

Superspektiven -

Überlegungen zur Supervision aus sozialkonstruktivistischer und lösungsfokussierter Sicht¹

Peter Kaimer

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag berichte ich über meine Erfahrungen als Supervisor in verschiedenen Praxisfeldern und meine Begründungen dazu. Fragen und Überlegungen zur Praxisgestaltung stehen im Vordergrund. Einige mir nützlich erscheinende Unterscheidungen werden erläutert. Anschließend diskutiere ich mir wesentlich erscheinende Aspekte einer förderlichen Grundhaltung als Supervisor. Konsequenzen unterschiedlicher Kontexte für die Supervision werden skizziert.

Schlüsselwörter

Supervision, Ressourcenorientierung, Lösungsfokussierung, sozialkonstruktivistische Konzepte

Summary

Superspectives – some thoughts on supervision from a social-constructivistic and solution-focussed point of view

The present paper outlines some of my experiences as a supervisor in different contexts, as well as my reasons for that. Questions and thoughts about handling of practice are coming to the fore. Some useful distinctions are explicated. Following that I'm going to discuss some aspects seeming crucial to me for a beneficial attitude concerning supervision processes. Some consequences of different contexts of supervision are brought into mind.

Keywords

supervision, resources, solution focus, social-constructivistic approaches

Kontext

Erfahrungen als Supervisor mache ich sowohl in eigener Praxis als auch im Rahmen meiner Tätigkeit an der Universität Bamberg am Lehrstuhl Klinische Psychologie / Psychotherapie. An der Universität bin ich schwerpunktmäßig für die Organisation der Psychotherapeutischen Ambulanz zuständig, welche neben ihrer Forschungsfunktion auch eine Praxiseinrichtung für das CIP-Bamberg (eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Diplompsychologen zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt VT) ist. Vier bis sechs Ausbildungskandidaten machen hier Therapien im Rahmen ihrer Ausbildung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen und werden in dieser Tätigkeit – u.a. von mir - supervidiert.

¹ Überarbeitete und ergänzte Fassung eines Vortrags im Rahmen der internen Fortbildung am Bezirksklinikum Obermain (Kutzenberg) am 24. Mai 2006. Ich danke Wolfgang Loth für großzügiges „Beisteuern“.

In meiner Praxis biete ich neben Psychotherapie ebenfalls Supervision und Selbsterfahrung für mittlerweile vier staatliche Ausbildungsinstitute mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt sowie ein Ausbildungsinstitut mit systemischer Ausrichtung an. Ich biete Supervision aber auch für diverse Einrichtungen (z.B. verschiedene Stationen einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie) oder Einzelpersonen an. Letztere sind teils Personen, die selbst auch Therapie anbieten, aber auch Menschen, die im beratenden Bereich (wie z.B. sozialpsychiatrischer Dienst, Erziehungsberatungsstellen, Jugendarbeit, Erziehungsbeistandsschaften oder im Management von sozialen Einrichtungen leitend tätig sind). Aus diesen Praxisfeldern habe ich Erfahrung und darüber kann ich im Folgenden auch sprechen.

Was ist Supervision? – einige nützliche Unterscheidungen

In seinem Rückblick auf die Entwicklung von Supervision als Spezialfall professioneller sozialer Hilfen siedelt Kersting (2004) den Beginn dieses Tuns in den Bemühungen der frühen amerikanischen Wohlfahrtspflege zum Ende des 19. Jahrhunderts an. Zunächst eher zur Kontrolle durch ehrenamtliche HelferInnen gedacht, die Verwendung und Nutzen der materiellen Unterstützung für unverschuldet in materielle Not geratene Menschen überprüfen sollten, wurden die Fragestellungen immer komplexer, mit denen diese „friendly visitors“ konfrontiert wurden. „Die ehrenamtlichen HelferInnen sollten Rat in vielen Lebensproblemen erteilen, aber diese BeraterInnen brauchten selbst Rat für diese ihre Tätigkeit des Beratens“ (Kersting 2004, S. 261).

Während von Schlippe & Schweitzer in ihrem ersten Lehrbuch der Systemischen Therapie und Beratung (1996, S. 222) noch davon sprachen, dass Supervision „inzwischen ein neues Modewort geworden“ sei, hat sich diese – wenn es denn eine wäre – Mode inzwischen fest etabliert und die Literatur zum Thema ist umfassend und differenziert. Mittlerweile gibt es eine Vielzahl von Ausbildungen dazu und der Markt stellt ein wachsendes und umkämpftes Terrain dar. Formal wird Supervision in der freien Enzyklopädie des Internet „Wikipedia“ folgendermaßen charakterisiert: „Supervision ist eine Beratungsform, welche die Qualität beruflicher Arbeit sichern und verbessern soll.“² Es werden drei mögliche Akteure der Supervision benannt: der/der *SupervisorIn*, die *SupervisandInnen* und der/die *Auftraggeber*. Letztere beide können in Personalunion auftreten. Von Supervision zu unterscheiden ist noch die Intervision. Dabei handelt es sich meist um Fallbesprechungen unter Gleichgestellten oder Menschen mit ähnlichem Erfahrungsniveau ohne Leitung bzw. ohne verantwortliche Moderation.

Lehrtherapie - Supervision

Ich unterscheide die Arbeit im Rahmen von Ausbildungsinstituten von Supervision, die freiwillig im Rahmen kontinuierlicher oder zeitlich begrenzter berufsbegleitender Qualitätssicherung in Anspruch genommen wird. Im Ausbildungskontext müssen AusbildungskandidatInnen ein bestimmtes Kontingent Supervision und Selbsterfahrung verpflichtend im Rahmen vorgegebener Rahmenbedingungen in Anspruch nehmen.

Bei ersterer spreche ich lieber von Lehrtherapie und von mir selbst als Lehrtherapeut. Die Begründung liegt für mich darin, dass ich im Rahmen von Ausbildungsinstituten einen doppelten Auftraggeber habe: das jeweilige Ausbildungsinstitut und den Ausbildungskandidaten. Für das jeweilige Institut habe ich mich entschieden, weil ich mit meinem Verständnis, was jemand tun und können sollte, um psychotherapeutisch fruchtbar und ethisch akzeptabel zu arbeiten, zumindest eine gewisse Familienähnlichkeit feststellen konnte. Dieses Verständnis

² Siehe: <http://de.wikipedia.org/wiki/Supervision> [Zugriff: 1.4.2007]

gilt es hier an die Person des/der Auszubildenden zu bringen. Für die jeweiligen Ausbildungskandidaten entscheide ich mich, wenn ich die Überzeugung gewonnen habe, dass da jemand von mir als Lehrtherapeut etwas lernen will und sich auf mein Verständnis von Therapie und meine Art dazu anzuleiten einlassen mag.

Bei freiwillig in Anspruch genommener Supervision bin ich hinsichtlich meiner eigenen Vorstellung, was jemand im Rahmen psychosozialer Arbeit tun und verwirklichen sollte, wesentlich zurückhaltender. Ich fühle mich hier lediglich unter bestimmten Rahmenbedingungen (wenn ich z.B. das Wohl von Dritten: Klienten, Patienten, Untergebenen etc. gefährdet sehe) gedrängt, inhaltliche Vorgaben zu machen. Man könnte auch sagen, ich gehe in diesem Fall wesentlich stärker von der „Kundigkeit“ der jeweiligen Supervisanden aus und fokussiere meine Aufmerksamkeit darauf, die unerkannten oder gegenwärtig nicht genutzten Ressourcen sicht- und nutzbar zu machen. Mit dem von Hargens geprägten Begriff der „Kundigkeit“ ist ein Blickwinkel verbunden, der „Kompetenzen und Ressourcen auf *beiden* Seiten der therapeutischen Konversation“ wahrnimmt (Hargens 2004, S.27). Hargens (2005, S. 14f.) hebt jedoch hervor, dass Kundigkeit nicht bedeute, „dass die Person einfach alles kann – es bedeutet, dass die Person das Potential, die Fähigkeit und das Vermögen besitzt, eigene Ziele zu definieren, zu präzisieren *und zu erreichen*. Das schließt für mich ein, dass diese Kundigkeit *nicht* bedeutet, dieses Vermögen jederzeit benutzen zu können, ähnlich wie ein Talent auch der Übung und des Trainings bedarf“. Diese Haltung wird auch von Forschungsergebnissen gestützt, welche die Entfaltung der Psychotherapeutenpersönlichkeit und den individuell maßzuschneidenden Bedarf an SV im Prozess dieser Entwicklung unterstreicht (Frank et al. 1996).

Fall-Bericht versus Beobachtung via Tonband/Video/Live

Wenn jemand in Supervision mit mir eine Therapie bearbeiten will, unterscheide ich, ob diese Person/Personen mir darüber einen mündlichen Bericht geben oder einen Ausschnitt aus der jeweiligen Sitzung zeigen bzw. ich unmittelbar beobachte (z.B. hinter einem Einwegspiegel oder via Monitor).

Im ersten Fall geht es um die persönliche Wirklichkeits-Konstruktion des jeweiligen Falls durch den Supervisanden. Um die Sicht des oder der zu supervidierenden Personen und nur bedingt um das, was tatsächlich geschehen ist. Es kann natürlich sehr sinnvoll sein, diese Konstruktion auf Stimmigkeit oder auf Bezüge zu theoretischen Konzepten zu überprüfen. Es können eigene Anteile und Befindlichkeiten, die bei der vorgestellten Therapie hinderlich oder förderlich zu sein scheinen, thematisiert werden. Und es können durchaus auch Ideen entwickelt werden, was nächste Schritte, erwartbare Schwierigkeiten und wünschenswerte Lösungswege sein könnten. Und doch beziehen sich alle diese sich entwickelnden Geschichten auf die präsentierten Konstruktionen und damit auf das, was sich im Kopf des/der SupervisandIn abspielt oder was sie mir als Supervisor wie auch immer darstellen mögen.

Im zweiten Fall kann durch unmittelbares Teilhaben am Geschehen in der Therapie (Audio, Video, Live) den SupervisandInnen eine ergänzende oder alternative Konstruktion durch den Supervisor angeboten werden. Und es können ihnen dementsprechende Hinweise und/oder Vorschläge für die Therapie gegeben werden. Es können also die Differenzen der Konstruktion von Wirklichkeit bezogen auf das konkret Beobachtbare unmittelbarer klar gemacht werden.

SupervisandInnen zögern oft, konkretes Material ihrer Sitzungen zu präsentieren. Und es ist immer wieder überraschend für sie, wie Supervision ganz anders verlaufen kann und dass es sich tatsächlich um etwas doch sehr Unterschiedliches handelt, wenn eine Fragestellung mit Hilfe von Bandmaterial bearbeitet wird. Dies soll jedoch den Wert der Supervision von Kon-

struktionen nicht schmälern, sondern nur besonders deutlich den Unterschied herausstellen. Und es soll auch klar machen, dass mit unterschiedlichen Vorgehensweisen unterschiedliche Fragen geklärt werden können.

Meine Praxis im Feld der Supervision hat mich gelehrt, hier besonders auf eine zentrale Voraussetzung für die Teilhabe am Geschehen in der tatsächlichen Sitzung mit den Hilfesuchenden zu achten: Vertrauen! SupervisandInnen, die mit mir arbeiten, müssen unbedingt darauf vertrauen können, dass es mir nicht darum geht, ihre Arbeit zu kritisieren, ihnen Fehler nachzuweisen, Wissenslücken aufzudecken oder persönliche Schwächen z.B. in der Interaktion mit den Patienten bloßzulegen. Sie müssen vielmehr spüren können, dass meine Supervision von persönlicher Wertschätzung, Interesse für ihre Wünsche, orientiert an ihrem Entwicklungsstand und letztlich der Hilfe für die Patientinnen geprägt ist. Doch es geht natürlich dabei nicht nur um meine Haltung, sondern es ist bei vielen Supervisanden auch die Hürde ihrer eigenen kritischen Selbstbewertung zu meistern. Bei der Konfrontation via Tonband oder Video und auch im Wissen, dass man unmittelbar beobachtet wird - bei Live-Supervision -, werden häufig und auch leicht selbstwertaktivierende Tendenzen aktualisiert, die den Prozess der Supervision erst einmal stören. Hier geht es dann darum, einerseits anzuerkennen, dass selbst eine Therapie, die recht gut gelaufen ist, aufgrund der Vielfalt möglicher Arbeitsweisen immer kritisch gesehen werden kann, und andererseits zu lernen eine gesunde und fruchtbare Balance zwischen Selbstanerkennung und Selbstkritik zu finden.

Auf die Hilfesuchenden vs. auf die HelferInnen vs. auf den Kontext gerichtete Supervision

Supervision kann den Fokus auf unterschiedliche Bereiche des psychosozialen Helfens richten. Sie kann erstens die unmittelbare Arbeit mit den Kunden der Hilfe (Wie gehe ich bei dieser Problemstellung am besten vor?) in den Fokus der Arbeit rücken. Dies ist oft bei Lehrtherapien das, was die jeweiligen KandidatInnen vordergründig interessiert. Und es hat mit ihrer anfangs oft ausgeprägten Erwartung zu tun, bei erfolgreicher Therapie gehe es vor allem um technisches Wissen und Können. Hintergrund dafür ist jedoch meist der verständliche Wunsch irgendetwas einigermaßen Handfestes in Händen zu haben, an dem man sich orientieren und „festhalten“ könne.

Sie kann zweitens die Reaktionen der HelferIn in den Fokus der Supervision nehmen. D.h. dann das Verhalten, die emotionalen und kognitiven Reaktionen, die eine bestimmte Kundin auslöst, sowie die aktuelle persönliche und soziale Situation in ihrer Wechselwirkung mit der beruflichen Situation thematisieren. Dies geht dann regelmäßig in Richtung fallbezogener Selbsterfahrung (und könnte im gegebenen Fall auch eine Empfehlung zur Eigentherapie einschließen).

Sie kann drittens den Kontext des Helfens in einer Institution fokussieren. Dazu gehört die Zusammenarbeit mit Vorgesetzten oder Mitarbeitern, mit Zu- oder Überweisenden, gehört die selbst gewählte oder vorgegebene Arbeitsstruktur, zählen aber auch gesundheitspolitische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen psychosozialer Arbeit, die in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt werden.

Arbeit mit Einzelnen / einer Gruppe vs. Arbeit mit einem Team

In Ausbildungskontexten ist es durch Ausbildungsordnungen vorgeschrieben, die eigene therapeutische Arbeit entweder allein oder im Rahmen einer Gruppensupervision nach einer bestimmten Anzahl Therapiesitzung vorzustellen. Wenn PsychotherapeutInnen erst einmal ihre Ausbildung abgeschlossen haben, hängt es davon ab, in welchem Arbeitskontext sie sich befinden, ob und in welchem Ausmaß sie dann für sich Supervision im Einzel- oder Gruppensetting in Anspruch nehmen. Hier (im Fall von Einzelsupervision vs. Gruppensupervision) sehe ich nicht allzu gravierende Unterschiede in der Herangehensweise, außer der Möglichkeit, in

Gruppen immer die dort entstehenden Prozesse und vorhandenen Ressourcen nutzen zu können. Man kann und wird die Einschätzungen oder Sichtweisen anderer TeilnehmerInnen mit aufgreifen und diskutieren und erlebt regelmäßig, dass Teilnehmende schlicht durch ihre Beobachtung der Supervision der KollegInnen für sich selbst passende Schlüsse ziehen können. Andererseits kann es natürlich auch Hemmungen geben, sich vor den anderen Teilnehmenden zu präsentieren, Fragen zu stellen, die kritisch bewertet werden u.ä. Auch hier gilt wie generell: der Aufbau eines vertrauensvollen, wertschätzenden und unterstützenden Klimas ist zentral für das Gelingen und die Nützlichkeit der Supervision. Eine Supervision, in der eine Fallarbeit möglichst unangreifbar und glatt dargestellt wird, mit dem vorrangigen Ziel, die Sitzung möglichst unbeschadet zu überstehen, dürfte wenig Nutzen mit sich bringen.

Grundlegend anders ist die Situation mit einem Team, wo eventuell unterschiedliche Berufsgruppen mit ihrer je spezifischen Sozialisation, ihren je spezifischen Ressourcen und Aufgaben zu beachten sind. Wo aber auch Hierarchien innerhalb des Teams eine Rolle spielen. Hier ist häufig die Auftragsklärung an die Supervision ein erster etwas länger dauernder Prozess. Dieser ist mit Sorgfalt und auch Fingerspitzengefühl zu verfolgen, damit die gemeinsame Arbeit von allen Beteiligten als gewinn- und nutzbringend erlebt werden kann. Charakteristisch für die Arbeit mit Teams ist es, dass bei aller „Fallbezogenheit“ immer auch die Beziehungen der Beteiligten untereinander Thema werden können. Charakteristisch ist aber auch, dass meist die Beziehungen des Teams oder einzelner Mitglieder zu Strukturen oder Personen des Kontextes früher oder später Thema werden und eine Rolle spielen. Andererseits bringt die Arbeit mit Teams auch ganz besondere Chancen, die sich darauf beziehen, dass ein bestimmtes Arbeitsfeld durch die Beteiligung zumindest mehrerer Mitglieder dieses Feldes aktiv und kooperativ gestaltet werden kann.

Warum Supervision?

Supervision im psychotherapeutischen Bereich kann auf verschiedene Punkte zielen und dementsprechend begründet werden. Bezüglich plausibler Begründungen für Supervision können wir uns m. E. sehr gut orientieren, wenn wir uns die mittlerweile 40jährige Psychotherapieforschung vor Augen führen. Und dort können wir uns entweder an vorhandenem Wissen bezüglich anzunehmender Wirkkomponenten von Psychotherapie oder Wissen über Schäden von Psychotherapie bedienen. Ich will meinen Fokus auf die therapeutische Allianz legen (vgl. Horvath & Bedi 2002).

Die Therapeutische Allianz

In beiden Bereichen (Wirkkomponenten oder Schäden) geht es immer wieder um die Qualität der therapeutischen Beziehung bzw. der therapeutischen Allianz. Letztere ist umfassender und reichert die Beziehung um den Aspekt der Zielorientierung und Zielvereinbarung an.

Es gibt unterschiedliche Schätzungen, mit welchem Prozentsatz die therapeutische Allianz zum Erfolg einer Therapie beiträgt. Und es gibt auch Schätzungen bezüglich anderer Faktoren im Vergleich zur Beziehung. Fest steht, dass die Herstellung einer guten therapeutischen Allianz ein sehr gewichtiger Faktor und die entscheidende Basis dafür ist, dass Therapie überhaupt erfolgreich sein kann: dass es in ihrem Gefolge zu einer Öffnungsbereitschaft der Patienten kommt, dass ein Therapieangebot ernsthaft in Erwägung gezogen wird, dass Ziele benannt und vereinbart werden, dass ein Bewältigungs- oder Klärungsvorschlag angenommen wird, um nur einige wichtige Bausteine des „Allgemeinen Modells der Psychotherapie“ von Orlnsky, Grawe & Parks (1994) zu nennen.

Im Rahmen der therapeutischen Allianz stellen die TherapeutInnen gewissermaßen sich selbst als Werkzeug zur Verfügung und leisten damit emotionale Beziehungsarbeit. Dies bringt einerseits spezifische Entwicklungsaufgaben für die Ausbildung zur PsychotherapeutIn mit sich, die mit dem offiziellen Ende der staatlichen Prüfung nicht abgeschlossen sind. Sie stellen m.E. einen lebenslangen Prozess dar, der durchaus auch Risiken für die kontinuierliche Arbeit beinhaltet. Diese Entwicklungsaufgaben sind häufig Gegenstand von SV.

Entwicklungsaufgabe flexible Beziehungsfähigkeit

Zu den Entwicklungsaufgaben gehört, sich selbst in seiner individuellen Beziehungsfähigkeit kennen zu lernen und diese Fähigkeit zu vertiefen bzw. zu verbreitern. Dies geschieht in unterschiedlichen Therapieansätzen auf je eigene Art und Weise. Im Prinzip und der Praxis der Selbsterfahrung ist mittlerweile jedoch schulenübergreifend anerkannt, dass TherapeutInnen sich selbst kennen lernen sollen, ihre Beziehungsressourcen ebenso wie ihre Einschränkungen. Und dass sie in einem Prozess kontinuierlicher emotionaler und rationaler Selbstreflexion diese Beziehungsfähigkeit für eine möglichst große Bandbreite von unterschiedlichen Patientenstilen entwickeln sollen. Dies geschieht neben der reinen Selbsterfahrung oder Eigentherapie natürlich vor allem im Rahmen der fallbezogenen Einzel- oder Gruppensupervision.

Entwicklungsaufgabe Auseinandersetzung mit ethischen Fragen

Zu den Entwicklungsaufgaben, die im Rahmen von Supervision kontinuierlich bearbeitet werden, gehört auch die Auseinandersetzung mit Normen und Werten und damit ethischen Fragen. Diese spielen vor allem beim Aushandeln der Werte und Ziele im Rahmen des Aufbaus der Allianz eine zentrale Rolle. Allerdings geht es hier nicht nur um die Frage, welche Ziele von PatientInnen ich zu fördern bereit bin, wo ich die berechtigten Ziele und Werte von beteiligten Dritten berücksichtigen sollte und dementsprechend mit meinem unmittelbaren Gegenüber zur Sprache bringen sollte. Es geht auch um Fragen, welche Verhaltensweisen im Rahmen der Beziehung förderlich sind und wo Grenzen zu ziehen sind (z.B. Wie weit darf körperliche Berührung gehen? Welche Geschenke oder Aufmerksamkeiten sind mit einer therapeutischen Beziehung vereinbar? Wie viel Druck darf ausgeübt werden?). Reimer (2004) hat vier Missbrauchsgefahren in der Beziehung benannt, mit denen sich TherapeutInnen immer wieder auseinandersetzen müssen: sexuellen Missbrauch, narzisstischen Missbrauch, ökonomischen Missbrauch und ideologischen.

Entwicklungsaufgabe Umgang mit eigenen Grenzen

Zu den Entwicklungsaufgaben gehört aber auch, die Grenzen der eigenen Beziehungsfähigkeit und Beziehungsarbeit auszuloten, da „Helfen müde macht“ – wie es als Titel eines Buches über „burn out“ so schön formuliert wurde (Fengler 1998) – und auch das ist kontinuierlicher Gegenstand von Supervision. Dies ist deshalb so wichtig, weil ausgebrannte KollegInnen sich durch Beziehungsverhaltensweisen auszeichnen, die sich als besonders schädlich im psychotherapeutischen Kontext erwiesen haben (abwertendes Verhalten, extremes Pathologisieren, Rückgang des Interesses am Gegenüber, schematisches Vorgehen, Übersehen von Warnzeichen ...). Diese für die Entwicklung der therapeutischen Persönlichkeit im Rahmen einer Ausbildung formulierten Punkte zur therapeutischen Allianz gelten auch nach Beendigung derselben.

Leider muss man an dieser Stelle anmerken, dass die KandidatInnen im Rahmen der Ausbildung derzeit häufig unter Bedingungen arbeiten, die auf geradezu groteske Art und Weise das, was eigentlich gelernt werden sollte, unterlaufen und eher eine Anleitung zum Burnout darstellen. Dass unter solchen Bedingungen die Bereitschaft und auch Möglichkeit, sich mit wichtigen Aspekten seiner Persönlichkeit in der Selbsterfahrung zur Disposition zu stellen,

begrenzt ist, versteht sich von selbst und muss sogar als sinnvoller Selbstschutz gewürdigt werden.

Unser Beruf bringt spezifische Belastungen und Herausforderungen mit sich, die damit zu tun haben, dass wir tagaus und tagein mit menschlichem Leid konfrontiert werden. Dazu zählt auch, dass für die effektive Arbeit unter Aufrechterhaltung der notwendigen Empathie nur begrenzte Distanzierungsmöglichkeiten offen bleiben nach dem Motto: „Sich bewegen lassen, aber nicht überwältigt werden“. Er bietet aber auch die Erlaubnis und sogar Herausforderung lebenslanger persönlicher Entwicklung. Supervision stellt hier einen emotionalen und rationalen Rahmen zur disziplinierten Distanzierung zur Verfügung, die im Falle kontinuierlicher Supervision nach Abschluss einer Ausbildung die individuelle Weiterentwicklung der TherapeutInnenpersönlichkeit fördern soll.

Ich habe am Beispiel des besonders gut belegten Wirkfaktors der therapeutischen Allianz Begründungen für Supervision dargestellt. Wenn hier aus Gründen der Konzentration die weiteren Wirkfaktoren nicht näher ausgeführt werden, ändert das nichts an deren Bedeutung, weder an ihrer Bedeutung für die Reflexion innerhalb der Supervision, noch an ihrer Bedeutung für die Begründung von Supervision an sich. Im Wesentlichen dürften sich die Kernqualitäten der Wirkfaktoren nicht signifikant unterscheiden, wenn sie auf Supervisionsprozesse bezogen werden oder auf die therapeutische Arbeit selbst (vgl. Hubble et al. 2001).

Psychotherapie ist nach meinem Verständnis ein Unternehmen kooperativ geplanter, zielgerichteter, argumentativ begründeter Mitmenschlichkeit. Als solche braucht sie die lebendige unmittelbare Begegnung ebenso wie die abwägende distanzierte Reflexion. Letztere findet einerseits in der Vor- und Nachbereitung der jeweiligen Sitzung statt, in denen die TherapeutInnen für sich unterschiedliche Optionen des Vorgehens abwägen. Sie braucht aber auch den Spiegel eines erfahrenen aber außen stehenden Beobachters, der neue Perspektiven einbringt, den Möglichkeitsraum erweitert und – natürlich – auch die TherapeutInnen bestätigt. Die abwägende distanzierte Reflexion ist jedoch kein rein kühl-rationaler Prozess, sondern umfassender im Sinne aktivierter Schemata, wo sowohl Gedankliches aber auch Phantasien, Körpergefühle und Emotionen eine wichtige Rolle spielen. Distanz heißt hier also lediglich ein Stück vom aktuellen Geschehen zurücktreten können und sich die Zeit zur Erforschung eigener Reaktionstendenzen zu gestatten und daraus die notwendigen Schlüsse zu ziehen. Diese können dann wiederum auf der technischen Inhaltsebene genauso angesiedelt sein, wie auf der Beziehungsebene.

An welchen Prinzipien orientiere ich mich in der Supervision?

Ich möchte hier in sechs Punkten die Grundhaltung skizzieren, mit der ich in Supervision gehe, und anschließend deren Umsetzung an zwei Anwendungsbeispielen darstellen, einmal am Beispiel der Einzelsupervision im Rahmen von Ausbildung und einmal im Rahmen von Teamsupervision.

Die prinzipielle Grundhaltung meiner Supervision

Zum Verständnis meiner Grundhaltung ist es sicher nützlich, auf einen Eckpfeiler meiner eigenen Ausbildung zum Psychotherapeuten zu verweisen, der mich gerade in Bezug auf Grundhaltungen im psychosozialen Helfen sehr geprägt hat. Ich habe mich nach meiner verhaltenstherapeutischen Ausbildung mit kommunikationstheoretischen und familienorientierten Ansätzen befasst. Und ich bin schließlich bei systemischer Therapie und hier besonders bei einem Ansatz angekommen, der als sozialkonstruktivistisch charakterisiert werden kann: dem lösungsfokussierten Ansatz (Kaimer 2003, 2005, 2007). Ich bin sicherlich auch deshalb

gerade von dieser Spielart systemischer Therapie angezogen worden, weil sich viele ihrer Haltungen auch im Empowerment-Ansatz wieder finden lassen, der mich ebenfalls seit Beginn meiner verhaltenstherapeutischen Ausbildung begleitet hat. Zum Empowerment weiter unten etwas mehr.

Ich möchte im Folgenden die im Hinblick auf die therapeutische Haltung m.E. entscheidenden Punkte skizzieren.

Orientiere dich am Anliegen und dem ausgehandelten Auftrag

Wie in Therapie gilt es auch in Supervision, sich an der Motivation derjenigen zu orientieren, die um Unterstützung bitten. Daher lohnt es sich, immer wieder der Ausgangslage und das heißt der Formulierung des Anliegens Raum zu geben. Wenn ich weiß, was jemand in der jeweiligen Sitzung mit mir besprechen will und welches Ergebnis gewünscht wird, damit es sich gelohnt hat in Supervision zu gehen, kann ich mich dahingehend einstellen. Dies macht es mir unter Umständen leichter, mich auf eventuelle Ablehnung oder Annahme meiner Beiträge als Supervisor einzustellen. Grundsätzlich dienen Anliegen als Motor für das Aushandeln von Aufträgen (vgl. Loth 1998, 2005, Ludewig 2005). Es macht Sinn, auch noch andere - explizite oder implizite - Auftraggeber in Rechnung zu stellen. Im Rahmen der Therapieausbildung z.B. das jeweilige Institut, in dessen Auftrag ich arbeite, die staatliche Ausbildungsverordnung oder mein eigenes Verständnis von Therapie (z.B. hinsichtlich einer bestimmten Form von ethischem Verhalten, von Verantwortlichkeit gegenüber den PatientInnen oder beteiligten Dritten). Es kann aber auch die Institution sein, welche die Supervision bezahlt (z.B. die Klinikleitung, der Sozialdienst Katholischer Frauen, usw.). Ich ziehe es vor, die unterschiedlichen Aspekte der Auftragsklärung so gut es geht transparent zu machen, damit eventuelle Kollisionen sofort thematisiert und so gut es geht aus dem Weg geräumt werden können.

Gehe davon aus, dass das Bestmögliche getan wurde

Es ist relativ leicht, eine dargestellte Fallkonstellation – ob sie nun konkret per Audio oder Video oder ob sie rein verbal dargestellt wird – zu zerpfücken und zu kritisieren. Dies hat wohl damit zu tun, dass Psychotherapie ein Geschäft ist, welches im Vergleich zur Arbeit eines Kunsthandwerkers über weite Strecken ein verbales Unternehmen ist, in dem Geschichten erzählt und verhandelt werden. Und das kann auf vielfältige Art und Weise geschehen - und es kann auf vielfältige Art und Weise effektiv erscheinen. Nicht umsonst gibt es in unserem Feld über hundert verschiedene Verfahren (Corsini 1994; wenngleich nur wenige von diesen gut untersucht sind). Wäre Wirksamkeit unmittelbar evident oder leicht zu beweisen, wären viele von diesen Verfahren wohl schon längst ausgestorben. Das Gleiche müsste auch dann gelten, wenn es jeweils nur **einen** Königsweg zur Behandlung psychischen Leids gäbe. Das ist aber offensichtlich nicht der Fall.

Die mit dieser Vorannahme verbundene grundsätzliche Vielfalt vor Augen, besonders die für Anfänger in diesem Bereich einsehbare Unsicherheit psychotherapeutischen Arbeitens, halte ich es für nützlich, erst einmal vom besten Willen der TherapeutInnen auszugehen. Dies erlaubt mir, eine respektvolle und wertschätzende Haltung zu bewahren und meinem Gegenüber zu vermitteln, dass ich auf seiner/ihrer Seite stehe. Eine solche Haltung schließt nicht aus, dass Verbesserungsmöglichkeiten gesucht und auch gefunden werden können. Aber sie tut dies auf der Basis einer Würdigung des bereits Versuchten. Bezeichnender Weise können SupervisandInnen gerade unter dieser Voraussetzung dann, wenn es notwendig ist, einen sehr kritischen Blick auf die eigene Arbeit werfen. – Aber keine Regel ohne Ausnahmen.

Schau auf die Ressourcen

Gemäß dem oben Gesagten achte ich genau auf die Ressourcen der SupervisandInnen, denn „Ressourcen bewegen“ (Loth 2003). Wie in Therapien die PatientInnen, so kommen in Supervisionen die SupervisandInnen mit Problemkonstellationen in die Sitzung: mit den Themen, bei denen sie nicht mehr weiterkommen, sich unzulänglich fühlen, Beziehungsprobleme haben, ihnen Wissen fehlt, oder ähnliches. Diese Schwierigkeiten bzw. dieser Entwicklungsbedarf braucht natürlich Raum und Zeit. Wenn sich in der Supervision jedoch alles nur um diese Themen dreht, ist die Gefahr von Einseitigkeit und daraus folgend negativer Stimmung, Mutlosigkeit, Frustration gegeben. Mir ist – wie im Konzept des Empowerment für die Arbeit im Rahmen psychosozialer Hilfe betont wird – eine Balance zwischen notwendiger Hilfestellung und Anerkennung und Herausarbeitung vorhandener Stärken wichtig (vgl. Stark 1996, Lenz & Stark 2002). Deshalb beginne ich im Rahmen von Einzelsupervision die erste Sitzung mit einem Herausarbeiten von bereits vor Beginn der Ausbildung vorhandenen Ressourcen, Besonderheiten und Fähigkeiten für die Arbeit als PsychotherapeutIn. Ich signalisiere damit, dass ich davon ausgehe, dass jede/r bereits über etwas verfügt, bevor er oder sie beginnt sich weiterzubilden. Ich signalisiere damit aber auch, dass ich mich nicht nur für Schwächen interessiere sondern auch für Stärken. Und ich führe damit eine Arbeitsweise ein, die immer wieder erst einmal die eigenen Ressourcen erforscht, bevor Tipps oder Anleitungen von außen kommen (es sei denn dies wird ausdrücklich gewünscht). Die gilt natürlich besonders für Teams, in denen die eigenen Schätze regelmäßig übersehen und ungenutzt liegen gelassen werden.

Bemühe dich um Lösungsgeschichten

Die Sozialisation zur PsychosozialhelferIn – ob als Arzt/ Ärztin, PsychologIn oder SozialpädagogIn – fokussiert häufig und gerne auf Probleme, Störungen und die dahinter und darunter liegenden Ursachen und Dynamiken. Auch wenn eine solche Sichtweise natürlich ihre Berechtigung hat und sowohl ätiologische Modelle wie auch Problemanalysen und problembezogene Fallkonzeptionen wichtig sein mögen, so verführen sie oft dazu, sich in Phantasien über das dahinter und darunter Liegende zu verlieren. Der Blick für das Wünschens- und Erstrebenswerte geht leicht verloren oder tritt in den Hintergrund. Detaillierte Störungsmodelle werden dann engagiert konstruiert, während die sorgfältige Ziel- und Wertklärung, sowie die Bedingungen für ausreichende Motivation zur Änderung vernachlässigt werden. Ähnliches wird dann auf die Supervision übertragen. Es wird ausführlich reflektiert, was schief läuft, wo falsche Wege eingeschlagen wurden oder welche Defizite vorliegen. Lösungsgeschichten in der Supervision bemühen sich demgegenüber schwerpunktmäßig um eine Zukunftsorientierung, für die dann vorhandene Ressourcen gesucht werden können. Dabei betrifft diese Lösungsorientierung die eigene Entwicklung als PsychotherapeutIn ebenso wie die konkrete Arbeit mit PatientInnen. Die eine Leitfrage wäre: Wohin wollen Sie sich auf der Basis Ihrer eigenen Stärken und Fähigkeiten entwickeln und woran werden Sie erkennen, dass Sie auf dem richtigen Weg sind? Die zweite Leitfrage wäre: Was müsste in den nächsten Sitzungen beobachtbar und erlebbar sein, dass Sie mit der Therapie zufrieden wären und das Gefühl hätten, das Bestmögliche wird getan? Eine solche Orientierung schafft Motivation, die zieht (hin zum Wünschenswerten) statt schiebt (weg vom Unerfreulichen oder Ineffektiven). Dieses Prinzip gilt für Supervision wie für Therapie gleichermaßen.

Orientiere dich am Typus der Falldarstellung

Ich hatte bereits erwähnt, dass die Unterscheidung zwischen Bandmaterial oder – noch verstärkt - bei Live-Supervision im Gegensatz zu verbal vorgestellten Therapien einen je anderen Prozess, ein je anderes Ergebnis in der Supervision bringen wird. Diese Unterscheidung mache ich immer wieder deutlich, da es allzu leicht geschieht, dass bei der verbalen Präsentation

von Therapien der Eindruck entsteht, als spräche man über die Therapie statt über die Konstruktionen oder Rekonstruktionen des oder der Beteiligten. Worauf ich reagiere, ist das, was mir als Wirklichkeit angeboten wird, und das bezieht sich je nach angebotenen Material auf etwas anderes. Wenn mir jemand über seine Therapie berichtet, dann bewegen wir uns auf der Ebene von zugeschriebenen Bedeutungen, von Geschichten. Diese Geschichten sind verhandelbar, sind neu erzählbar, können angereichert werden oder dekonstruiert; es kann versucht werden aus Problemgeschichten Lösungsgeschichten entstehen zu lassen, aus Geschichten der Stagnation Geschichten eines kontinuierlichen Prozesses. Wenn ich eine Therapie beobachte, bewegen wir uns auf der Ebene wahrnehmbarer Fakten und unsere Geschichten haben damit eine Art Referenzbereich auf den wir zeigen können, um für unsere Geschichten zu werben bzw. unsere Art der Erzählung argumentativ zu untermauern.

Versuche Perspektiven zu erweitern

In der Geschichte der Prävention gab es einen Wendepunkt als Julian Rappaport (1994) die enttäuschenden Ergebnisse wohlmeinender Expertentätigkeit resümierte und dafür plädierte, das Konzept Prävention durch das des Empowerment zu ersetzen. Ein Kernpunkt seiner Argumentation war, dass die bisherigen expertenorientierten Programme von einer falschen Voraussetzung für die Lösung psychosozialer Probleme ausgegangen waren – nämlich dem der Konvergenz. Im Gegensatz dazu, also der Vorstellung, dass es für die Lösung eines Problems *genau eine* perfekte Lösung geben müsse, plädierte er für divergente Lösungen im psychosozialen Bereich. Und diese Lösungen kämen nicht ausschließlich von den helfenden Experten sondern genauso von den „kompetenten“ Klienten, deren Änderungsvorstellungen und teils auch „eigensinnige“ Lösungen mit aufgenommen werden müssten. Es ginge also um eine Balance zwischen notwendiger Hilfe und Anerkennung vorhandener Stärken auch wenn diese für die ExpertInnen erst einmal fremd sein könnten.

Diese Grundhaltung erlaubt es in der Supervision, der eigenen Expertenschaft als Supervisor die ebenso anzuerkennende Expertenschaft der SupervisandInnen für ihr Lebens- und Arbeitsfeld ins Spiel zu bringen. Praktisch bedeutet das, diese Expertenschaft zu explorieren, sorgfältig zuzuhören und daraus gemeinsam kooperativ Perspektiven für unterschiedliche Lösungswege zu entwickeln. Dies heißt nun nicht, notwendige Hilfe zu versagen, wo man Hilfestellung geben kann, wenn sie gewünscht wird. Es heißt vielmehr, der Versuchung zu widerstehen, fürsorglich Lösungsideen aufzudrängen, bevor man die vorhandenen Stärken und Ressourcen ausgeschöpft bzw. sich überhaupt dafür interessiert hat.

Supervision mit AusbildungskandidatInnen

Charakteristisch für diese Art Supervision ist die Auftragslage. Einerseits vergegenwärtige ich mir diese Konstellation zu Beginn einer jeden Sitzung mit den SupervisandInnen. Dies mündet meist in eine Auswahl zu besprechender Therapien, für die ich (mit)verantwortlich bin, und in eine oder mehrere Fragestellung/en zu den jeweiligen Therapien. Diese wird dann im Sinne einer Lösungssuche besprochen und es wird eine möglichst konkrete Vereinbarung für die nächste(n) Sitzungen festgelegt.

Ich habe andererseits auch eine übergeordnete Auftragslage geschaffen, indem ich zu Beginn der Supervisionstätigkeit neben der Ressourcenschöpfung mit den SupervisandInnen eine Zielannäherungsskalierung für das jeweils nächste halbe Jahr vereinbart habe. Diese umfasste in der Regel drei Zielbereiche, die im Fokus der nächsten Zeit stehen sollten und wo festgelegt worden war, worum sich die jeweilige SupervisandIn besonders bemühen wolle und worauf ich besonders achten solle.

Drittens fühle ich mich auftragsrelevanten Aspekten meines eigenen Therapieverständnisses verpflichtet, ebenso wie solchen, die sich aus den Vorstellungen des Instituts ergeben, das ich vertrete. Dies führt von Fall zu Fall immer wieder dazu, dass ich als Supervisor Themen gerne einbringen möchte, die so von dem/der SupervisandIn nicht genannt und/oder vielleicht auch gar nicht gesehen werden. Dies muss in einem möglichst transparenten Prozess ausgehandelt und auch dafür ein Auftrag erarbeitet werden. Diese Themen tauchen natürlich regelmäßig auch in selbst initiierten Supervisionen auf, weshalb ich sie hier auch anhand eines Schemas zur Orientierung benennen möchte.

Hans Lieb (2003) hat diesen Prozess für die Supervision im Rahmen der VT sehr übersichtlich als Hauptprogramm mit diversen Unterprogrammen dargestellt. Das Hauptprogramm umfasst in etwa das von mir bereits für die Fallauswahl und Fallbesprechung genannte. Zu den Unterprogrammen, die regelmäßig Gegenstand der vom Supervisor initiierten Thematik werden können, zählt er: Kontextanalyse, Selbstreferenz, Interaktionsanalyse, Therapie-Lehre und Therapieanweisung.

Zur Kontextanalyse

... zählen alle Systeme, die direkt oder indirekt mit der Supervision zu tun haben und wo prinzipiell Konflikte entstehen können. Die wichtigsten Bereiche sind der Ausbildungskontext und der Arbeitskontext der SupervisandInnen. Im Rahmen des Ausbildungskontextes geht es etwa um Fragen der Angemessenheit vorgeschriebener Supervision und ihrer Rahmenbedingungen, Divergenzen bezüglich der Durchführung von Therapie durch unterschiedliche SupervisorInnen, um Loyalitäten gegenüber vorab bereits absolvierten Ausbildungen. Im Rahmen des Arbeitskontextes kann es um die dort vorherrschend bevorzugten Krankheitskonzepte, um Hierarchien und Strukturen, aber auch Loyalitäten gegenüber einem Träger u. Ä. gehen.

Das Unterprogramm Selbstreferenz

... teilt sich in zwei weitere Unterprogramme, bei denen es einerseits um die *Person des Supervisanden*, andererseits um das *System der Supervision* selbst geht. Die entsprechenden Fragen lauten: Wo wird es notwendig, die Person der SupervisandIn mit ihren Besonderheiten oder vielleicht Blockaden zum Gegenstand der Supervision zu machen, bevor man mit der eigentlichen Fallarbeit weitermachen kann? Und wo muss die Beziehung zwischen SupervisorIn und SupervisandIn thematisiert werden, weil eine fruchtbare Zusammenarbeit aufgrund von Charakteristika des Supervisionsprozesses gestört erscheint.

Interaktionsanalyse

... meint, den Blick ein Stück weit weg von der inhaltlichen Arbeit in der jeweiligen Therapie hin zum Miteinander im Sinne einer Beziehungsanalyse zu legen. Hier werden neben Modellen wie z.B. der Plananalyse der Arbeitsgruppe um Klaus Grawe (Caspar 1989) Ideen und Modelle aus klärungsorientierten Therapieansätzen wichtig, wie zum Beispiel *das Testkonzept* der tiefenpsychologisch orientierten Mount Zion Gruppe (Weiss et al. 1986, Silberschatz et al. 1989) oder das aus humanistischer Tradition stammende Satir'sche *Kommunikationsmodell* (Beschuldiger, Beschwichtiger, Rationalisierer, Ablenker; Satir 1975).

Therapie-Lehre

... meint das Angebot von Wissens- oder Fertigkeitenvermittlung aus dem jeweiligen therapeutischen Ansatz, wenn Bedarf besteht oder auch die SupervisandIn dies explizit wünscht.

Therapieanweisungen

... sind solchen Situationen vorbehalten, in denen ich als Supervisor den Eindruck gewinne, dass die aktuelle Vorgehensweise des Supervisanden dem Patienten gegenüber schädlich ist

oder ethische Standards verletzt (z.B. Annahme von Geschenken, „Überhören“ von parasuizidalen Äußerungen). Dies ist sicherlich ein relativ seltenes Phänomen, es sollte jedoch der Vollständigkeit halber erwähnt werden, da SupervisorInnen aufgrund ihrer Rolle im Rahmen von Ausbildung und ihrer Verantwortlichkeit Patientinnen gegenüber auch in die Rolle der Fachaufsicht kommen können. Eine Therapieanweisung könnte dann u.a. darin bestehen, dass dem Supervisanden die Problematik dieser Geschenke verdeutlicht und er angewiesen wird, dies mit dem/der Patienten/in zu thematisieren, bzw. die Supervisandin die Auflage erhält, bislang offensichtlich vernachlässigte parasuizidale Äußerungen im Rückgriff auf die verflossene Sitzung angemessen zur Sprache zu bringen und gegebenenfalls einen Non-Suizidvertrag zu vereinbaren.

Supervision mit psychotherapeutisch Tätigen

Ich möchte diesen Punkt am Beispiel der Supervision mit einem Team erläutern. Im Vordergrund sehe ich hier den Wunsch der mich engagierenden und dann auch der teilnehmenden Personen, einen Rahmen für die Reflexion der eigenen Arbeit anzubieten. Den Personen, die mich engagiert haben, unterstelle ich im Vorfeld der Auftragsklärung, dass die Supervision sowohl dazu beitragen soll, die Qualität der Arbeit zu erhöhen, was sich in einem verbesserten und kooperativeren Zusammenspiel der beteiligten Professionen, in einem optimierten individuellen Umgang mit den PatientInnen aber auch in einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit der Teilnehmenden zeigen sollte. Ich unterstelle aber auch selbstverständlich den Wunsch, die bestehenden Strukturen grundsätzlich zu bestätigen und auf dieser Basis zu optimieren. Das schließt nicht aus, dass Unzufriedenheiten geäußert und an einer Verbesserung bestimmter Strukturcharakteristika bzw. einer Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Struktur gearbeitet werden kann. Für die konkrete Arbeit mit dem Team ist dann eine explizite Auftragsklärung erforderlich. Dabei kann zwischen zwei verschiedenen Formen unterschieden werden: die Mikro- und die Makro-Auftragsklärung:

Die *Mikro-Auftragsklärung* mit den unmittelbar teilnehmenden Teammitgliedern findet immer neu zu Beginn der jeweiligen Sitzung statt, wenn gesammelt wird, welche Themen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit behandelt werden sollen. Dabei lege ich jedoch Wert darauf, dass für eine Rückmeldung über vergangene Treffen – egal ob es sich um Fallbesprechungen oder andere Themen und Vereinbarungen handelte – Platz reserviert bleibt, um so Prozessaspekte in die Supervision aufzunehmen. Alle Beteiligte sollen wissen, was sich als hilfreich und wirkungsvoll erwiesen hat, wo sie am Ball geblieben sind oder wo sie etwas wieder fallen gelassen haben.

Die *Makro-Auftragsklärung* findet hingegen in den ersten Sitzungen statt, wenn geklärt wird, *wer, wie und wozu* diese Treffen genutzt werden können. Es wird zumindest grob vereinbart, was Thema werden kann oder soll und was aufgrund vergangener Erfahrungen ausgeschlossen bleiben soll. In diesen Anfangssitzungen (meist die ersten zwei, drei) sind manchmal auch mehr und/oder andere Personen anwesend als später. Dies hängt damit zusammen, dass hier gewissermaßen ein „window-shopping“ stattfindet. Es wird geprüft, inwiefern es sich für die aktuell Teilnehmenden lohnt, zu diesen Treffen zu kommen, inwiefern eigene Bedürfnisse vom Prozess betroffen sind – oder ob man mit der Zeit etwas Besseres anfangen könne.

Als Supervisor bin ich, was die verordnete, verpflichtende Teilnahme an Team-Supervision betrifft ambivalent. Einerseits finde ich es für die Fruchtbarkeit der Supervision am besten, wenn die Teilnahme freigestellt ist, denn dann kristallisiert sich über kurz oder lang eine Gruppe heraus, die ganz unmittelbar inhaltlich interessiert und motiviert ist. Zwang zur Teilnahme drückt sich, wenn es nicht gelingt, intrinsische Motivation zu wecken, in störenden

Gefühlen der Gezwungenen aus, die sich wiederum auf die eine oder andere Weise kommunikativ Luft machen. Andererseits ist es schwierig Team-Supervision zu machen, wenn dadurch Personen, die zum Team dazu gehören, jedoch nicht anwesend sind, gewissermaßen abgehängt werden und Prozesse nicht mitbekommen können, die bei der Supervision besprochen, angestoßen oder sogar konkret geplant wurden – und sie unmittelbar betreffen.

Bei beiden Formen der Auftragsklärung handelt es sich um sehr sensible Prozesse. Hier spielen bestehende gewachsene Strukturen, unterschiedliche Sozialisationen und Lernerfahrungen der Berufsgruppen, individuelle Persönlichkeiten mit ihren jeweiligen Ressourcen, Temperamenten, Interessen und Stilen zusammen. Ich sehe meine Aufgabe in dieser Phase vor allem darin, dazu beizutragen, dass ein Klima im Sinne der oben gekennzeichneten Grundhaltung entstehen kann. Diese Basis gegenseitiger Wertschätzung und Anerkennung, der Achtsamkeit für die Stärken bzw. Ressourcen der einzelnen Berufsgruppen ebenso wie der einzelnen Individuen kann fruchtbarer Boden sein für die Bearbeitung schwieriger Therapien. Dies aber nicht nur im Sinne der individuellen Psychotherapie sondern des kooperativen Zusammenspiels aller Beteiligten am umfassenderen psychotherapeutischen Prozess.

Ein fruchtbarer Prozess kann m.E. günstiger Weise über einen lösungsfokussierten Ansatz verfolgt werden. Das heißt, in einem Dreischritt, wie er auch aus dem Konzept der Zukunftswerkstatt bekannt geworden ist: Klage / Utopie / Realisierung.

In einem *ersten* Schritt kann ohne Gesichtsverlust die eigene emotionale Belastung und vielleicht Begrenzung ausgedrückt werden. Bedürfnisse nach Information oder Fertigkeiten, nach gemeinschaftlichen Vereinbarungen (Wie wollen wir als Team in dem Fall vorgehen?) und persönlicher Hilfestellung können benannt werden.

Im *zweiten* Schritt geht es vor allem darum, einen Rahmen bereitzustellen, in dem die für den jeweiligen Einzelfall angestrebten Ziele für die teilnehmenden Berufsgruppen möglichst konkret erarbeitet und kooperativ im Sinne einer aufeinander bezogenen Vernetzung verhandelt werden. Dies kann durchaus erst einmal in Form eines Idealzustandes beschrieben sein.

Im *dritten* Schritt steht das Erarbeiten von konkreten Problemlösungen auf der Basis vorhandener Potentiale aller Beteiligten im Vordergrund, wobei besonderer Wert auf eine gangbare Realisierung gelegt wird.

Zum Schluss möchte ich einen Aspekt betonen, der im üblichen Getriebe vielleicht zu kurz kommt. Die große und uns alle als psychosozial Tätige „müde machende“ Gefahr besteht vor allem darin, dass über das kontinuierliche Tagesgeschäft mit all seinen Herausforderungen und auch immer wieder hinzunehmenden Rückschlägen zuwenig explizit gewürdigt, sichtbar gemacht und geschätzt wird, welcher Reichtum an unterschiedlichen Potentialen und welcher wertvolle und immer wieder auch großartige Arbeit miteinander geleistet wird. Hierfür ein angemessenes Bewusstsein zu schaffen und immer wieder daran zu erinnern, ist eine zentrale Aufgabe von Teamsupervision.

Literatur:

Caspar F (1989) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern

Corsini RJ (1994) Handbuch der Psychotherapie. Bd 1 & 2. PVU, München

Fengler J (1998) Helfen macht müde. Zur Analyse und Bewältigung von Burnout und beruflicher Deformation. Klett-Cotta, Stuttgart

- Frank R, Rzepka U, Vaitl D (1996) Auswirkungen von Psychotherapie-Supervision auf die Entwicklung von Psychotherapeuten. In: Bents H, Frank R, Rey E-R (Hg) Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie. Roderer, Regensburg, S. 218-239
- Hargens J (2004) Aller Anfang ist ein Anfang. Gestaltungsmöglichkeiten hilfreicher systemischer Gespräche. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Hargens J (2005) Psychotherapie ... und welche Bedeutung haben die Beteiligten? In: Hargens J (Hg) (2005) „... und mir hat geholfen...“ Psychotherapeutische Arbeit – was wirkt? Perspektiven und Geschichten der Beteiligten. borgmann, Dortmund, S.13-26
- Horvath AO, Bedi RP (2002) The Alliance. In: Norcross JC (Hg) Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients. Oxford University Press, New York, S. 37-69
- Hubble, MA, Duncan BL, Miller SD (Hg) (2001) So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. verlag modernes lernen, Dortmund
- Kaimer P (2003) Story Dealer – ein Vorschlag zur Selbstbeschreibung von PsychotherapeutInn/en. In: Schemmel H, Schaller J (Hg) (2003), S.61-80
- Kaimer P (2005) Lösungsfokussierung: Gedanken zu einem gemeindepsychologischen Handlungsprinzip innerhalb einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Systema 19(1): 27-46
- Kaimer P (2007) Narrative Ansätze: Nützliche Geschichten als Quelle für Hoffnung und Kraft. In: Frank R (Hg) (2007) Therapieziel: Wohlbefinden. Springer, Berlin, Heidelberg, im Druck
- Kersting H (2004) Die Macht der Komplexität. Supervision systemisch gewendet. Systema 18(3): 260-271
- Lieb H (2003) Verhaltenstherapeutische Supervision – Ein Modell in Haupt- und Unterprogrammen. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 35(3): 483-496
- Lenz A, Stark W (Hg) (2002). Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation. dgvt-Verlag, Tübingen
- Loth W (1998) Auf den Spuren hilfreicher Veränderungen. Das Entwickeln Klinischer Kontrakte. verlag modernes lernen, Dortmund
- Loth W (2003) Ressourcen bewegen. In: Schemmel H, Schaller J (Hg) (2003), S.29-50
- Loth W (2005) „Einiges könnte ganz schön anders sein“ – Systemische Grundlagen für das Klären von Aufträgen. In: Schindler H, Schlippe A v (Hg) (2005) Anwendungsfelder systemischer Praxis. Ein Handbuch. Borgmann Media, Dortmund, S.25-54
- Ludewig K (2005) Einführung in die theoretischen Grundlagen der systemischen Therapie. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg
- Orlinsky DE., Grawe K, Parks R (1994) Process and Outcome in Psychotherapy – Noch einmal. In: Bergin AE, Garfield S (Hg) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4th Edition. Wiley, New York, S. 270-376
- Rappaport J (1984) Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 17(2): 257-278
- Reimer C (2004) Grenzen und Gefahren der therapeutischen Beziehung. Psychotherapie im Dialog 5(4): 381-387
- Satir V. (1975) Selbstwert und Kommunikation. Familientherapie für Berater und zur Selbsthilfe. Pfeiffer, München
- Schemmel H, Schaller J (Hg) (2003) Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit. dgvt-Verlag, Tübingen
- Schlippe Av, Schweitzer J (1996) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Schmelzer, D. (1997) Verhaltenstherapeutische Supervision. Theorie und Praxis. Hogrefe, Göttingen

Dieser Artikel erscheint in:

Systeme. Interdisziplinäre Zeitschrift für systemtheoretisch orientierte Forschung und Praxis
in den Humanwissenschaften 21(1), 2007

Silberschatz G, Curtis JT, Nathans S (1989) Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy* 26(1): 40-46

Stark W (1996) Empowerment. Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis. Lambertus, Freiburg

Weiss J, Sampson H & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986) The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research. Guilford Press, New York

Dr. Peter Kaimer
Universität Bamberg,
Lehrstuhl für Klinische Psychologie
Markusplatz 3
96045 Bamberg
peter.kaimer@ppp.uni-bamberg.de

Kurzvita

Dr. Peter Kaimer, Studium der Psychologie, Philosophie, Soziologie; Psychologischer Psychotherapeut; Wissenschaftlicher Angestellter am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie / Universität Bamberg; Aufbau und Leitung der Forschungs- und Beratungsstelle / Psychotherapeutische Ambulanz der Universität Bamberg; eigene Praxis in Nebentätigkeit; außerordentliches Mitglied der KVB Oberfranken; als Supervisor & Lehrtherapeut verantwortlich für die Praxistätigkeit von Postgraduierten an der Psychotherapeutischen Ambulanz des Lehrstuhls (Leitung: Prof. Dr. Hans Reinecker) gegenüber der KVB; Supervisor bei mehreren Ausbildungsinstituten sowie als Supervisor und Dozent akkreditiert bei der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten.