKOS-Supervisors ist es daher unter anderem, die jeweils anstehenden therapeutischen Aufgaben zu erkennen, zu benennen und den Supervisanden dann dabei zu unterstützen, diese Aufgaben erfolgreich zu meistern. Möchte man sich bei der Supervi-

sion am AKOS-Ansatz orientieren, wird die zusätzliche Anschaffung des Phasenfahrplans VT (Zarbock, 2012) empfohlen.

## Definition Kompetenz

Zur erfolgreichen Meisterung von therapeutischen Aufgaben (z.B. der Anleitung und Durchführung einer Exposition in vivo bei Agoraphobie, der imaginativen Bearbeitung einer traumatischen Erfahrung, der Aktivitätenplanung bei Depressiven, dem Umgang mit suicidalen Krisen) bedarf es auf Seiten des Therapeuten technischer Kompetenzen. Kompetenz definiert der Duden als „Sachverstand“ oder „Fähigkeit“ oder auch „Zuständigkeit“. In der Pädagogik wird Kompetenzorientierung dadurch definiert, dass man von der Anforderung einer Rolle oder Aufgabe ausgeht und dann fragt, was muss derjenige können, damit er der Anforderung bzw. der Rolle gerecht werden kann.

Weck (2013) macht deutlich, dass der Kompetenzbegriff in der Psychotherapie vielschichtig ist. So unterscheidet er z.B. globale von bereichsspezifischen Kompetenzen, stellt die Situationsabhängigkeit von Kompetenzen heraus und unterstreicht, dass Kompetenzen in verschiedenen therapeutischen Orientierungen unterschiedlich bewertet werden. Es ist daher nur eine sehr globale Definition von Kompetenz möglich: „Psychotherapeutische Kompetenz bezeichnet demnach die Fähigkeit des Therapeuten, eine Behandlung gekonnt umzusetzen, d.h. Interventionen fachgerecht durchzuführen und dabei den Behandlungskontext adäquat zu berücksichtigen“ (S. 10). In Deutschland hat Michael Linden mit seinem Mehrebenenmodell psychotherapeutischer Kompetenz (Linden, Langhoff & Milew, 2007) die Kompetenzdebatte bereichert. Die von Linden et al. definierten Kompetenzebenen Beziehungsgestaltung, Basistechniken, störungsspezifische Techniken, Stundenstrategien, Prozessesstrategien und theoretische Heuristiken beschreiben den Raum, indem sich Kompetenzüberlegungen zur Verhaltenstherapie entfalten können.

## Begründung und Quellen der Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS)

Für die Kompetenzbeurteilung in der Medizin hat schon Miller (1990) die Bereiche Wissen („Knows - Knowledge“), Weiß wie („Knows how - Competence“), Leistungsfähigkeit („Shows how - Performance“) und Tun („Does - Action“) unterschieden und in einer Pyramide grafisch veranschaulicht, wobei das „Wissen“ die Basis der Pyramide bildet. Er weist darauf hin, dass jeder dieser klinischen

Beurteilungsbereiche partiell unabhängig ist. Wegen der Bedeutung der „Praxis“ für den tatsächlichen Behandlungserfolg beim Patienten plädiert er nachdrücklich dafür, in der Mediziner Ausbildung Methoden zu entwickeln und einzusetzen, welche die oberen Bereiche der Pyramide (Leistungsfähigkeit und Tun) anzielen. Solche Überlegungen gelten nun natürlich auch für den Bereich der Psychotherapieausbildung.

Zentral für AKOS ist daher ein Modell, das verschiedene Kompetenzebenen unterscheidet. Aus didaktischen Gründen unterscheiden wir fünf verschiedene Kompetenzebenen, welche die so genannte Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS) bilden. Die KTS bildet quasi das Rückgrat der Aufgaben- und Kompetenzorientierten Supervision und entwickelt den Ansatz von Bennet-Levy (Bennett- Levy, 2006, 2007; Bennett-Levy, Lee, Travers, Pohlman & Hamernik, 2003; Bennett-Levy et al., 2001) weiter, der in seinem DPR-Modell deklarative, prozedurale und reflexive Fertigkeiten („skills“) von Psychotherapeuten definiert und daraus ableitet, dass Fertigkeiten je nach Zugehörigkeit zu einem der Bereiche (deklarativ, prozedural oder reflexiv) unterschiedlich trainiert werden müssen. Verglichen mit der Kompetenzpyramide von Miller (1990) fügen wir in unserem Kompetenzmodell noch nach Bennet-Levy die Ebenen der Reflexion als gesondert zu benennende und zu trainierende Kompetenz hinzu.

Weiterhin sind in das KTS-Modell Überlegungen und Befunde zur Supervision und Expertiseentwicklung in Psychotherapie und Medizin integriert. Insbesondere wurden die aktuelle Übersichten zur Forschung zur professionellen Entwicklung und zum Kompetenzerwerb in der Psychotherapie von Weck (2013) berücksichtigt. Angeregt wurde die Entwicklung der KTS weiterhin durch die Befunde und Konzepte der Expertiseforschung, (Ericsson, 2009), die Ausarbeitungen zur Kompetenzorientierung in der Psychotherapiesupervision (Falender & Shafranske, 2006), und zentral durch das schon oben erwähnte DPR-Modell von Bennet-Levy, (2006, 2007) und die Kompetenzpyramide von Miller (1990). Als weitere „Anreger“ und Einflussquellen sind das Konzept des problembasierten Lernens in der Medizin, und die Ausbildung von medizinischem Personal durch Simulationslabore (St. Pierre & Breuer, 2013) sowie das Konzept der reflektierten Praxis (Schön, 1983, 1987) zu nennen.

Grundidee der **Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS)** ist, dass unter der Trainingsperspektive fünf große didaktische Kompetenzebenen unterschieden werden können. Es handelt sich um:

- I. Faktenwissen (**Wissen-1**)
- II. Anwendungswissen (**Wissen-2**)
- III. Können in Trainingsumgebungen (**Können-1**)
- IV. Können unter Realbedingungen (**Können-2**)
- V. Reflexion und Selbstwissen (**Reflexion**)

Plakativ und leicht merkbar könnte man diese Ebenen auch als **Wissen-1** (Fakten - überwiegend verbal codiert), **Wissen-2** (Anwendungsroutinen- verbal, ggf. auch grafisch codiert), **Können-1** (simulierte Praxis, meist Rollenspiele, daher meist „nur“ durch mittleres Erregungsniveau gekennzeichnet), **Können-2** (die „Realität“, mit ggf. hohem Erregungsniveau und situativer Unvorhersehbarkeit) und **Reflexion** (Erfolgsbeurteilung, Ziel-Mittel-Analyse, verbaler und auch gefühlter („felt sense“) Selbstbezug im Sinne von Selbstreflexion und Selbstwissen) bezeichnen.

Der Begriff „**Training**“ im Namen der Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS) deutet an, dass man Kompetenzen trainieren muss, und der Begriff „**Spirale**“ verdeutlicht, dass man ein und dieselbe Kompetenz immer wieder trainieren muss.

Und zwar nicht als bloße Wiederholung, sondern in dem Sinne, dass man – mit mehr Erfahrungen- die gleiche Kompetenz (z.B. Exposition in vivo auf einem hohen Kirchturm oder das Gespräch über sexuelle Funktionsstörungen) auch idealerweise umfassender versteht, präziser abstimmen und zielführender und flexibler anwenden kann.

Alle 5 Kompetenzebenen sind auch bei erfahrenen Therapeuten permanent bedeutsam und Kompetenzentwicklung bzw. Kompetenztraining kann auf jeder dieser Ebenen getrennt, oder aber auch gekoppelt erfolgen.

## Die Trias Kennen-Verstehen-Können

Die Trias aus kennen-verstehen-können wird beim Training mit dem KTS-Modell quasi als Lern-Mantra öfter wiederholt:

- „**Kennen**“ bedeutet, das Nennen können der Information bzw. des Konzeptes durch den Trainee, sobald entsprechende Abrufinformationen (z.B. Fragen) vorliegen.
- „**Verstehen**“ bedeutet, dass das Konzept kognitiv elaboriert werden kann. Einzelne Konstrukte werden miteinander in Verbindung gebracht (z.B. therapeutische Arbeit am Symptom und Arbeit am Hintergrund). Der Stellenwert des jeweiligen Konstruktes im Gesamtkonzept (z.B. Teufelskreise und Funktionalitäten in der Aufrechterhaltung von Störungen) kann erläutert werden. Das Konstrukt kann gegenüber ähnlichen Konzepten aus anderen Ansätzen abgegrenzt werden (z.B. Beziehungsgestaltung in der Tiefenpsychologie vs. in der VT).
- „**Können**“ bedeutet, dass das Konzept auch in der Praxis umgesetzt werden kann. Beim verbalen Wissen beinhaltet dies die Fähigkeit zu konkretem Problemlösen unter Anwendung der Konzepte als begriffliches Werkzeug. Bei Handlungsvorgaben bedeu-

tet „Können“ die konkrete Umsetzung in der simulierten (Können-1) und/oder realen (Können-2) Wirklichkeit.

## **Die Kompetenzebenen im Einzelnen**

### **I. Verbales Faktenwissen (Was?, Wissen-1)**

Das Faktenwissen kann u.a. so differenziert werden:

Die Konzeptebene der diagnostischen und therapeutischen Konstrukte und ihrer Verhältnisse untereinander. Hier sind z.B. auch klassifikatorische Einteilungen wie z.B. die des DSM-5 oder ICD-10 gemeint. In Bezug auf Konstrukte und ihre Verhältnisse untereinander wären in unserem System der biografisch-systemischen VT gemeint: Die therapeutische Beziehung, die Therapiemotivation, die Umstellungsfähigkeit des Patienten, die Prognose, die aufrechterhaltenden Bedingungen (Konzept der Multi-Bedingtheit der Störung), die übergeordnete Therapiestrategie, die Arbeit am Symptom versus die Arbeit am Hintergrund, etc. Auf dieser Konstruktebene geht es also erst einmal um das Verstehen, Memorieren und auch tatsächlich abrufbar haben von zentralen Wissensbestandteilen, die überwiegend verbal (z.T. aber auch grafisch) repräsentiert sind.

Der Supervisor wird bei erkennbaren Lücken im Faktenwissen auf entsprechende Publikationen hinweisen können. Im Kapitel über Essentials der BSVT und ihre Anwendung in der Supervision (Zarbock, in diesem Buch) sind konkrete Fragen zum Konzept der biografisch-systemischen VT aufgelistet, die der Kandidat beantworten kann, sofern er das Konzept nicht nur vom Hören her kennt, sondern in dem Sinne verstanden hat, so dass er Konstrukte miteinander in Verbindung bringen kann.

Bei generellen Mängeln beim Störungs- oder Änderungswissen wird der Supervisor auf die ICD-10, Lehrbücher der klinischen Psychologie oder Psychiatrie oder z.B. auf den Praxisleitfaden VT (Gall-Peters & Zarbock, 2012) hinweisen, in denen das störungsspezifische Wissen praxisnah aufbereitet ist.

Bestehen Wissenslücken in Bezug auf die Ablaufplanung einer VT, bietet sich auch ein supervisorischer Hinweis auf den Phasenfahrplan VT (Zarbock, 2012) an. Hier sind konkrete Aufgaben für den Therapeuten formuliert, Checklisten ermöglichen das Erkennen und „Abhaken“ von Aufgaben und mögliche Barrieren, Hindernisse und Fallstricke sind für jede Phase explizit benannt und können so besser erkannt werden. Ob diese Form von Wissen nun bereits Anwendungswissen (Wissen-2) ist, oder noch „Faktenwissen“ (= darüber, das eine Therapie in Phasen abläuft) darstellt, darüber kann man sicher streiten. Dies zeigt nochmals die gewisse Willkür der Unterscheidung von Wissen in „Wissen, was“ und „Wissen, wie“.

Man könnte sagen, je mehr konkrete Rand- und Rahmen-Bedingungen beschrieben werden, desto eher handelt es sich um konkretes Anwendungswissen (Wissen-2). Je mehr es um Prinzipielles und quasi allgemein gültig Faktisches geht, desto eher wird man von Faktenwissen (Wissen-1) sprechen.

## II. Anwendungswissen (Wie?, Wissen-2)

Das Anwendungswissen besteht prinzipiell aus Ablaufwissen, aus Wissen um Schritte und Reihenfolgen. Auch beinhaltet es zahlreiche wenn-dann-Regeln. Man könnte auch ein eher standardisiertes (Prototypen) von einem hoch individualisiertem Anwendungswissen unterscheiden. Bei einem hoch individualisierten Anwendungswissen wird immer die Intuition, die „Bauebene“, eine größere Rolle spielen, die sich sicher schwer explizieren lässt. Im Folgenden wird daher nur das eher standardisierte Anwendungswissen beleuchtet.

### Störungsspezifische Manuale

In Form von störungsspezifischen Manualen liegt in der Psychotherapie Anwendungswissen in der Form: „Was mache ich bei einer bestimmten Störung wann wie“ vor. Die Bedingung der guten Anwendbarkeit eines Manuals bei einem individuellen Patienten ist meist, dass eine spezifische Störung oder eine Problematik vorliegt, auf die dann das Manual befriedigend „antworten“ kann.

Störungsspezifische Manuale haben eine klare Ablaufstruktur der Gesamttherapie und detaillierte Pläne für die jeweilige Therapiestunde. In Hinblick auf solche Manuale geht es also nicht nur um ihre bloße Kenntnis, sondern darum, dass man mit ihnen konkret arbeiten kann. Dies ist nur dann gegeben, wenn man die beschriebenen Abläufe bereits so hinreichend memoriert hat, dass man die Phasenstruktur (Stundengliederung, Therapiephasen) und die Zuordnung von Phase, Strategie und Technik auch tatsächlich weitgehend auswendig beherrscht. Dies wird sicher meist erst der Fall sein, wenn man einmal mit dem Manual länger gearbeitet, d.h. eine entsprechende Therapie nach Manual auch durchgeführt hat. In der Regel bestehen Manuale aus Folgendem:

1. einer Störungserklärung (Differentialdiagnostik, Entstehungstheorie, Epidemiologie, Verlaufswissen) für den Therapeuten und
2. daraus abgeleitet einer Psychoedukation zur Störung und zur Therapie für den Patienten sowie
3. einem speziellen Behandlungsplan, gegliedert nach Behandlungssitzungen und zu behandelnden Themen.

4. Materialien für Therapeuten und auch Patienten zu den behandelten Themen und den dabei anzuwendenden therapeutischen Techniken (inklusive Arbeitsblätter und Patientenhausaufgaben).
5. Ggf. noch Test- oder Rückmeldebögen zur Störungs- und Problemausprägung, zum Therapieverlauf und zum Therapieergebnis.

Ein solches Manual ist meist in einer großen randomisierten, kontrollierten Studie mit einer entsprechenden Patientengruppe auch erfolgreich getestet worden.

Bei den zu behandelnden Themen werden dann zum großen Teil bekannte therapeutische Techniken wie kognitive Umstrukturierung, geleitetes Entdecken, Rollenspiel, Entspannungstraining, Varianten der Exposition in vivo und in sensu, Selbstbeobachtung etc. angewandt.

Der Supervisor wird die Anwendung eines Manuales dann empfehlen, wenn es für die Patienten und die Behandlungsziele passt. Da die meisten Manuale für kürzere Therapiedauern konzipiert sind (15-20 Stunden) bieten sich Manuale vor allem für Kurzzeittherapien dann an, wenn beim Patienten diejenige Störung im Vordergrund steht, die im Manual adressiert wird.

Bei Supervisanden, die Schwierigkeiten mit der Strukturierung der Therapie haben, ist ein Vorgehen nach Manual auch sehr hilfreich weil:

- a. Eine klare Vorgabe aller Schritte mit Vorstrukturierung der Therapiesitzungen erfolgt.
- b. Die notwendigen therapeutischen Techniken benannt und dargestellt sind.
- c. Meist fast alles erforderliche Therapiematerial für Diagnostik und Therapiedurchführung auch enthalten ist.

Insofern ist der Supervisand von vielem entlastet und Supervisor und Supervisand können (per Videomitschnitten der Therapie) sehr gut an der Umsetzung der Struktur, der Gestaltung der therapeutischen Beziehung und der kompetenten Anwendung der therapeutischen Techniken arbeiten.

Eine Tabelle, welche Manuale auflistet, die Behandlungsdauern bis maximal 25 Stunden vorsehen, eine klare Vorgabe zur Stundenstrukturierung enthalten und auch ein Großteil der erforderlichen Materialien bereitstellen, befindet sich im Anhang.

### **Manuale auf Technikebene**

Eine therapeutische Technik ist wie folgt definiert: „Eine psychotherapeutische Technik ist eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von Verfah-



ren und Methoden erreicht werden sollen. (Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Definition Verfahren, Methode, Technik. BAnz., Nr. 45, S. 1015, vom 20.03.2008.)

Die verhaltenstherapeutischen Techniken sollen bestimmte Symptom bedingende „Probleme“ oder Variablen bzw. „Mediatoren“ (Variablen, die den Zusammenhang zwischen zwei anderen Variablen vermitteln) verändern. Die Denkfigur dahinter soll an einem Beispiel erläutert werden: Die depressive Stimmung ist die abhängige Variable („die Folge“) der unabhängigen Variable („der Teilursache“) automatisch negatives Denken. Will ich also die depressive Stimmung verändern, kann ich an der unabhängigen Variable ansetzen: Ich verändere das negative, automatische Denken, dann verbessert sich auch die Stimmung. Die Veränderung des negativen automatischen Denkens geschieht dann z.B. mit der kognitiven Umstrukturierung im Sinne der Beckschen 5-Spaltentechnik (Auslöser, negativer Gedanke, negatives Gefühl, Gedanken-Korrektur, neues, angemessenes Gefühl).

Ein weiteres Beispiel bietet die Agoraphobie. Die agoraphobische Angst („Angst keinen Fluchtweg mehr zu haben“) mit heftigen physiologischen Reaktionen, wäre die abhängige Variable, die Vermeidung, die unabhängige Variable (Teilursache der Angst). Die therapeutische Technik wäre nun Exposition in vivo mit Reaktionsverhinderung und Expositions-Reaktions-Management (=Umgang mit Angst, Panik, Erregung). Wenn es mir gelingt, mit der Technik Exposition die unabhängige Variable Vermeidung zu verändern (abzubauen), lässt die abhängige Variable (=die agoraphobische Angst mit physiologischen und kognitiven Komponenten) nach.

Allen verhaltenstherapeutischen Techniken (oder in die VT eingemeindeten Techniken) unterliegen nun solche Zusammenhangsvermutungen zwischen unabhängigen und abhängigen Variablen. Man könnte auch von zahlreichen Mini-Theorien (Zusammenhangsbehauptungen) über Teil-Ursachen eines psychischen Symptoms sprechen. Teil-Ursache wird hier als Begriff gewählt, da nicht impliziert ist, dass die unabhängige Variable die einzige Variable ist, welche die abhängige Variable (die Folge, den „Outcome“, das Symptom) beeinflusst. Klassisch verhaltenstherapeutisch sprechen wir daher auch lieber von einer Bedingung, nicht von einer Ursache, die ja immer eine 1-1 Relation („Wenn a, dann immer b“) impliziert. Der Begriff „Teil-Ursache“ erscheint hier ein guter Kompromiss, da er dem Konzept der „Multikausalität“ (=viele Ursachen führen zu einem Ergebnis) entspricht, aber auch den kausalen, bewirkenden Beitrag betont.

Das prinzipielle Problem ist nun: Die wenigsten Zusammenhangsbehauptungen zwischen psychischen Variablen und Prozessen einer-

seits und psychopathologischer Symptomatik andererseits sind wirklich empirisch eindeutig belegt.

Die großen Studien (RCTs) testen immer Gesamtpakete (aus Psychoedukation, Beziehungsgestaltung, impliziten Verlaufsrückmeldungen, Anwendungen mehrerer Techniken) und eben nicht die Wirkung einzelner Techniken auf spezifische Symptome. Aus einem RCT kann man streng genommen nur schließen, dass das verwandte Manual „funktioniert“. Über die spezifische Wirksamkeit der einzelnen Komponenten ist noch nichts ausgesagt.

Für den Supervisor heißt das, dass einerseits bei der Auswahl von Techniken eine gewisse Freiheit besteht, sofern man die Auswahl gut begründen kann. Begründungen können durch Rückgriff auf plausible Störungstheorien und auch auf RCTs (in denen die Technik erfolgreich angewandt wurde) erfolgen. Im Einzelfall kann die Anwendung einer Technik (z.B. autogenes Training bei einer agoraphobischen Patientin) auch sehr individuell begründet werden, z.B. aus Präferenzen des Patienten und Ablehnungen von Techniken mit stärkerem Evidenzgrad.

Der Supervisor wird aber immer eine explizite Begründung von Techniken erarbeiten wollen („Warum machen wir das“, „Was wollen wir mit der Technik/dem Vorgehen beeinflussen?“, „Wie soll sich das auf die Symptomatik reduzierend bzw. auf die Zielerreichung (z.B. „mehr Selbstwertgefühl haben“) positiv auswirken?“).

Da der ganze Begründungszusammenhang aber zwangsläufig immer unsicher ist, wird der Supervisor eine Verlaufskontrolle einfordern. Unsere Begründung des Vorgehens/der Technik ist eine Zusammenhangsvermutung (Hypothese) a priori. Wir müssen dann, nach der Anwendung der Technik, post hoc, überprüfen, ob wir tatsächlich erfolgreich waren. Ob es funktioniert hat – oder eben auch nicht – oder eben nur teilweise. Hier kommen wir dann von den hohen Hallen der akademischen Theorie in die Niederungen der praktischen Bewerksstellung von Veränderungen. In aller Regel müssen wir nachbessern oder nachsteuern. Mit den bekannten PDCA-Zyklen (plan, do, check, act) koppeln wir uns am Ergebnis zurück und steuern mit weiteren Techniken auf das Ziel zu. Hier hilft die Seglermetapher: Wir haben uns ein Ziel (Symptomreduktion) gewählt, und müssen gegen den Wind (der Symptomatik) kreuzen. Nach jedem Manöver überprüfen wir unsere Position in Verhältnis zum gewählten Ziel. Sind wir näher dran? Darauf aufbauend wird dann das nächste Manöver eingeleitet. Bei diesem Prozess begleitet der Supervisor seinen Supervisanden. Oft ist dabei mehr als eine Technik von Nöten. Immer aber ist informelle (Eindrucksbildung des Therapeuten und Patienten: „Geht es schon besser?“) und formale (psychometrisches Testergebnis, Zielerreichungsskalierung) Rückmeldung zur Verlaufskontrolle erforderlich.

Beispiele für Sammlungen therapeutischer Techniken für die VT sind das Verhaltenstherapiemanual von Linden & Hautzinger (2011), die Verhaltenstherapeutischen Standardmethoden von Fliegel, Groeger, Künzel, Schulte und Sorgatz (1994) und Teile des Praxisbuches VT von Zarbock (2011).

Vor konkreter Anwendung von Techniken am Patienten kann der Supervisor kurz im Sinne eines Repertoiretests überprüfen:

- a. Versteht der Supervisand die Grundidee/das Konzept hinter der Technik (z.B. bei Exposition: sich so lange mit dem Angstreiz konfrontieren, bis die Erregung durch Gewöhnung/Erschöpfung etc. abklingt, oder bei imaginativem Überschreiben: durch veränderten Ausgang einer traumatischen Situation soll nicht die Realerinnerung, aber die Bewertung des Traumas (z.B. hinsichtlich von Selbstwirksamkeit, zukünftigen Erwartungshaltungen, Ursachenattributionen) verändert werden?
- b. Kann der Supervisand eine klare Schrittfolge bei der Anwendung der Technik (Ablaufschema) angeben?
- c. Kennt er die Do's und Dont's der Technik?
- d. Kann er Erfolgs- und Misserfolgsindikatoren bei Technikanwendung benennen?
- e. Kann er die Indikationen und Contra-Indikationen benennen?
- f. Gelingen 2-5 kleine Rollenspiele mit dem Supervisanden in der Therapeutenrolle zufriedenstellend (Praxischeck)?

Technik-Manuale oder Technik-Anleitungen stellen also eine spezifische Technik in den Mittelpunkt und geben Anleitungen für die konkrete Durchführung von Techniken. Die Technikmanuale sind nicht störungsspezifisch, sondern problembasiert. Sie enthalten meist eine kurze Begründung oder Mini-Theorie, die darlegt, warum das spezifische Ziel (z.B. Veränderung negativer Gedanken, Konfrontation mit dem Angststimulus) erreicht werden soll. Dann wird die Technik erläutert, es folgen Anwendungsbeispiele und ggf. auch konkrete Ablaufanleitungen im Sinne eines schrittweisen Vorgehens, ggf. auch mit wenn-dann Spezifizierungen. Oft gibt es auch Merkblätter, Checklisten oder konkrete Arbeitsblätter für den Patienten (z.B. Umstrukturierungsprotokolle für automatische Gedanken).

### Anwendungswissen auf Skriptebene

Die Skriptebene ist eine Mikroebene der Verhaltensregulation und lässt sich umgangssprachlich durch „*Er/Sie sagt – ich sage*“ kennzeichnen. Die Skriptebene impliziert, dass man quasi auf Zuruf verbale Antwortroutinen auf spezifische Herausforderungssituationen (z.B. Ankündigung von vorzeitigem Therapieabbruch, Ankündigung von Suizidalität, Kritik am therapeutischen Vorgehen, verbale

Angriffe auf den Therapeuten, aber auch Erklärung einer Exposition, Reaktion auf Wunsch nach vorzeitiger Beendigung der Expo, Umgang mit wahnhaften Mitteilungen, alle Validierungsstrategien) produzieren kann. In der Regel ist die Skriptebene nicht oder nicht hinreichend in den Manualen dargestellt. Ein situativ zutreffendes Handlungsskript muss vom Befragten immer ad hoc unter Rückgriff auf wenn-dann-Regeln, Handlungsziele und Ablaufüberlegungen generiert werden. Insofern können und sollen Skripte auch individuell „angefertigt“ werden und sind so der Einstieg ins Können-1, in das Rollenspiel.

Der Supervisor wird daher im Rahmen von Rollenspielen in der Supervision Skripte erarbeiten und auch einüben. Dies kann mit wechselnden Rollen passieren. Der Therapeut kann in die Patientenrolle gehen und soll so auch den Supervisor so „testen“ dürfen.

Im Sinne des Überlernens kann man Schwierigkeiten von Skripten variieren.

Man fängt leicht an (Patient ist kooperativ bzw. lenkt schnell ein) und kann dann die Schwierigkeit steigern (Patient „legt nach, ist unversöhnlich, uneinsichtig“), ggf. bis zu einem fast unrealistischen Grad. Ggf. muss dann das Skript aber adaptiert werden, so könnte z.B. eine empathische Konfrontation abgelöst werden durch eine strikte Grenzsetzung, wenn z.B. der Patient beginnt, den Therapeuten mit Schimpfwörtern zu belegen, zu bedrohen, oder Sachen des Therapeuten zu beschädigen.

Es bietet sich an, solche Skripte zuerst dialogisch, mit Feedback und Rollenwechseln (der Supervisor übernimmt zuerst die schwierige Rolle des Therapeuten) zu erarbeiten, und sie dann auch in einem letzten Durchgang auf Tonträger aufzunehmen. Die meisten Smartphones haben heute dafür eine hinreichend gute Tonaufnahmemöglichkeit.

Der Supervisor hat so die Möglichkeit, im Sinne der übenden Wiederholung, sich den Skriptdialog mehrfach anzuhören. Ein solcher Skriptdialog ist dann aber in der Regel schon in der Terminologie der Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS) dem Können-1, dem Rollenspiel, zuzuordnen.

### **Anwendungswissen Stellung des Therapieantrages**

Die Stellung eines Therapieantrages im Rahmen der GKV löst beim Kandidaten oft zusätzlichen und spezifischen Supervisionsbedarf aus.

Für die Antragserstellung in Psychotherapie („Bericht an den Gutachter“) liegt im Anhang eine ebenso anleitende, wie überprüfende Liste, mit detaillierten Fragen zu jedem Punkt des erforderlichen Antrages im Rahmen der GKV vor.

### III. Können im Rollenspiel und in Trainingsumgebungen (Können-1)

Die nächste Ebene der KTS ist die Ebene der simulierten Praxis. Hier geht es darum, dass der Trainee bestimmte Abläufe im Sinne von Fertigkeiten automatisiert. Hier spielt die individuelle Persönlichkeit und das Verhaltensrepertoire eines jeweils speziellen Therapeuten eine große Rolle. Es geht nicht mehr nur darum, was man „theoretisch“ tun könnte, sondern was genau ich als Person mit meinen Stärken und Schwächen/Begrenzungen wie tun kann. Instrumente auf dieser Ebene sind Rollenspiele, Mikroteaching, Videofeedback, Selbst- und Peerevaluation.

Auf dieser Ebene geht es also explizit um die Verkörperung („Embodiment“) von Handlungsroutrinen und den individuellen Lernprozess, wie ich als spezifische Person mit bestimmten Techniken und Herausforderungssituationen ganz konkret umgehen kann. Durch verschiedene Rückmeldungen der Evaluationsangebote wird hier ein spiralförmiger Lernprozess der Fertigkeiten-Verbesserung angeboten.

Ein so systematisch gestalteter Lernprozess wird in der Regel – schon aus Zeitgründen in den Trainings-Seminaren des Curriculums und nicht primär in der Supervision erfolgen. Die dargestellte Anwendung von Rollenspielen ist natürlich von der Didaktik her Bestandteil von „Können-1“, der Praxis unter kontrollierten Laborbedingungen.

Da in der Supervision oft auch Zeitdruck herrscht, da ggf. mehrere Fälle vorgestellt und besprochen werden müssen, dürfte sich als zusätzliches Ausbildungselement etwas wie **Theorie am Fall (TAF)** oder eben **interaktionelle Fallarbeit (IFA)** anbieten. Solche Ausbildungsbestandteile könnten dann „Theorie“ fallnah unterrichten und auch an den individuellen Therapeutenerfahrungen anknüpfen.

Idealerweise hätte der Supervisor einer oder mehrerer Gruppen die Möglichkeit, seinen Supervisanden in einer Groß-Gruppe mit maximal 12 Teilnehmern vertiefende Lerneinheiten „ausgehend von der Fallarbeit“ („Training/Theorie am Fall“-TAF) anzubieten. In der Fortführung der in der Supervision begonnenen Rollenspiele, entweder zu spezifischen Therapiesituationen oder zu therapeutischen Techniken, könnten dann direkt an den Erlebnissen der Supervisanden, Trainingseinheiten angeboten werden. Indem verschiedene Teilnehmer der Gruppe das Gleiche im Rollenspiel vormachen, wird die Varianz der Technik entlang persönlicher Stile, Ressourcen und Besonderheiten deutlich. In einer solchen Rolle lernen Supervisanden vom Zuschauen, Mitmachen, Selbermachen, vom direkten wie indirekten Feedback, wie auch von der vom Supervisor angeleiteten Reflexion.

Interaktionelle Fallarbeit (IFA) ergänzt die „Theorie am Fall“, indem sie von den interaktionellen Problemstellungen, Abläufen und Erfahrungen ausgeht, die der Therapeut mit seinem Patienten macht. Die verbalen wie non-verbale kommunikativen Angebote und die gesamte „Ausdruckshaltigkeit“ der psychotherapeutischen Situation mit ihren Anmutungs- und Eindrucksqualitäten kann, darf und soll auch Gegenstand der IFA sein. Im Rahmen der IFA geht es um subjektive und individuelle Abläufe und Prozesse zwischen Therapeut und Patient. Zum erhellenden Verständnis solcher subjektiven Abläufe wird der Anleiter der IFA auf u.a. Konzepte der Beziehungsanalyse, der Schemaaktivierung, der Bewältigungsreaktionen und ihrer Verflechtung (Kapitel von Neumann, Roediger und Zarbock in diesem Buch, Zarbock 2014, S. 135 ff) zurückgreifen können.

#### **IV. Können unter Realbedingungen (Können-2)**

Hier geht es um den realen Patientenkontakt. Und im Unterschied zu der durch Rollenspielinstruktionen und zahlreiche „Regiemöglichkeiten“ gut kontrollierbaren Lernumgebung der simulierten Praxis, sind hier sehr viel höhere Freiheitsgrade zu berücksichtigen. Im realen Patientenkontakt können immer wieder unvorhersehbare und zum Teil auch schlecht kontrollierbare Ereignisse und Entwicklungen auftreten, mit denen der Therapeut dann aber professionell umgehen muss. Hauptinstrument in der Echtzeit-Praxis ist die Video- oder Livesupervision, ein „Learning by supervised doing“. Durch die verschiedenen Techniken der Supervision (inklusive der Selbstsupervision) lernt der Kandidat seine diagnostischen und therapeutischen Fertigkeiten zu verbessern, und auf ein immer größeres Spektrum von Situationen, Patienten, und Problemstellungen anzuwenden. Es geht um Zielstabilität unter Stress und um PDCA-(plan, do, check, act) Zielführungen.

Die Supervision der vorgestellten Behandlungen bedarf unverzichtbar der Videosupervision. Videoaufnahmen sollten von Anfang an in jeder Therapie obligatorisch sein, schon damit sich Patient wie Therapeut daran gewöhnen.

Das Video sollte nur dann abgeschaltet werden, wenn der Patient es bei bestimmten Themen wünscht oder andere gute Gründe für ein Aussetzen der Videografie vorlegen. Wenn der Patient generelle Vorbehalte gegen Video hat, könnte man z.B. auch auf Tonaufnahmen ausweichen, oder zumindest die Videografie von 3 exemplarischen Sitzungen in der Therapie vorschlagen. Die Videoaufnahmen müssen in jedem Fall datensicher gespeichert, gelagert und auch nach der Supervision kontrolliert und sicher wieder gelöscht werden. Fast immer muss hierfür ein technisch abgesichertes Vorgehen explizit an der Ausbildungsstätte etabliert werden.

Im Rahmen einer so gestalteten Supervision bedarf es eines spezifisch geschulten Supervisors und einer spezifischen Didaktik in der Supervision, die im AKOS-Konzept (Aufgaben- und kompetenzorientierte Supervision) bereits weitgehend ausgearbeitet wurde und in diesem Buch vorgelegt wird.

## V. Reflexion

Bennet-Levy (2006) hält Reflexion für den ggf. wichtigsten Mechanismus durch den Menschen aus ihrer Lebenserfahrung lernen und Lebens- oder „klinische“ Weisheit entwickeln. Selbstreflexion kann wie folgt definiert werden:

- *Definition 1:* Reflexion ist (Selbst-)Beobachtung, Interpretation, und Bewertung der eigenen Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und ihrer „Resultate“.
- *Definition 2:* Reflexion ist (Wieder-)Erkundung und (Neu-)Interpretation eigener privater und professioneller Lebenserfahrungen und kann, ggf. lange post hoc zu neuer Erkenntnis, neuen Regel-Extraktionen und Neu-Bewertungen, somit zu korrektivem Neu- und Umlernen, führen.

In Bezug auf die reflektierte professionelle Tätigkeit lassen sich nach Schön (1983, 1987) zwei Typen unterscheiden: reflection in action („online“) und reflection on action („offline“). Reflexion spielt vermutlich „die“ Schlüsselrolle in der („späteren“) therapeutischen Entwicklung. Auch die professionelle Improvisationsfähigkeit hängt wesentlich von der Reflexionsfähigkeit ab. Improvisationsfähigkeit ist eine Kombination aus automatisiertem prozeduralem Können und einer verfeinerten Reflexionsfähigkeit. Benett-Levy (a.a.O., S.61) zieht daher folgende Schlußfolgerung: „The logical conclusion (is) that the capacity to reflect is arguably the central skill that trainers should be developing in trainees“.

Der Psychotherapeut ist also in Bezug auf seine professionelle Entwicklung ein Reflektierender. Er versucht im Sinne Schöns (1983) aus seiner eigenen Erfahrung zu lernen und sein professionelles Handeln zu verbessern. Gleichzeitig wird er auch über die eigene Person und die Lernschwierigkeit, Lernerfolge wie Lernwiderstände reflektieren. Der Selbstbezug besteht also auch in einem Meta-Lernen („Wie geht es mir mit dem Lernprozess? Wie bewerte ich das Gelernte, wie mich selbst?“).

Aber auch in Bezug auf sein „privates Selbst“ reflektiert der Psychotherapeut. Psychotherapeuten entwickeln sich, und in der Psychotherapie ist die persönliche von der professionellen Entwicklung oft nicht zu trennen. Die Konfrontation mit schwierigen Lebensschicksalen, und auch komplizierten, und oft auch herausfordernden

interpersonellen Situationen, trifft den Psychotherapeuten nicht nur als **professionelle**, sondern oft auch als Privatperson. Der Psychotherapeut ist zwar angehalten, auf solche Herausforderungen professionell zu reagieren, dies ist aber nicht immer möglich. Oft gelingt es dem Psychotherapeuten zwar noch, in der therapeutischen Situation professionell zu reagieren, aber die Erlebnisse „hängen dann nach“ und kommen nach Ende der therapeutischen Stunde als unverarbeitete Belastungen „wieder hoch“. Nicht selten lassen sich auch schwierige Interaktionssituationen innerhalb der Psychotherapie dahingehend aufschlüsseln, dass private Problematiken des Therapeuten als Privatperson in Form von Voreinstellungen, Empfindsamkeiten, Schemata etc. hier hinderlich und maladaptiv auftauchen.

In Hinsicht auf den Selbstbezug therapeutischer Tätigkeit hat nun die Supervision mannigfaltige Aufgaben.

Durch Fragen und geleitetes Entdecken kann der Supervisor den Supervisanden anregen, Patientenschicksale, Techniken, Modelle und Praxiserfahrungen zu verknüpfen. Erst durch konkretes Anwenden der therapeutischen Techniken, erwirbt der Supervisand ein wirklich praxistaugliches Können, und kann dieses auch durch implizite und explizite Auswertung seiner Erfahrungen individuell weiterentwickeln.

Solche Erfahrungsauswertung kann wiederum verschiedene Frage- und Suchrichtungen haben. In Bezug auf das professionelle Selbst u.a.:

1. Wo und wie funktioniert „bei mir“ eine spezifische Technik?
2. Für welche Techniken und Vorgehensweisen habe ich Talent (Ressourcen), was fällt mir eher schwer? Was liegt mir mehr, was weniger?
3. Mit welchen Charakter- und Temperamentstypen von Patienten komme ich wie klar?
4. Welche Themen oder Probleme liegen mir, welche nicht?
5. Was sind in der Beziehungsgestaltung, in der Stundenstruktur, im Prozessverlauf einer Therapie meine Stärken, was meine Schwächen? Was kann ich gut – was nicht so gut?
6. Was kann man allgemein über Psychopathologie, Diagnostik und Psychotherapie aus einer bestimmten Patientenbehandlung lernen?
7. Worauf sollte ich persönlich achten (Vermeidungsziele)? Worauf kann ich mich bei mir verlassen?

In Bezug auf das personale Selbst kann der Supervisor folgende Reflexionsfragen anregen:

1. Welche persönlichen Lebensthemen bringe ich generell in meine Berufstätigkeit und auch in die Supervision ein?



(Z.B. Versagensängste, Selbstwertprobleme, Vermeidungstendenzen, Perfektionismus)

2. Welche Patiententhemen sind meinen (partiell) ähnlich – welche sind ganz unähnlich?
3. Auf welche personalen oder interaktionellen Themen oder Problem-Konstellationen reagiere ich ganz spezifisch mit Schutzhaltungen (maladaptivem Coping)? Was sind meine wichtigsten Schemata und wann werden sie durch was bzw. wen ausgelöst?

## Zusammenfassung

Die Orientierung an Aufgaben und Kompetenzen und die Kompetenz-Trainings-Spirale als didaktisches Orientierungs- und Hilfsmittel können auch den Supervisionsprozess bereichern. Der Gefahr von Überstrukturierung und Techniklastigkeit kann durch gutes Vorbild des Supervisors und eine „lebendige“ Übungsbereitschaft begegnet werden. Wie beim Beherrschen eines Musikinstrumentes erschweren lange Übungsstunden und viele Wiederholungen nicht etwa eine seelenvolle und emotionale Musikdarbietung, sondern bilden geradezu ihre Voraussetzung, indem sie ein scheinbar müheloses Können „on stage“ ermöglichen.

## Literatur

- Bennett- Levy, J. (2006). Therapist Skills: A Cognitive Model of their Acquisition and Refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34 (1), 57-78.
- Bennett-Levy, J. (2007). The Ups and Downs of Cognitive Therapy Training: What Happens to Trainees' Perception of their Competence During a Cognitive Therapy Training Course? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35 (1), 61-75.
- Bennett-Levy, J., Lee, N., Travers, K., Pohlman, S., & Hamernik, E. (2003). Cognitive Therapy from the Inside: Enhancing Therapist Skills through Practising what we Preach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31 (2), 143-158.
- Bennett- Levy, J., Turner, F., Beaty, T., Smith, M., Paterson, B. & Farmer, S. (2001). The value of self-practice of cognitive therapy techniques and self-reflection in the training of cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29 (2), 203-220.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252-260.
- Ericsson, K. (2009). *Development of Professional Expertise*. New York: Cambridge University Press.
- Falender, C.A. & Shafranske, E.P. (Ed.). (2006). *Clinical Supervision*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Fliegel, S., Groeger, W.M., Künzel, R., Schulte, D. & Sorgatz, H. (1994). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Gall-Peters, A. & Zarbock, G. (2012). *Praxisleitfaden Verhaltenstherapie: Störungsspezifische Strategien, Therapieindividualisierung, Patienteninformationen*. Lengerich: Pabst.
- Haug, H.-J. & Stieglitz, R.-D. (Hrsg.). (1997). *Das AMDP-System in der klinischen Anwendung und Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2011). *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Linden, M., Langhoff, C. & Milew, D. (2007). Das Mehrebenen-Modell psychotherapeutischer Kompetenz. *Verhaltenstherapie*, 17 (1), 52-59.
- Miller, G.E. (1990). The Assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine*, 65 (9), 63-67.
- Schön, D.A. (1983). *The Reflective Practitioner*. USA: Basis Books.
- Schön, D.A. (1987). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass.
- St. Pierre, M. & Breuer, G. (2013). *Simulation in der Medizin*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Weck, F. (2013). *Psychotherapeutische Kompetenzen*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Zarbock, G. (2011). *Praxisbuch Verhaltenstherapie* (3. Auflage). Lengerich: Pabst.
- Zarbock, G. (2012). *Phasenfahrrplan VT: Aufgaben und Strukturierungshilfen für Therapeuten und Supervisoren* (2. Auflage). Lengerich: Pabst.
- Zarbock, G. (2014). *Einladung zur Schematherapie*. Weinheim: Beltz.

## 2 Supervision – Stand der Forschung

*Eva Schweigert*

### Begriffsklärung

Supervision kommt in zahlreichen Arbeitsfeldern zur Anwendung, im klinisch-psychologischen Bereich genauso wie in psychosozialen und pädagogischen Tätigkeitsfeldern. Auch im Wirtschaftsbereich existieren Supervisionsansätze (Schmelzer, 1997). Dementsprechend findet sich in der Literatur eine Vielzahl an Definitionen zur Supervision, mit je nach Kontextbezug unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen (Pallasch, 1997; Schmelzer, 1997; Strauß, Wheeler & Nodop, 2010). Der Ausdruck Supervision stammt von dem lateinischen Wort „supervidiere“ (Pallasch, 1997) und bedeutet übersetzt „von oben betrachten“ (Holloway, 1998).

Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit dem Forschungsstand zur Supervision im Rahmen von Psychotherapie. Daher soll hier eine Definition herangezogen werden, die diesem speziellen Kontextbezug Rechnung trägt. Nach Ellis, Ladany, Krengel und Schult (1996) kann Supervision verstanden werden als „an intensive interpersonally focused relationship in which one or more persons are designated to facilitate the development of therapeutic competence in the other person or persons“ (S. 37). Anzumerken ist hierzu, dass sich die Supervision von Psychotherapie meistens mit der konkreten Arbeit des Supervisanden mit einem speziellen Patienten beschäftigt. Es handelt sich also in der Regel um „Fallsupervision“ (Auckenthaler, 1999), anhand derer, die therapeutischen Kompetenzen gefördert werden sollen.

Zur weiteren Begriffsklärung ist zudem ein Blick auf die Funktionen der Supervision nach Kadushin (1979) erhellend, die in der Literatur vielfach referiert werden (vgl. Auckenthaler, 1999; Schibli-Meier & Supersaxo, 2009; Schmelzer, 1997). Nach der Systematik Kadushins hat Supervision edukative, administrative und unterstützende Funktionen. Im Zuge der edukativen Funktion werden in der Supervision therapiespezifisches Wissen und Handlungskompetenzen vermittelt. Auch konstruktives Feedback und Anleitung zur Selbstreflexion dienen der Erweiterung der therapeutischen Kompetenzen des Supervisanden. Die administrative Funktion umschreibt die qualitätssichernde Aufgabe, die der Supervision sowohl berufsbegleitend

als auch in der Ausbildung zugeschrieben wird. Sie bietet Psychotherapeuten eine Möglichkeit zur Selbstkontrolle, eine adäquate Behandlung durchzuführen und dient dem Schutz der Patienten. Die unterstützende Komponente der Supervision kommt insbesondere bei schwierigen Therapiesituationen zum Tragen und dient der emotionalen Entlastung, Psychohygiene und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit von Psychotherapeuten (Schmelzer, 1997; Zimmer, 2009).

## Rechtliche Lage in Deutschland

Durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) von 1998 ist Supervision als ein grundlegender Baustein der Psychotherapieausbildung gesetzlich verankert. Die 600 Stunden psychotherapeutischer Behandlung während der praktischen Ausbildung sind hiernach, engmaschig durch insgesamt 150 Stunden Supervision bei mindestens drei verschiedenen Supervisoren zu begleiten. Dem Beitrag der Supervision kommt damit eine zentrale Vermittlerrolle zu (Willutzki, 2005). Durch sie soll die Integration der theoretischen Kenntnisse in praktische Handlungskompetenzen direkt an der konkreten Fallarbeit gelingen, und die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenzen gefördert werden (ebd). Zudem wird durch die engmaschige Supervision gewährleistet, dass die Ausbildungsteilnehmer die Behandlung der Patienten entsprechend den Standards des Vertiefungsverfahrens umsetzen und bei Schwierigkeiten entsprechende Anleitung bekommen (Zimmer, 2009) sowie dass Kompetenzdefizite oder Nichteignung erkannt werden (Nodop, Thiel & Strauß, 2010). Die Supervisionspraxis leistet demnach einen erheblichen Beitrag sowohl zum Erfolg der Ausbildung also auch zur Qualität der Therapien (Borg-Laufs, 2005; Nodop et al., 2010).

Trotz der unbestrittenen Relevanz der Supervision werden hierzu kaum wissenschaftliche Untersuchungen dazu vorgenommen (Strauß et al., 2010). Im englischen Sprachraum ist die Befundlage etwas umfangreicher. Im Zusammenhang mit Psychotherapie- und Ausbildungsforschung rückt das Thema immer mehr in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. So widmet das „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ in seiner aktuellen Ausgabe (6. Auflage, 2013) dem Thema Training und Supervision von Psychotherapie das erste Mal seit 1986 wieder ein ganzes Kapitel (Hill & Knox, 2013).

## Erfolg von Supervision

Im Mittelpunkt vieler Forschungsbemühungen zur Supervision stehen die Fragen nach ihrer Effektivität, was diese ausmacht, wodurch

sie gefördert oder eingeschränkt wird. Auckenthaler (1999) nennt vier Kriterien, die für den Erfolg von Supervision herangezogen werden können: Zufriedenheit der Supervisanden, Verhalten von Supervisanden in der Supervision, Verbesserungen der therapeutischen Kompetenzen der Supervisanden und positive Effekte auf den Therapieverlauf (vgl. S. 147).

## Einfluss auf Therapieprozess und Therapieergebnis

Hinsichtlich der weithin angenommenen positiven Effekte auf den Therapieprozess sind derzeit immer noch kaum hinreichenden Evidenzen verfügbar (Rieck, Callahan & Watkins, 2015; Watkins, 2011; Wheeler & Richards, 2007). 1996 untersuchten Ellis et al. (1996) in einem Review Studien zur Supervision aus den Jahren 1981 bis 1993 hinsichtlich ihrer methodischen Qualität. Sie konstatierten, dass die Studienlage statistisch stark fehlerbehaftet und die Ergebnisse nur von eingeschränkter externer Validität seien. Der vielfach erhobenen Forderung, den Einfluss der Supervision auf den therapeutischen Prozess und die Veränderungen des Patienten systematisch zu untersuchen (Ellis & Ladany, 1997; Watkins, 2011; Wheeler & Richards, 2007), stehen erhebliche methodische Schwierigkeiten entgegen. Wampold und Holloway (1997) weisen darauf hin, dass der Nachweis positiver Effekte der Supervision für die Therapie und damit der Nachweis einer qualitätssichernden Funktion der Supervision schwierig zu erbringen sei, da Supervision nur indirekt durch die Förderung der therapeutischen Kompetenzen des Supervisanden wirke. Zudem wirkten noch vielfältige andere Faktoren auf Therapeuten und Patienten ein, welche Alternativerklärungen zu möglichen Veränderungen bieten könnten. Somit sei der Nachweis eines kausalen Effektes der Supervision auf die Veränderungen beim Patienten noch schwerer zu erbringen, als dies bei direkten Interventionsstudien der Fall sei. Es ist davon auszugehen, dass auch generelle ethische und juristische Bedenken entgegen der Umsetzung eines Studiendesign, wie es in der evidenzbasierten Medizin üblicherweise gefordert wird (zur Begriffsklärung der „evidenzbasierten Medizin“ vgl. Kriston & Berner, 2009), bestehen. Insbesondere die gesetzlichen Bestimmungen hierzulande, hinsichtlich der obligatorischen Supervision (s.o.) bei Ausbildungstherapien, verhindern die Realisierung eines Gruppenvergleichs zwischen supervidierte Therapie vs. nicht supervidierte Therapie, in einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT). Auch auf internationaler Ebene der Supervisionsforschung sind der Autorin zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung nur zwei randomisierte kontrollierte Studien bekannt (vgl. Rieck et al., 2015)

Die erste Studie wurde von einer Forschergruppe in Australien durchgeführt. Bambling, King, Raue, Schweitzer und Lambert (2006) untersuchten den Einfluss der Supervision auf die therapeutische Beziehung und die Symptomreduktion bei depressiven Patienten. 127 Patienten wurden per Zufallsprinzip Therapeuten zugeteilt, die entweder Supervision erhielten oder ohne Supervision arbeiteten. Die Supervision der Therapeuten erfolgte nach einem manualisierten Vorgehen. In der Supervisionsbedingung konnte ein signifikanter Effekt hinsichtlich der therapeutischen Beziehung, der Symptomreduktion und der Behandlungszufriedenheit nachgewiesen werden.

Eine andere ebenfalls aus Australien stammende Studie verglich die Behandlungszufriedenheit von Psychatriepatienten behandelt durch supervidiertes Krankenpflegepersonal versus welchen ohne Supervision. Hierbei konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden (zitiert nach Rieck et al., 2015).

In einem neueren Review analysierten Reiser und Milne (2014) nach expliziten, wissenschaftlich begründeten Einschlusskriterien (z.B. den Einsatz eines Fragebogens zur Erfassung patientenseitiger Outcome Variablen) 12 ausgesuchte Studien, welche patientenseitige Veränderungen im Zusammenhang mit Supervision der Behandler untersuchten. Um die Qualität der eingeschlossenen Studien zu beurteilen, entwickelten die Autoren, in Anlehnung an die von Borrelli 2005 entwickelten Qualitätskriterien für psychotherapeutische Interventionsstudien, ein Bezugssystem, welches fünf objektivierbare Kriterienbereiche (1. Quantitative Informationen zur Supervisionspraxis, 2. Ausbildung der Supervisoren, 3. Spezifika zu Supervisionsdesign und -adhärenz, 4. Effekte bezogen auf die Supervisanden, 5. Effekte bezogen auf die Patienten/Klienten) abbildet. Die Qualität der Studien wurde danach beurteilt, wie viele Kriterienbereiche in den dargestellten Untersuchungsdesigns Beachtung fanden. Dieses Vorgehen ist geeignet, um zu einem bestimmten Bereich (hier die Supervisionsforschung) den aktuellen Wissensstand hinsichtlich nachvollziehbarer Evidenzen abzubilden, Stärken und Schwächen der existierenden Literatur zu beleuchten und Qualitätsstandards für aussagekräftige Studien zu formulieren. Der Leserschaft wird es dadurch möglich nachzuvollziehen, welche Interventionen (inkl. Dauer, Frequenz, Inhalte, Theoriekonzept) konkret zur Anwendung kamen und welche Ergebnisse tatsächlich beobachtet (gemessen) wurden. Solche Informationen sind relevant, um die Fragen zu beantworten, ob Supervision überhaupt Auswirkungen auf den Therapieprozess hat und wenn ja, wie bzw. was wirkt? Um diese Fragen eindeutig zu klären, sind - vergleichbar mit Methoden in der Psychotherapieforschung - gut ausformulierte, möglichst manualisierte Supervisionskonzepte mit Bezug auf abgesicherte psychologische bzw. psychosoziale Theorien notwendig. Unter den von Reiser und Milne (2014)

analysierten Studien waren nur drei (25%) Veröffentlichungen, welche zu allen fünf Kriterienbereichen Auskünfte lieferten, und von den Autoren somit als qualitativ hochwertig gewürdigt wurden. Die Autoren kommentieren das Ergebnis mit ihrem Bedauern über den seit Jahrzehnten in der Literatur bestehenden und vielfach beklagten Mangel, hinsichtlich unzureichender Spezifikationen der Supervisionsbedingungen sowie der Ergebnisse auf Seiten der Supervisanden und Patienten. Es ist davon auszugehen, dass der Mangel an systematischer Beschreibung der Supervision in der wissenschaftlichen Literatur auch einen gewissen Mangel hinsichtlich der Durchführung systematisch konzeptionierter Supervision in der Praxis<sup>1</sup> widerspiegelt. Hinsichtlich der in den Studien untersuchten Effekte der Supervision auf das Outcome der Patienten berichten die Autoren, dass ein Teil der Untersuchungen keine messbaren Effekte feststellen konnte (u.a. die oben referierte Studie über das supervidierte Krankenpflegepersonal aus Australien). Eine andere Teilgruppe der Untersuchungen berichtete zwar positive Effekte, diese seien jedoch aufgrund methodischer Unzulänglichkeiten in den Studien nur begrenzt interpretierbar. Während eine andere Teilgruppe der Untersuchungen wissenschaftlich valide Ergebnisse liefere, die zeigten, dass sich die Supervision von Therapeuten positiv auf den Therapieprozess und die Behandlungsergebnisse der Patienten auswirke (z.B. die Studien von Bambling et al., 2006 und Grey, Salkovskis, Quigley, Clark & Ehlers, 2008 s.u.). Die Autoren halten fest, dass Supervision zum Einen über die Adhärenz der Behandlung deren Ergebnisse verbessern kann und zum Anderen, dass bei Therapien unter Supervision bessere Behandlungsergebnisse erzielt werden können.

In der oben bereits erwähnten Studie von Grey et al. (2008) behandelten Therapeuten (n=7) zunächst eine Kohorte an Patienten (n=12) mit Panikstörung nach ihrem üblichen Vorgehen (treatment-as-usual; TAU). Alle Therapeuten verfügten über längere therapeutische Erfahrung und hatten in ihrer beruflichen Entwicklung bereits vorher an Workshops zu kognitiver Verhaltenstherapie teilgenommen. Nach der Teilnahme an einem dreitägigen Training zur Therapie speziell für die Behandlung von Panikstörung, nach dem kognitiven Modell von Clark (1986), behandelten die gleichen Therapeuten eine andere Kohorte an Patienten (n=24), die ebenfalls unter Panikstörung litten. Diese Behandlung wurde durch regelmäßige Gruppensupervision (2-wöchig) auf der Basis von Fallberichten, Audio- und Videomitschnitten sowie Rollenspielen begleitet. Im Vergleich zeigte die zweite Patientenkohorte signifikante stärkere Reduktion in allen

---

<sup>1</sup> Beispielhaft sei hier verwiesen auf die erfolgreichen Klagen einiger Psychotherapieausbildungskandidaten gegen die zu geringe Bezahlung in den psychiatrischen Kliniken während der Praktischen Ausbildung, mit der Begründung, dass sie dort in ihrer klinische Tätigkeit keine oder kaum Anleitung (Supervision) erhalten hätten.

panikassozierten Symptomen als die erste Patientenkohorte. Die beteiligten Therapeuten beurteilten die begleitende Supervision als besonders hilfreich, um die im Training erlernten kognitiven Interventionen innerhalb der Therapien umzusetzen. In dieser Studie können die Effekte des vorangegangenen Trainings und der begleitenden Supervision leider nicht unabhängig von einander beurteilt werden. Dies war auch nicht Intention der Autoren, die die Effektivität des Trainings untersuchen wollten. Möglicherweise hätten die Patienten vergleichbar gut ohne begleitende Supervision profitiert. Unter Gesichtspunkten der Supervisionsforschung ist diese Studie interessant, weil sie sehr genau über die Supervisionsbedingungen berichtet und einen Vergleich der Behandlungserfolge bei einem Therapiesetting ohne sowie einem mit Supervision zulässt.

Aktuell beschäftigen sich einige Forschungsarbeiten mit der Frage, durch welche Faktoren die Supervision Einfluss auf die patienten-seitigen Ergebnisse der Therapien nimmt. Nachfolgend sollen hierzu einige Befunde dargestellt werden. Eine Forschergruppe von der University of North Texas, vertreten durch J. Callahan und C. E. Watkins jr., beschäftigt sich mit der Frage, ob bestimmte Eigenschaften des Supervisors einen Einfluss auf das Therapieergebnis haben können. Anhand einer statistischen Analyse archivierter Daten aus einer Ausbildungsklinik berichten sie, dass die kürzlich erfolgte Promotion des Supervisors in klinischer Psychologie (vergleichbar mit der Approbation in Deutschland) zu einem positiven Behandlungsergebnis der Patienten beitrage, gemessen mit dem Outcome Questionnaire (OQ-45.2) von M. J. Lambert. Während die Zugehörigkeit des Supervisors zum Lehrkörper der Klinik keine Effekte erbringe. Den positiven Einfluss der kürzlich abgeschlossenen klinischen Ausbildung erklären die Autoren damit, dass in den letzten Jahren die Relevanz der Supervision und die Bedeutsamkeit der ihr innewohnenden Verantwortlichkeit immer mehr in den professionellen Fokus insbesondere in der klinischen Ausbildung gerückt ist (Callahan, Almstrom, Swift, Borja & Heath, 2009). Im Hinblick auf Persönlichkeitseigenschaften im Sinne der Big Five fanden die Autoren nur bei gering ausgeprägter Verträglichkeit des Supervisors einen positiven Effekt auf die Symptomreduktion der Patienten (Rieck et al., 2015). Dieser Befund erscheint im Zusammenhang mit den weiter unten dargestellten Ergebnissen zur Relevanz der Beziehung zwischen Supervisor und Supervisand zunächst widersprüchlich. Die Autoren erklären den überraschenden Befund dahin gehend, dass der Supervisor eher analytisch denkend und in der Lage sein muss, dem Supervisanden korrigierendes Feedback klar zu kommunizieren. An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass diese Befunde nicht als abgesicherte Ergebnisse zu betrachten seien. Wie oben beschrieben sind international bisher nur wenige Forschungsbemühungen zu verzeichnen, die



sich explizit mit dem Einfluss der Supervision auf patientenseitige Outcome Variablen beschäftigen. Es ist zu hoffen, dass in den nächsten Jahren dahingehend weitere Anstrengungen unternommen werden, damit wir solche Zusammenhänge besser verstehen und für die Praxis nutzbar machen können.

Die patientenorientierte Psychotherapieforschung konnte in den letzten Jahren in vielen Studien aufzeigen, dass wenn regelmäßige standardisierte Messungen zum Monitoring der Symptomatik des Patienten (Patientenratings) hinsichtlich einer erwünschten Verbesserung, Stagnation oder gar einer unerwünschten Verschlechterung im Therapieverlauf erfolgen und diese Ergebnisse den behandelnden Therapeuten zurückgemeldet werden, die Effektivität von Therapien in einem erheblichen Maß (bis zu 40%) gesteigert werden können (Berking, Orth & Lutz, 2006, Shimokawa, Lambert & Smart, 2010). Das gilt insbesondere für solche Patienten, bei denen es während der Therapie zu einer Symptomverschlechterung kommt (Shimokawa et al., 2010). Aufgrund dieser beachtlichen Effekte, die durch den regelmäßigen Einsatz standardisierter Fragebögen zu Symptomveränderungen des Patienten erzielt werden können, plädieren mehrere Autoren dafür, solche Feedbackdaten von Patienten vermehrt im Supervisionsprozess zu nutzen (z.B. Swift et al., 2015). Die Vorteile werden darin gesehen, dass diese Daten auch dem Supervisor valide, d.h. nicht durch die subjektiven Bewertungsprozesse des Supervisanden verzerrte, Informationen über die Entwicklung der Symptomatik der Patienten liefern. Außerdem seien diese Informationen für den Supervisor hilfreich schnell zu erkennen, bei welchen Patienten vermehrt Diskussions- und Handlungsbedarf bestehe sowie die therapeutische Arbeit des Supervisanden im Allgemeinen, also auch im Vergleich über mehrere Patienten, zu beurteilen (vgl. Swift et al., 2015, S.181).

Reese et al. (2009) untersuchten den Einsatz eines solchen Monitoringverfahrens im Zusammenhang mit Supervision bei Ausbildungstherapeuten. Es wurden zwei Gruppen von Ausbildungstherapeuten verglichen, eine Gruppe, die das Monitoringverfahren nutzen durfte und eine, die ohne arbeitete. Die Patienten beider Gruppen zeigten klinisch relevante Symptomverbesserungen. Ausbildungstherapeuten, dessen Patienten regelmäßig zum Symptomverlauf befragt wurden, hatten jedoch signifikant bessere Behandlungsergebnisse vorzuweisen. Außerdem zeigte sich in dieser Gruppe eine signifikante Korrelation zwischen den Behandlungsergebnissen der Patienten und dem Zuwachs der Selbstwirksamkeit der Ausbildungstherapeuten.

Grossl, Reese, Norsworthy und Hopkins (2014) mutmaßen, dass die Nutzung dieser Daten sich auch auf die Supervisionsbeziehung förderlich auswirke, weil die Hilfestellung des Supervisors aufgrund

der Nutzung einer gemeinsamen Datenquelle von Supervisanden eher als solidarisch denn als bewertend wahrgenommen werden könne. Dafür untersuchten Autoren, ähnlich wie in der Studie von Reese et al. (2009), den Einsatz eines Monitoringverfahren in Ausbildungstherapien. Um zu prüfen, ob die Diskussion der Daten in der Supervision einen erweiterten Nutzen bringe, sollten beide Gruppen von Ausbildungstherapeuten regelmäßig den Symptomverlauf ihrer Patienten erheben. Aber nur eine Gruppe sollte diese Informationen auch in der Supervision nutzen. Bzgl. der Symptomreduktion der Patienten waren keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Gruppen zu verzeichnen, ebenso im Hinblick auf die Supervisionsbeziehung. Allerdings zeigten sich Supervisanden, die die Monitoringinformationen in Supervision nutzen durften, zufriedener mit der Supervision, während es die andere Gruppe sehr frustrierend fand, diese Daten zu haben, sie jedoch nicht mit ihrem Supervisor besprechen zu dürfen.

## **Einfluss auf die Supervisanden und die Entwicklung ihrer therapeutischen Kompetenzen**

Allgemein wird Supervision sowohl von Psychotherapeuten in Ausbildung als auch von fortgeschrittenen Praktikern als einen der hilfreichsten Einflussfaktoren für ihre professionelle Kompetenzentwicklung eingestuft (Livni, Crowe & Gonsalvez, 2012; Nodop, Thiel & Strauß, 2010; Rønnestad & Orlinsky, 2006; Rønnestad & Skovholt, 1993; Rønnestad & Skovholt, 2005; Sonntag et al., 2009; Wheeler & Richards, 2007; Zarbock, Rodde, Ströhm, Schulz & Watzke, 2012; Zimmer, 2000; Zimmer & Zimmer, 1998).

Im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Forschungsgutachtens zur Qualität der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gaben die befragten Ausbildungsteilnehmer und –absolventen an, dass die Supervision neben der praktischen Tätigkeit der für sie wichtigste Aspekt der Ausbildung sei (Nodop et al., 2010). Die Ausbildungsteilnehmer berichten im Mittel besonders hohe Zufriedenheit mit der Supervision. Wobei die Zufriedenheitswerte in Bezug auf die Einzelsupervision höher liegen als die der Gruppensupervision und der praktischen Ausbildung. Die Einzelsupervision stellt damit das am meisten zufriedenstellende Element der Ausbildung dar (vgl. Nodop et al., 2010, S. 488).

Ein vergleichbares Ergebnis wird auch durch Zarbock et al. (2012) berichtet. Die Autoren versuchten bei einer Stichprobe von 2106 Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie die Kompetenzerwartungen in fünf psychotherapeutisch relevanten Bereichen

anhand soziodemografischer, ausbildungsbezogener und institutsinterner Prädiktoren vorherzusagen. Als signifikant für alle fünf Kompetenzbereiche erwiesen sich nur die Variablen „Unterstützung durch den Supervisor“ und „Kosten/Nutzen-Verhältnis“. Das zeigt, dass die Unterstützung durch einen Supervisor maßgeblich zu den Kompetenzerwartungen von Ausbildungskandidaten beiträgt.

In einer Untersuchung von Zimmer (1998) bewerteten die befragten Ausbildungsteilnehmer die Supervision besonders hilfreich für die Entwicklung von allgemeinen Interventions- und Beziehungskompetenzen.

In anderen Studien zeigt sich, dass die Zufriedenheit von Supervisanden im engen Zusammenhang mit der Arbeitsbeziehung zum Supervisor sowie dem Ausmaß der Erfüllung ihrer supervisionsspezifischen Bedürfnisse steht (Ladany, Ellis & Friedlander, 1999; Ramos-Sánchez et al., 2002; Worthen & McNeill, 1996).

Als besonders effektiv wird Supervision dann erlebt, wenn Supervisoren akzeptierend und empathisch sind sowie den Fragen und Anliegen der Supervisanden mit Offenheit, Ermutigung und konkreter Hilfestellung begegnen (Shanfield, Hetherly & Matthews, 2001). Positive Supervisionserfahrungen fördern Lernbereitschaft, Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie Selbstwirksamkeitserwartungen von Supervisanden, mindern ihre Bewertungsängste und helfen besser mit Unsicherheiten sowie mit Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess umzugehen (Cashwell & Dooley, 2001; Knox, Edwards, Hess & Hill, 2011; Wheeler & Richards, 2007; Worthen & McNeill, 1996).

Mittels eines mehrdimensionalen Fragebogens zur Supervision von Psychotherapie (FSPT), der auf die Arbeiten von Reising und Daniels (1983) zurückgeht, identifizierten Frank und Vaitl (1986) fünf übergeordnete Bedürfnisse von Supervisanden: emotionale Unterstützung, Erweiterung der therapeutischen Kompetenzen, Raum für Emotionsausdruck, fall- und methodenbezogener Hilfestellung, Förderung der Reflexionsfähigkeit (vgl. Frank & Vaitl, 1986, S. 258).

Mittels eines qualitativen Ansatzes untersuchten Worthen und McNeill (1996), was gute Supervision für Supervisanden ausmacht. Als ausschlaggebender Faktor für das positive Erleben der Supervision wurde v.a. eine positive Supervisionsbeziehung beschrieben, welche getragen werde durch eine nicht wertende empathische Haltung, Ermutigung und Bestärkung vonseiten des Supervisors. Eine positive Supervisionsbeziehung förderte die Lernbereitschaft aufseiten der Supervisanden und minderte ihre Bewertungsängste.

Auch in der Untersuchung von Ladany, Ellis und Friedlander (1999) bestätigte sich, dass die Zufriedenheit mit der Supervision von der Qualität der Supervisionsbeziehung zusammenhängt. Verbesserungen in der Beziehung waren assoziiert mit größerer Zufrie-

denheit der Supervisanden. Anders als erwartet konnten durch Veränderungen in der Qualität der Beziehung Veränderungen der Selbstwirksamkeitserwartungen der Supervisanden nicht vorhergesagt werden. Die Autoren erklärten dieses Ergebnis durch mögliche unbekannte Drittvariablen, wie Peerfeedback oder den Einfluss von anderen Ausbildungseinheiten.

## Interaktion zwischen Supervisor und Supervisand

Andere Untersuchungen beschäftigen sich mit dem Verhalten von Supervisanden und problematischen Aspekten in der Supervision. Es existieren mittlerweile eine Reihe von Studien, die von mangelnder Mitteilungsbereitschaft der Supervisanden berichten (Ladany, Hill, Corbett & Nutt, 1996; Mehr, Ladany & Caskie, 2010; Yourman, 2003). Untersucht wurden dabei insbesondere, welche Themen von Supervisanden verschwiegen werden und mögliche Gründe für die mangelnde Mitteilungsbereitschaft. Am häufigsten werden negative Reaktionen auf den Supervisor, einschließlich negativen Erlebens während der Supervision, persönliche Themen, Fehler und Unsicherheiten in der klinischen Praxis und Sorgen, bzgl. der Bewertung des Supervisors, verschwiegen. Als häufige Gründe für das Verschweigen werden die angenommene Irrelevanz des Themas für den Supervisionsprozess, die Privatheit der Informationen, negative Gefühle in Verbindung mit dem Thema, Ehrfurcht vor dem Supervisor sowie Impressionsmanagement angeführt. Außerdem wird für das sog. *Nondisclosure* häufig eine als negativ empfundene Beziehung zu dem Supervisor als ursächlich berichtet Mehr et al. (2010). Weitere Gründe bestehen in der Bewertungsangst der Supervisanden sowie in dem Gefühl von Selbstzweifel und Scham bezüglich vermeintlicher therapeutischer Fehlleistungen (Yourman, 2003).

Gray, Ladany, Walker und Ancis (2001) untersuchten, welche Ereignisse in der Supervision von Supervisanden als kontraproduktiv bewertet werden und wie sich diese Ereignisse im Nachhinein auf die Beziehung zwischen Supervisor und Supervisand auswirken. Alle befragten Supervisanden berichteten, bereits negative Interaktion mit ihrem Supervisor erlebt zu haben. Die meisten attribuierten das negative Empfinden des Ereignisses auf ihre eigenen Gedanken und Gefühle und nahmen an, dass ihr Supervisor das als negativ empfundene Ereignis nicht wahrgenommen hätte. Zu den häufigsten berichteten kontraproduktiven Ereignissen zählten, dass Supervisoren die Anliegen der Supervisanden missverstanden hätten und unempathisch waren sowie unangemessene Selbstoffenbarungen der Supervisoren. Wenn die Supervisanden das als kontraproduktiv empfundene Ereignis wie in den meisten Fällen nicht mit ihren Supervisoren

klären konnten, hatte es negative Auswirkungen auf die Supervisionsbeziehung. Die Supervisanden wurden verschlossener und waren weniger zur aktiven Zusammenarbeit bereit. Darüber hinaus gaben die Supervisanden an, dass durch das Ereignis auch ihre Selbstwirksamkeitserwartungen und ihre therapeutische Arbeit beeinträchtigt wurde (Gray et al., 2001).

Aufgrund des reziproken, interdependenten Charakters des Supervisionsprozesses ist es wahrscheinlich, dass die Supervisoren in ihrem Vorgehen ebenso durch das Verhalten der Supervisanden beeinflusst werden, wie dies ohnehin für die Supervisanden gilt (Wampold & Holloway, 1997). Werden in Studien beide Perspektiven der Supervisionsdyaden untersucht, wird oft nur eine geringe oder nicht vorhandene Übereinstimmung zwischen den Perspektiven der Akteure berichtet (Efstation, Patton & Kardash, 1990; Reichelt & Skjerve, 2002; Zarbock, Drews, Bodansky & Dahme, 2009).

Im Zuge der Evaluation ihres „Stundenbogens zur Supervisionsbeurteilung“ (SSB), von dem jeweils für Supervisoren und Supervisanden eine Parallelf orm vorliegt, untersuchten Zarbock et al. (2009), in welchem Ausmaß die Perspektiven von Supervisoren und Supervisanden hinsichtlich der Bewertung der Supervision auf den drei Skalen des SSBs (Beziehung, Problembewältigung, Klärung) übereinstimmen. Entgegengesetzt den Erwartungen zeigte sich nur auf einer Skala des SSBs (Klärung) ein geringer signifikanter Zusammenhang. Die Autoren diskutieren die Möglichkeit, dass die Perspektiven von Supervisoren und Supervisanden hinsichtlich des Geschehens der Supervision tatsächlich unterschiedlich seien, und weisen darauf hin, dass weitere Forschung erforderlich sei, um ein besseres Verständnis für die der Supervision zugrunde liegenden Prozesse sowie für die Erwartungen und Strategien der beteiligten Akteure zu bekommen.

Hierzu präsentierten Reichelt und Skjerve (2002) eine sehr aufschlussreiche Untersuchung. Mittels eines qualitativen Ansatzes erfassten sie Übereinstimmungen und Differenzen in Wahrnehmung und Bewertung zwischen 18 Supervisor-Supervisand-Paaren, bezüglich ihrer Interaktion in einer Supervisions-sitzung. Außerdem wurde untersucht, wie ein Mangel an Übereinstimmung die Zufriedenheit der Supervisanden beeinflusst. In der Mehrzahl der Dyaden fand sich nur ein geringer bis moderater Grad an Übereinstimmung. Niedrige Übereinstimmung schien in Verbindung zu stehen mit unausgesprochenen Zielvorstellungen bzw. Hintergedanken und festen Vorstellungen des Supervisors sowie dem Ignorieren, wenn der Supervisand persönliche Reaktionen auf seine Patienten zur Sprache brachte. In Dyaden mit hoher Übereinstimmung waren die Supervisoren im Umgang mit ihren Supervisanden sehr unterstützend und akzeptierend. Sie pflegten dabei einen aktiven, direktiven Stil, ohne kritisie-

rend zu sein. Die meisten Supervisoren in dieser Studie bevorzugten ihrerseits einen unterstützenden, akzeptierenden Supervisionsstil. Wenn sie jedoch unausgesprochene Zielvorstellungen für die Entwicklung der Supervisanden oder die Behandlung der Patienten verfolgten und zudem noch sehr feste Vorstellungen hatten, wie diese zu erreichen wären, wichen sie manchmal von ihrem bevorzugten Stil ab. Das beeinflusste die Übereinstimmung der Perspektiven negativ und wurde von den Supervisanden auch negativ bewertet. In Fällen, in denen die Supervisoren ihre Aufmerksamkeit eher auf die Anliegen der Supervisanden gerichtet hatten und ihr Fokus dabei auf dem unterstützenden Aspekt der Supervision lag, hatte ein Mangel an Übereinstimmung nur geringen Einfluss auf die Zufriedenheit der Supervisanden. Bei Fokussierung des edukativen Aspekts oder der Fallarbeit und bei festen Vorstellungen der Supervisoren, hinsichtlich ihrer Meinung nach fachgerechtem Vorgehen und Lernzielen des Supervisanden, entstand bei diesem ein Gefühl von Restriktion und mangelnder Freiheit, was mit Unzufriedenheit einherging. Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen darüber, was Supervisanden als gute Supervision empfinden.

In einer Studie von Henderson, Cawyer und Watkins (1999) wurden Supervisoren und Supervisanden in Interviews über ihre Vorstellungen bezüglich einer effektiven Supervision des klinischen Praktikums befragt. Aus beiden Perspektiven wurde übereinstimmend die Wichtigkeit der Supervisionsbeziehung für das Gelingen des Prozesses herausgestellt. Außerdem bestand Übereinstimmung hinsichtlich Themen, die die Entwicklung der Supervisanden betreffen, wie der Aufbau therapeutischer Fertigkeiten und das Verständnis für den Therapieprozess. Aus der Perspektive der Supervisanden wurden zudem einige Aspekte konstruktiven Feedbacks genannt, die von den Supervisoren nicht angesprochen wurden. Dieses sollte möglichst klar und konkret sein sowie eine gute Balance zwischen Ermutigung und konstruktiver Kritik darstellen und die Verletzlichkeit der Supervisanden berücksichtigen (vgl. auch Henderson, Cawyer & Watkins, 2004).

## Fazit

Supervision ist ein komplexer Prozess mit unterschiedlichen Ebenen und Zielen. Die Ziele beziehen sich zum Einen auf den Patienten und sein Behandlungsergebnis sowie auf die therapeutische Beziehung. Zum Anderen möchte die Supervision die Erweiterung der therapeutischen Kompetenzen des Supervisanden und seine professionelle Entwicklung fördern. Obwohl die Forschungslage hinsichtlich der Effekte der Supervision auf den Therapieprozess und Behandlungser-

folge der Patienten derzeit noch dünn ist, liegen einige Hinweise vor, dass durch Supervision ein messbarer Mehrgewinn erzielt werden kann. Therapeuten bewerten Supervision nach der eigenen klinischen Tätigkeit als wichtigsten Einflussfaktor für ihre Kompetenzentwicklung. Neben der Verbesserung spezieller Interventionstechniken fördert Supervision die Selbst- und Fremdwahrnehmung, Beziehungskompetenzen, das Verständnis für den Therapieprozess und hilft Supervisanden beim Umgang mit Schwierigkeiten im Therapieverlauf. Für das Gelingen des Supervisionsprozesses kommt der Beziehung zwischen Supervisand und Supervisor eine zentrale Rolle zu. Supervisanden wünschen in der Supervision neben fall- und methodenbezogener Hilfestellung, auch emotionale Unterstützung und Raum für Emotionsausdruck sowie eine übergeordnete Reflexion des Therapieprozesses. Bei einer negativ empfundenen Supervisionsbeziehung kommt es häufig vor, dass Supervisanden wichtige Inhalte der Therapie verschweigen. Weitere Gründe für das sogenannte *Nondisclosure* sind Selbstzweifel und Scham bezüglich vermeintlicher therapeutischer Fehlleistungen. Für eine positive Supervisionsbeziehung, zur Vorbeugung von Missverständnissen und anscheinend auch für die Verbesserung patientenseitiger Ergebnisse ist es förderlich, wenn die Supervisoren im Umgang mit Supervisanden sowohl sehr unterstützend und akzeptierend sind, als auch aktiven, direktiven Stil pflegen.

## Literatur

- Auckenthaler, A. (1999). Supervision von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44 (3), 139–152.
- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R. & Lambert, W. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16 (3), 317–331.
- Berking, M., Orth, U. & Lutz, W. (2006). Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 21–29.
- Borg-Laufs, M. (2005). Prozessqualität der Ausbildung in Psychotherapie/Verhaltenstherapie und ihre Sicherung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Callahan, J.L., Almstrom, C.M., Swift, J.K., Borja, S.E. & Heath, C.J. (2009). Exploring the contribution of supervisors to intervention outcomes. *Training and Education in Professional Psychology*, 3 (2), 72–77.
- Cashwell, T.H. & Dooley, K. (2001). The Impact of Supervision on Counselor Self-Efficacy. *The Clinical Supervisor*, 20 (1), 39–47.

- Efstation, J., Patton, M. & Kardash, C. (1990). Measuring the working alliance in counselor supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 37 (3), 322–329.
- Ellis, M.V. & Ladany, N. (1997). Inferences concerning supervisees and clients in clinical supervision: An integrative review. In C.E. Watkins (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy supervision*. New York: Wiley.
- Ellis, M.V., Ladany, N., Kregel, M. & Schult, D. (1996). Clinical supervision research from 1981 to 1993: A methodological critique. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (1), 35–50.
- Frank, R. & Vaitl, D. (1986). Empirische Analysen zur Supervision. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychotherapie und Psychotherapie*, 5 (3), 255–269.
- Gray, L.A., Ladany, N., Walker, J.A. & Ancis, J.R. (2001). Psychotherapy trainees' experience of counterproductive events in supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (4), 371–383.
- Grey, N., Salkovskis, P., Quigley, A., Clark, D.M. & Ehlers, A. (2008). Dissemination of Cognitive Therapy for Panic Disorder in Primary Care. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 36 (5), 509–520.
- Grossl, A.B., Reese, R.J., Norsworthy, L.A. & Hopkins, N.B. (2014). Client feedback data in supervision. Effects on supervision and outcome. *Training and Education in Professional Psychology*, 8 (3), 182–188.
- Henderson, C.E., Cawyer, C.S. & Watkins, C.E. (1999). A comparison of student and supervisor perceptions of effective practicum supervision. *The Clinical Supervisor*, 18 (1), 47–74.
- Henderson, C.E., Cawyer, C.S. & Watkins, C.E. (2004). A comparison of student and supervisor perceptions of effective practicum supervision. In I. Fleming & L. Steen (Hrsg.), *Supervision and clinical psychology. Theory, practice and perspectives* (S. 47–74). Hove, East Sussex, New York: Brunner-Routledge.
- Hill, C. & Knox, S. (2013). Training and Supervision in Psychotherapy. In M.J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6. Aufl.). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Holloway, E. (1998). *Supervision in psychosozialen Feldern. Ein praxisbezogener Supervisionsansatz*. Paderborn: Junfermann.
- Knox, S., Edwards, L.M., Hess, S.A. & Hill, C.E. (2011). Supervisor self-disclosure: Supervisees' experiences and perspectives. *Psychotherapy*, 48 (4), 336–341.
- Kriston, L. & Berner, M. (2009). Evidenzbasierte Medizin und die psychiatrische Praxis. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 3 (1), 49–67.
- Ladany, N., Ellis, M.V. & Friedlander, M. (1999). The supervisory working alliance, trainee self-efficacy and satisfaction. *Journal of Counseling and Development*, 77, 447–455.
- Ladany, N., Hill, C., Corbett, M.M. & Nutt, E.A. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (1), 10–24.
- Livni, D., Crowe, T.P. & Gonsalvez, C.J. (2012). Effects of supervision modality and intensity on alliance and outcomes for the supervisee. *Rehabilitation Psychology*, 57 (2), 178–186.



- Mehr, K.E., Ladany, N. & Caskie, G.I. (2010). Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you? *Counselling and Psychotherapy Research*, 10 (2), 103–113.
- Nodop, S., Thiel, K. & Strauß, B. (2010). Supervision in der psychotherapeutischen Ausbildung in Deutschland. Quantitative und qualitative Ergebnisse des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut*, 5 (6), 485–495.
- Pallasch, W. (1997). *Supervision. Neue Formen beruflicher Praxisbegleitung in pädagogischen Arbeitsfeldern* (3. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Ramos-Sánchez, L., Esnil, E., Goodwin, A., Riggs, S., Touster, L.O., Wright, L.K. et al. (2002). Negative supervisory events: Effects on supervision and supervisory alliance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33 (2), 197–202.
- Reese, R.J., Usher, E.L., Bowman, D.C., Norsworthy, L.A., Halstead, J.L., Rowlands, S.R. et al. (2009). Using client feedback in psychotherapy training. An analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy. *Training and Education in Professional Psychology*, 3 (3), 157–168.
- Reichelt, S. & Skjerve, J. (2002). Correspondence between supervisors and trainees in their perception of supervision events. *J. Clin. Psychol.*, 58 (7), 759–772.
- Reiser, R.P. & Milne, D.L. (2014). A systematic review and reformulation of outcome evaluation in clinical supervision. Applying the fidelity framework. *Training and Education in Professional Psychology*, 8 (3), 149–157.
- Rieck, T., Callahan, J.L. & Watkins, C.E. (2015). Clinical supervision. An exploration of possible mechanisms of action. *Training and Education in Professional Psychology*, 9 (2), 187–194.
- Rønnestad, M.H. & Orlinsky, D.E. (2006). Therapeutische Arbeit und berufliche Entwicklung. *Psychotherapeut*, 51 (4), 271–275.
- Rønnestad, M.H. & Skovholt, T.M. (1993). Supervision of beginning and advanced graduate students of counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling and Development*, 71 (4), 396–405.
- Rønnestad, M.H. & Skovholt, T.M. (2005). Die professionelle Entwicklung von Psychotherapeuten während der Ausbildung. In A.-R. Laireiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 102–120). Göttingen: Hogrefe.
- Schibli-Meier, S. & Supersaxo, K. (2009). *Einführung in die Supervision* (1. Aufl.). Bern: UTB.
- Schmelzer, D. (1997). *Verhaltenstherapeutische Supervision. Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Shanfield, S., Hetherly, V. & Matthews, K. (2001). Excellent Supervision. The residents' perspective. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 10 (1), 23–27.
- Shimokawa, K., Lambert, M.J. & Smart, D.W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78 (3), 298–311.

- Sonntag, A., Glaesmer, H., Barnow, S., Brähler, E., Fegert, J.M., Fliegel, S. et al. (2009). Die Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Teilnehmer. *Psychotherapeut*, 54 (6), 427–436.
- Strauß, B., Wheeler, S. & Nodop, S. (2010). Klinische Supervision. *Psychotherapeut*, 55 (6), 455–464.
- Swift, J.K., Callahan, J.L., Rousmaniere, T.G., Whipple, J.L., Dexter, K. & Wrapp, E.R. (2015). Using client outcome monitoring as a tool for supervision. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 52 (2), 180–184.
- Wampold, B.E. & Holloway, E.L. (1997). Methodology, design, and evaluation in psychotherapy supervision research. In C.E. Watkins (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy supervision* (S. 11–27). New York: Wiley.
- Watkins, C.E. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? considering thirty years of research. *The Clinical Supervisor*, 30 (2), 235–256.
- Wheeler, S. & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counselors and therapists, their practice and their clients. A systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7 (1), 54–65.
- Willutzki, U. (2005). Supervision in der Psychotherapieausbildung. In A.-R. Lai-reiter & U. Willutzki (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Worthen, V. & McNeill, B.W. (1996). A phenomenological investigation of „good“ supervision events. *Journal of Counseling Psychology*, 43 (1), 25–34.
- Yourman, D.B. (2003). Trainee disclosure in psychotherapy supervision: The impact of shame. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (5), 601–609.
- Zarbock, G., Drews, M., Bodansky, A. & Dahme, B. (2009). The evaluation of supervision: Construction of brief questionnaires for the supervisor and the supervisee. *Psychotherapy Research*, 19 (2), 194–204.
- Zarbock, G., Rodde, S., Ströhm, W., Schulz, H. & Watzke, B. (2012). Kompetenzerwartungen in der Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendtherapeuten in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 22 (1), 27–35.
- Zimmer, D. (2000). Lernziel Beziehungsgestaltung: Erfahrungen und Ergebnisse aus der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21 (4), 455–467.
- Zimmer, D. (2009). Supervision in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 925–936). Berlin: Springer.
- Zimmer, D. & Zimmer, F. (1998). Wie hilfreich sind die Bausteine einer Verhaltenstherapie-Weiterbildung? *Verhaltenstherapie*, 8 (4), 254–257.

# 3 Supervision als Kultur der (Selbst-)Hinterfragung und (Selbst-)Kritikfähigkeit

*Kurt Quaschner*

## 1 Einleitung

Zur Einführung in das Thema soll zunächst eine Reihe von mehr oder minder zufälligen, unverbundenen Beobachtungen und Ereignissen angeführt werden, die Anlass bieten, über den grundsätzlichen Stellenwert und die inhaltliche Ausgestaltung des Supervisionsbegriffs nachzudenken. Inhaltlich geht es darum, eine Erweiterung und Ergänzung bzw. eine andere Akzentuierung des Supervisionsbegriffes anzuregen.

Es handelt sich um folgende konkreten Beobachtungen und Ereignisse:

- In einem Groß-Klinikum werden die bislang zur Verfügung stehenden Gelder für die Teamsupervision in den „Psycho-Fächern“ rigoros zusammengestrichen, so, als ob Supervision ein „**Add on**“-**Bestandteil** oder gar eine Luxuskomponente der Arbeit darstellt und nicht einen integralen Bestandteil in der Behandlung von psychisch kranken Patienten.
- In institutionellen Kontexten findet sich bei Schwierigkeiten und Problemen in der Zusammenarbeit ein Modell der Supervision, das als „**Anordnungs-Supervision**“ bezeichnet werden kann. Dabei wird die Supervision als ein Instrument neben anderen gesehen, um den Arbeitsalltag zu optimieren, um Konflikte, Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit, u.ä. im Sinne des „Auftraggebers“ zu lösen oder zu beseitigen.
- In Kliniken findet sich oft ein „**Visitenmodell**“ der Supervision, das sich an dem traditionellen organmedizinisch geprägten (Arzt-Patient-)Behandlungsmodell orientiert. Kennzeichen dieses Modells ist etwa eine unidirektionale Kommunikationsstruktur. Die „ärztliche Anordnung“ ist hier Dreh- und Angelpunkt für Veränderungen. Psychotherapeutische Maßnahmen und Interventionen werden in diesem Verständnis gesehen wie andere (organ-)medizinische (diagnostische und therapeutische) Techniken