

# Kopie

nur zum persönlichen Gebrauch!

Schmelzer, D. & Hirsch, R. (2005). Supervision und Selbsterfahrung. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie* (3. Aufl.; S.363-371). Stuttgart: Thieme.



<dto. 2007: 4.Aufl.>

# 26 Supervision und Selbsterfahrung

D. Schmelzer, R. Hirsch

Supervision und Selbsterfahrung sind aus der psychotherapeutischen Praxis aller Therapieschulen nicht wegzudenken. Denn die Umsetzung von Therapiekonzeptionen in gelungenes therapeutisches Handeln ist durchaus schwierig: Qualifizierte Diagnostik, empathisches Verstehen und hilfreiches Bearbeiten der Problemkonstellationen von Patienten, Wahrnehmung von personenspezifischen, die Therapie beeinflussenden Anteilen der Patienten und Therapeuten, und vor allem die Selbstwahrnehmung der Therapeuten bezüglich der von ihnen ausgehenden „Imprägnerung“ therapeutischer Prozesse stellen hohe Anforderungen.

**Supervision.** Supervision durch erfahrene Fachkollegen stellt eine wertvolle Hilfestellung dar, indem sie in der Aus- und Weiterbildung die ersten praktischen therapeutischen Schritte begleitet bzw. in späteren Berufsjahren zusätzliche Perspektiven von außen bietet und auf diese Weise zur **Qualitätssicherung** beiträgt. Die Art und Weise, wie Supervision im einzelnen durchgeführt wird, variiert zwar in Abhängigkeit von der jeweiligen therapeutischen Grundorientierung; ihre *generelle* Bedeutung steht heutzutage aber außer Frage. Sie wird auch durch zahlreiche Publikationen unterstrichen, von denen die meisten in einer anderen Arbeit (Schmelzer 1997) zitiert sind.

## 26.1 Supervision

**Begriffsklärung.** Allgemein betrachtet ist Supervision bei psychosozial Tätigen ein Mittel zum Erleichtern, Gewährleisten oder Verbessern des adäquaten Umgangs mit professionellen Anforderungen. Im engeren (auf die Therapie bezogenen) Sinn bezieht sie sich auf eine Situation, in der ein Therapeut in eigener Verantwortung Patienten betreut und bei dieser Aufgabe von einem Supervisor – in der Regel von einer „kompetenteren“ und/oder „erfahreneren“ Person – unterstützt wird (= **Praxis-supervision**). Im Rahmen einer Aus- und Weiterbildung meint sie die fachkompetente Begleitung der ersten praktischen Schritte der Berufsausübung von Aus-/ Weiterbildungssteilnehmern durch anerkannte Lehrtherapeuten (= **Aus- und Weiterbildungs-supervision**). Dies kann einzeln oder im Gruppen-Setting geschehen; auf andere Formen wie Teamsupervision, Institutionsberatung, Organisationsentwicklung oder kollegiale Supervision gehen wir hier allerdings nicht näher ein (vgl. dazu z.B. Schmelzer 1997).

**Selbsterfahrung.** Mit ihrer Fokussierung auf die therapeuteigenen Prozesse bearbeitet die Selbsterfahrung die Anteile des Therapeuten, die das therapeutische Geschehen wesentlich beeinflussen. **Psychodynamisch orientierte**, also analytisch begründete **Therapieverfahren** gehen seit jeher davon aus, dass die therapeutische Beziehung die Problematik des Patienten vielfältig widerspiegelt, dass die Wahrnehmung und Reflexion dieser Interaktionsprozesse also diagnostisch und therapeutisch unverzichtbar ist (vgl. auch Krause 1997, Streeck u. Werthmann 1992). In der Supervision und Selbsterfahrung sollen diese persönlichen Anteile bewusstseinsnah werden; dabei hat die eigene Selbsterfahrung oft Modellcharakter für das spätere therapeutische Handeln. Seit **Verhaltenstherapeuten** die therapeutische Beziehung als **Grundlage** jeder guten Therapie anerkennen, ist auch dort Selbsterfahrung ein Pflichtbestandteil jeder Ausbildung (z.B. Hippler u. Görlitz 2001, Laireiter u. Elke 1994, Lieb 1997 u.a.).

Hier sollen Supervision und Selbsterfahrung nur in ihrer Bedeutung für Aus- und Weiterbildung abgehandelt werden. Beide Prozesse sind mit Ausbildungsende sicherlich nicht als abgeschlossen zu betrachten: Auf Modelle der berufsbegleitenden **kollegialen Supervision** (z.B. Intervisionsgruppen: Rotering-Steinberg 1999) weisen wir ausdrücklich hin.

### ■ Ziele von Supervision

**M** Das wichtigste langfristige Ziel der Supervision besteht darin, die Entwicklung „hinreichend guter“ Therapeuten zu fördern, die dann zu eigenverantwortlicher Tätigkeit in der Lage sind.

Folglich geht sie weit über bloße Anleitung hinaus und versucht in einer wohlwollend-unterstützenden, aber auch kritischen Lernatmosphäre, Supervisanden notwendige Kompetenzen zu vermitteln (besonders während einer Aus- und Weiterbildung), vorhandene Stärken und Ressourcen besser einzusetzen, Blockaden im diagnostisch-therapeutischen Prozess zu erkennen bzw. möglichst zu beheben und vieles mehr. Supervision zielt darauf ab, Supervisanden zu **befähigen**, ihre beruflichen Aufgaben adäquat zu erfüllen. Voraussetzung dafür ist aber immer eine fundierte Aus- oder Weiterbildung, in deren Rahmen die notwendigen Grundkompetenzen erworben wurden. Somit ist die Supervision mehr dem „Feinschliff“ gleichzuset-

Tabelle 26.1 Die 3 „klassischen Funktionen von Supervision nach Kadushin (1976)

Funktion	Merkmale
edukative Funktion	z. B. Lehren, Erziehen, Vermittlung von Wissen und Können, Training/Üben von Methoden und Vorgehensweisen, Anleitung zu Selbstreflexion, konstruktives Feedback etc.
supportive Funktion	z. B. emotionale Unterstützung/Begleitung bzw. Entlastung, Psychohygiene, Fördern von Selbstschutz, Assistenz beim Umgang mit beruflichem Stress, Prävention von „Burn-out“ etc.
administrative Funktion	z. B. Gewährleisten des optimalen „Funktionierens“ einer Einrichtung, Evaluation, Qualitätssicherung, Patientenschutz, Optimieren der Arbeitsabläufe etc.

zen, aber kein Ersatz für fehlende Aus- und Weiterbildung oder Ausgleich für unzureichende Arbeitsbedingungen. Und dass ein *prinzipiell fähiger* Therapeut auch in späteren Berufsjahren immer wieder einmal auf schwierige Situationen treffen wird, zeigt eher die Indikation und Notwendigkeit einer Supervision für die gesamte Berufslaufbahn.

### ■ Funktionen

Die *Funktionsvielfalt* von Supervision zwischen Lernen und Lehren, persönlicher Unterstützung und administrativen Aufgaben ist seit langem bekannt. Kadushin hat bereits 1976 die wesentlichen Funktionen von Supervision in psychosozialen Berufen wie in **Tab. 26.1** beschrieben.

Manche nehmen – besonders auf Teams und Institutionen bezogen – die sog. *aufklärerisch-emanzipatorische Funktion* von Supervision als 4. Funktion hinzu in der Hoffnung auf automatische Veränderungswirkungen durch Einsichten, Erkenntnisse und andere Perspektiven, die während der Supervision zustande kommen.

### ■ Mögliche inhaltliche Schwerpunkte der Supervision

Nach Themengebieten geordnet sind die häufigsten inhaltlichen Schwerpunkte der klinischen Supervision:

- **Fachliche Aspekte des Therapieablaufs:** z. B. „ordnungsgemäße/sachlich korrekte“ Therapiedurchführung nach den aktuellen Erkenntnissen und Regeln der therapeutischen „Zunft“, Umgang mit schwierigen Therapiesituationen;
- **Patient(en) des Supervisanden** inkl. aller Besonderheiten der jeweiligen Krankheitsbilder;
- **Therapeut-Patient-Beziehung** in ihrer jeweiligen Aussagekraft für den therapeutischen Prozess
- **Einflüsse aus der Therapeuten/Supervisanden-Person auf die Therapie:** persönlicher Stil, hilfreiche positive sowie schädliche negative Motive, Ängste, eigene Probleme, blinde Flecken, aber auch Stärken und Ressourcen etc.;

- **Supervisor-Supervisand-Beziehung;**
- **institutionelle Rahmenbedingungen des Supervisanden:** förderliche oder hinderliche Bedingungen aus dem Arbeitssystem, „Setting“ bzw. „Kontext“ der Berufssituation von Supervisanden;
- **spezielle Situation der Supervision:** unmittelbarer Kontext der Supervision inkl. deren Rahmenbedingungen.

## Das spezielle Vorgehen der verhaltenstherapeutischen Supervision in der Praxis

**M** Verhaltenstherapeutische Supervision (VT-Supervision) ist zwar keine Therapie, aber ein *therapieanaloger Prozess*, bei dem es ebenfalls um Lernen, Veränderung, Weiterentwicklung, Konfliktlösen und Problembewältigung geht und für den es eine förderliche Arbeitsatmosphäre braucht (Lieb 1993, Lohmann 2001, Schmelzer 1997, Zimmer 2000).

Vieles von dem, was zum Funktionieren einer guten Therapie beiträgt, kann daher bei Supervision nicht verkehrt sein, und so werden – auf der Basis einer guten *Beziehung* zwischen den Beteiligten – in der VT-Supervision die fundamentalen *therapeutischen Wirkfaktoren* genutzt (Grawe 1994):

- Problemlösung und -bewältigung;
- Klärungsprozesse;
- möglichst datennahes, problemaktualisierendes Vorgehen;
- Ressourcenorientierung.

Der Arbeitsfokus liegt bei Supervision allerdings klar auf den Bereichen Aus-/Weiterbildung und Berufstätigkeit.

### ■ Supervisionsbeziehung als Basis

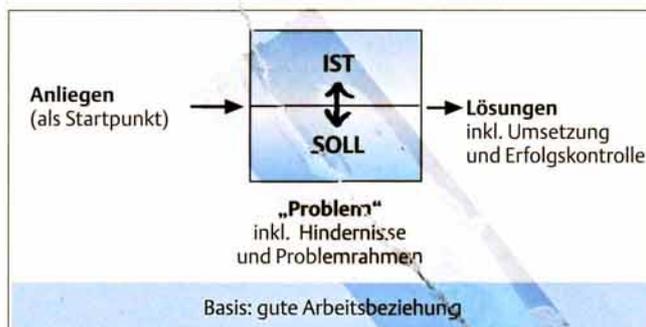
Eine fehlerfreundliche, unterstützende, lernförderliche Arbeitsbeziehung ist das A und O jeder guten Supervision. VT-Supervisoren zeigen einerseits empathisches Verständnis und orientieren sich am jeweiligen Entwicklungsstand ihrer Supervisanden, andererseits geben sie mit ihrem Feedback Anstöße zu Weiterentwicklung, Veränderung und Lernen. Mit neugierig-erkundenden Fragen oder im sokratischen Dialog versuchen sie erst einmal einen Eindruck von der „Welt“ der Supervisanden mit all ihren Stärken und Schwächen zu bekommen. Dadurch wird auch deutlich, in welcher *generellen Funktion* sie als Supervisor derzeit besonders gefragt sind (z. B. edukativ? supportiv? administrativ? aufklärerisch? **Tab. 26.1**). Dies ist elementare Voraussetzung für das lösungsorientierte Arbeiten an Problemen.

### ■ Problemlösemodell als „Kernprozess“

Die klassischen Problemlöseschritte (z. B. D'Zurilla u. Goldfried 1971: s. **Tab. 26.2** und **Abb. 26.1**) geben den Grobrahmen des *inhaltlichen* Arbeitens vor: Zunächst werden die

**Tabelle 26.2 Problemlösemodell als „Kernprozess“ der verhaltenstherapeutischen Supervision**

1. Einstieg und erste Orientierung: Suche nach Anliegen und Fragestellungen (als Startpunkt)
2. Klärung der Ist-Situation (und der dafür verantwortlichen funktionalen Bedingungen: Verhaltensanalyse!)
3. Klärung der Soll-Situation (Was stattdessen?)
4. Suche nach Alternativen und praktikablen Lösungen
5. Umsetzung der Lösungsschritte
6. Effektkontrolle (bei Erfolg: weiter so, bei Misserfolg: zurück zu obigen Schritten)



**Abb. 26.1 Problemlösemodell.**

Supervisanden gebeten, ihre **Anliegen** und **Fragestellungen** für die jeweilige Supervisionsitzung zu formulieren – allerdings nur soweit, dass ein **Einstieg** in den Supervisionsprozess erfolgen kann (Orientierungsphase):

Anlässe für eine Supervision sind z. B.:

- „Ich habe jetzt meine erste Patientin mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung und möchte Rückmeldung erhalten, ob mein Vorgehen einigermaßen passt“,
- „Ich merke, dass ich mit aggressiven Patienten Probleme habe“,
- „Mein Chefarzt verlangt von mir, dass ich **alle** Patienten auf Station zum Alkoholentzug motiviere – kann ich das überhaupt schaffen?“,
- „Herr K. weigert sich, bei der geplanten Angstkonfrontation mit zu machen“,
- „Frau R. weicht mir auf bestimmte Fragen aus“,
- „Wie schreibe ich einen guten Therapieantrag, der vom Gutachter dann auch genehmigt wird?“,
- „Ich werde selbst depressiv, wenn mir Frau A. von ihren Schwierigkeiten erzählt“ etc.

Dann beginnt der eigentliche Bearbeitungsprozess mit der intensiveren **Klärung von Ist- und Soll-Situation**, die auch die **funktionalen Bedingungen** der Supervisionsprobleme erhellt. (*Beides*, Ist/Soll gehört zur Definition eines „Problems“, des Weiteren sind die jeweiligen Hindernisse und der Problemrahmen relevant, s. **Abb. 26.1**).

Danach folgt die **Suche nach Alternativen und praktikablen Lösungen**. Manche Lösungsmöglichkeiten werden im Gespräch diskutiert, andere im Rollenspiel erprobt, wieder andere so weit vorbereitet, dass eine **Umsetzung** erster Schritte in der Zwischenzeit bis zur nächsten Supervision versucht werden kann. Bei vielen Lösungsideen lässt sich der tatsächliche Erfolg/Misserfolg erst in der jeweils folgenden Supervisionsstunde besprechen, woraus ersichtlich wird, dass sich die Bearbeitung vieler Themen über mehrere Sitzungen erstreckt.

Supervision ist nicht nur ein Problemlöse- sondern auch ein **Lehr- und Lernprozess**, und die Schlagworte Kompetenzvermittlung, „learning by doing“, „learning by discovery“, Nutzung bereits vorhandener Ressourcen etc. machen deutlich, dass dabei viele pädagogisch-edukative Elemente (und natürlich die Lerntheorien!) genutzt werden. Falls größere Kompetenzdefizite bzw. Lernziele deutlich werden, muss die Bearbeitung allerdings in anderer Form erfolgen (z. B. in **Workshops/Seminaren** zum Lernen

grundlegend neuer Fähigkeiten bzw. in **Selbsterfahrung** und **persönlicher Therapie** zum Erkennen und Bearbeiten persönlicher Anteile bzw. in **System- oder Organisationsberatung** zur Verbesserung misslicher Arbeitsbedingungen); hier hat die Supervision mehr **hinweisgebende Funktion**.

**F** Frau K. formuliert als Anliegen, sie möchte lernen, besser mit Patient M. umzugehen, der sie in ihren Stunden regelmäßig „tot rede“. Sie hat eine Videoaufnahme der letzten Therapiesitzung mit Herrn M. dabei und wird gebeten, zunächst 2 bis 3 „typische“ Szenen des Problems zu zeigen. In der Verhaltensanalyse dieser typischen Ist-Situationen fällt einerseits auf, dass Frau K. versäumt, das Gespräch konstruktiv zu strukturieren (z. B. durch lösungsorientierte Fragen) und stattdessen durch ihre nonverbal zugewandte Haltung den Redefluss von Herrn M. noch verstärkt und ermuntert. Andererseits wird deutlich, dass Frau K. Hemmungen hat, Herrn M. zu unterbrechen, was sich aus ihrer persönlichen und beruflichen Sozialisation erklärt („Ein liebes Mädchen unterbricht ältere Herrschaften nicht – vielleicht bin ich deshalb auch zunächst nichtdirektive Gesprächstherapeutin geworden ...“). Für die Soll-Situation wurden folgende Lernziele vereinbart: (1) Aktivere Gesprächsführung lernen (z. B. Fragen stellen, zusammenfassen, unterbrechen und auf relevante Themen lenken etc.), (2) besser auf adäquaten Einsatz nonverbaler Kommunikation achten (Zuwendung für Konstruktives bzw. Ignorieren/Unterbrechen dysfunktionaler Patientenbeiträge), (3) Arbeit an problematischen persönlichen Anteilen („Muss ich als Therapeutin wirklich immer lieb und nett sein?“), (4) Ausprobieren und Üben der konstruktiven Gesprächsführung in Rollenspiel und Videofeedback, (5) Umsetzung des Geübten im Realkontakt mit Patienten mit erneuter Videoaufnahme, (6) gemeinsame Analyse des Videos und Feedback in der nächsten Supervisionsstunde.

### ■ Klärungsarbeit

Wie in der kognitiven Verhaltenstherapie üblich, wird die Lösung von Problemen auch in der Supervision durch eine gute Klärungsarbeit erleichtert. So benutzen wir die eingangs vorgebrachten Anliegen nur als Einstieg, um sie kontinuierlich zu konkretisieren und in lösungsförderliche Ist-/Soll-Diskrepanzen zu transformieren. Weil per Definition nur „Probleme“ lösbar sind (nicht aber z. B. „Tatsachen des

**Tabelle 26.3** Unterschiedliche Ausgangssituationen für Bewältigungsschritte („Coping“: Lazarus u. Folkman 1984)

Situationen mit Aussicht auf Problemlösung und Bewältigung (aktives „Coping“)	Situationen, die eine Anpassung bzw. Akzeptanz erfordern (passives oder emotionales „Coping“)
<b>Problem:</b> prinzipiell (zumindest theoretisch) lösbare Ist-/Soll-Diskrepanz	<b>Tatsache:</b> unveränderliche Situation, die akzeptiert werden muss (z. B. dass es immer auch Patienten geben wird, die nicht mit uns arbeiten wollen)
<b>Ziel:</b> prinzipiell erreichbarer Soll-Zustand	<b>Utopie:</b> unerreichbarer Soll-Zustand (z. B. ewiges Glück auf Erden als Therapieziel)
<b>Konflikt:</b> prinzipiell lösbarer Widerspruch zwischen Zielen/Perspektiven (inter- bzw. intrapersonal)	<b>Dilemma:</b> nicht auflösbarer Widerspruch zwischen Zielen/Perspektiven (z. B. Wunsch nach enger Beziehung bei gleichzeitig 100% Autonomiebestreben)

Lebens“), differenzieren wir entsprechend **Tab. 26.3**, ob eher aktive oder passiv-emotionale Bewältigungsversuche unserer Supervisanden sinnvoll sind. Damit lernen sie, nur dort ihre Energien einzusetzen, wo sie auf das Erleben und Verhalten ihrer Patienten Einfluss nehmen können („Wo kann ich etwas anstoßen? Wo kann ich etwas tun?“):

### **M** Lösungen gibt es nur dort, wo es auch ein „Problem“ gibt.

Bei der Suche nach den *Bedingungsfaktoren* von Supervisionsproblemen (Verhaltensanalyse) bewegen wir uns in der Regel auf den 3 *Hauptarbeitsschienen der Supervision* (**Tab. 26.4**, s. unten).

Die „Logik“ dieser Schienen besagt, dass wir unseren Supervisanden zunächst „unterstellen“, nach bestem Wissen und Gewissen und nach dem Stand der Zunft ihre Arbeit leisten zu wollen. Bei *Problemen* suchen wir dann nach Fehlern/Defiziten auf der *sachlichen* Ebene; falls dort alle notwendigen Skills vorhanden sind, analysieren wir, welche *persönlichen* Einflussgrößen (z. B. Angst) oder welche *systembedingten* Störfaktoren (z. B. unklare Teamstrukturen, Überlastung durch zu hohe Patientenzahlen etc.) zu den Schwierigkeiten beitragen. Mittels solcher Verhaltensanalysen erhalten wir Hinweise darauf, wo wir unseren Supervisanden mit welchen Mitteln weiterhelfen könnten. Dazu gehört – als weiterer Klärungsaspekt – immer auch die Suche nach Alternativen („Was stattdessen?“), woraus

**Tabelle 26.4** Inhaltliche Hauptarbeitsschienen der verhaltenstherapeutischen Supervision

<b>sachlich-aufgabenbezogene Schiene</b>	berufliche Kompetenzen, Fähigkeiten und Skills, Gesprächs- und Therapietechniken, diagnostisches und therapeutisches Know-How etc.
<b>persönliche Schiene</b>	Stil des Therapeuten, persönliche Einflüsse aus der Biografie, Stärken und Schwächen, Einflüsse aus der beruflichen Sozialisation etc.
<b>kontext-/systembezogene Schiene</b>	Einflussfaktoren des jeweiligen Arbeitsumfelds, Praxis-/Klinikbedingungen etc.

sich die individuellen *Lernziele* für die jeweiligen Supervisanden ableiten. Dabei entstehen viele Muster (egal, ob in Form von Problemen, Zielen oder Lösungswegen) erst im Verlauf der Arbeit, d. h. im Zuge des Supervisionsprozesses.

### ■ **Datennahes Vorgehen und Problemaktualisierung**

Wenn immer möglich, geht die VT-Supervision über die reine Gesprächsform („Reden in der Supervision über das Reden in der Therapie“) hinaus und nutzt Tonband- oder Video-Aufzeichnungen der Realsitzungen, Fallberichte, Dokumentation etc. als Arbeitsmaterial. Auch Rollenspiele helfen, relevante Aspekte in die Supervisions Sitzung erlebnisnah hereinzuholen und „lebendig“ zu machen. Damit lassen sich einerseits emotionale Anteile der therapeutischen Arbeit (re-)aktivieren und analysieren und andererseits konstruktive Lernschritte einüben und umsetzen.

### ■ **Ressourcenorientierung**

Neben dem Blick auf Mängel und Defizite (aus denen allerdings sofort Lernziele für die Vermittlung erforderlicher Kompetenzen abgeleitet werden!) achten VT-Supervisoren kontinuierlich darauf, welche Stärken und Ressourcen ihre Supervisanden schon besitzen. Dementsprechend verstärken sie auch deren positive Ideen, Eigeninitiativen beim Problemlösen, erfolgreiche Gesprächs- und Therapiestrategien, gute Vorbereitung der Supervisionsitzungen, ihre Bemühungen und Anstrengungen angesichts neuer Anforderungen, kleine Schritte der Angstüberwindung und vieles mehr. Denn das Lernen neuer Fertigkeiten bzw. das Überwinden von Schwächen gelingt dann am besten, wenn gleichzeitig ein adäquates Verhältnis zu den Bereichen hergestellt wird, in denen sich die Supervisanden bereits als kompetent und sattelfest erweisen.

## Supervision aus tiefenpsychologischer Sicht

Supervision in psychodynamisch begründeten Therapien hat in der „Kontrollanalyse“ der Psychoanalyse eine lange Tradition, die bis 1920 zurückreicht. Die Kontrollanalyse stand im Spannungsfeld zwischen einem Verständnis als (fortgeführte oder erweiterte) Analyse des Kandidaten und einem von der Lehranalyse getrennten fallbezogenen Verständnis als Vermittlung von Behandlungstechnik, für das besonders Balint eintrat (Balint 1947). In der analytischen Ausbildung hat sich letzteres inzwischen durchgesetzt (Zeul 1988). Dies gilt auch für Supervision tiefenpsychologisch fundierter Therapien.

Das bedeutet, dass in der supervidierten Patientenbehandlung auftretende Aspekte der Eigenanalyse/Selbsterfahrung des Therapeuten, die das therapeutische Vorgehen beeinflussen können, zwar thematisiert, aber nicht weiterführend als Selbsterfahrung bearbeitet werden; der Verweis auf Klärungsmöglichkeiten oder gar -notwendigkeit

in der eigenen Selbsterfahrung, die deshalb auch während der Patientearbeit noch nicht abgeschlossen sein sollte, muss genügen – aber auch erfolgen (s.u.).

### ■ **Supervision in der Aus- und Weiterbildung**

In der Aus- und Weiterbildung wird in der Regel nach je 4 Behandlungsstunden eine Supervisionssitzung anberaumt. Der Prozess der Behandlung wird vom Erstinterview an begleitet. Die Behandlungskonzeption, die sich aus Erstinterview, den Kenntnissen über die biografische Anamnese und den Wahrnehmungen über das Erleben der therapeutischen Beziehung ergibt, wird durchgesprochen. In der Begleitung des anschließenden Behandlungsverlaufs werden Fragen des Supervisanden zum Verständnis von Beobachtungen in der Therapie, zur Notwendigkeit und dem Sinn – oder auch Unsinn – von Interventionen, zur Methodik überhaupt fallbezogen und ggf. auch behandlingstechnisch generalisiert durchgearbeitet. Der Therapeut wird angeleitet, mit „freischwebender Aufmerksamkeit“ beobachtend, ordnend, erlebend zuzuhören, seine Erlebnisse bezüglich der in ihm entstehenden Emotionen und Affekte zu reflektieren, gegenüber Handlungsimpulsen abwartend unter Rückgriff auch auf seine theoriebegründeten Werkzeuge für sich zu klären, ob und welche Antwort oder Intervention sinnvoll ist. Da Gespräche nicht nur Informationen vermitteln, sondern zugleich reichlich affektiven Austausch enthalten, der die therapeutische Beziehung bestimmt, ist die **Wahrnehmungsschulung** vorrangig (Krause 1997).

Supervision in der Gruppe mit bis zu 4 Teilnehmern (Weiterbildungsregularien z.B. der Ärztekammern) kann anteilig für die Aus- und Weiterbildung anerkannt werden.

### ■ **Supervision in Gruppen**

Der Gruppenkontext bietet wertvolle Möglichkeiten: Angesichts der Tatsache, dass die Aus- und Weiterbildungssupervisionen nur wenige Behandlungen quasi beispielhaft begleiten, ist es bereichernd, an weiteren supervidierten Behandlungen der Kollegen prozessbegleitend teilzunehmen. Zudem bringen die Beiträge der mitteilnehmenden Kollegen nicht zu unterschätzende Bereicherungen, auch erfahrene Supervisoren haben ja blinde Flecken. Und letztlich ergeben sich aus der Nutzung gruppenspezifischer und gruppenanalytischer Methodik Erkenntnisse über therapeutische Prozesse, die im Zweipersonen-Setting sich nicht so abbilden, nicht so deutlich erkennbar werden. Vielleicht ist auch das Machtgefälle, das Supervisionen unvermeidlich haben, in der Gruppenarbeit besser bezüglich seiner möglichen destruktiven Seiten zu bearbeiten. Auch ökonomische Gründe können für Gruppensupervision sprechen.

### ■ **Behandlungsdarstellung**

Die Behandlungsdarstellungen werden überwiegend an Hand von Protokollen in Form mündlicher Berichte über einzelne Sitzungen oder Ausschnitten davon oder Behand-

lungssequenzen in die Supervision eingebracht. Auch Tonbandmitschnitte aus Behandlungen, mit Zustimmung des Patienten aufgenommen und dem Supervisor demonstriert, werden inzwischen häufiger verwendet. Hier wurden zögernd Erfahrungen der Gesprächstherapie und der Verhaltenstherapie adaptiert.

Videoaufzeichnungen werden aus der Besorgnis heraus, die Intimität der Behandlungsstunde werde zerstört, selten genutzt. Systemische Therapeuten und vor allem Familientherapeuten haben mit diesem Medium jedoch alltäglichen Umgang, wenden auch Live-Supervisionen an.

### ■ **Beziehung Supervisor-Supervisand**

In der Supervisionsbeziehung können sich **therapeutische Interaktionsprozesse** im Sinne einer unbewussten Reinszenierung widerspiegeln. Diese können besser oder überhaupt nur wahrgenommen werden, wenn auch die Beziehung Supervisor-Supervisand jeweils mitbetrachtet wird. Es ist also wichtig, auf die „Leistungsfähigkeit“ dieser Beziehung zu achten. Weitgehend herrscht Einigkeit darüber, dass eindeutige Rahmenbedingungen mit klaren Abgrenzungen erforderlich sind; Abstinenzregeln, wie sie obligat für Selbsterfahrung gelten, werden entsprechend auch für Supervisionsbeziehungen benötigt. Dies gilt auch, weil der Supervisionsprozess zeitweilige Abhängigkeit schaffen kann.

Der Supervisor übernimmt Verantwortung für den Prozess und steht insofern gelegentlich im Widerstreit zwischen **begleitender Beratung** der Therapie und der Ausübung einer **Kontrollfunktion**: Ein rigides Kontrollbedürfnis schadet der Bereitschaft zu offener, fehlerfreundlicher Darstellung in der Zusammenarbeit; das Vermeiden notwendiger Konfrontationen gefährdet evtl. die Patienten, wenn diese nicht sach- und fachgemäß behandelt werden. Selbstverständlich ist, dass Supervisand und Supervisor im Vorgespräch klären, ob die Voraussetzungen für Behandlungsaufnahme vorliegen, und ob sie die Zusammenarbeit beginnen wollen. Ein freies Auswählenkönnen ist essentiell!

Supervisanden haben in der Regel die Voraussetzung mindestens basaler Theoriekenntnisse und ausreichender Selbsterfahrung zu erfüllen, Supervisoren werden im Allgemeinen nach dem Nachweis breiter Behandlungserfahrung sowie einiger Lehrerfahrung von Ausbildungsinstitutionen und /oder Aufsichtsgremien (Kammern oder Behörden) befugt. Supervisorenausbildungen werden diskutiert.

Es ist sinnvoll, die Supervision der verschiedenen Behandlungsfälle nach Möglichkeit auch bei **verschiedenen Supervisoren** zu absolvieren. Der eigene Lehrtherapeut soll nicht zugleich der eigene Supervisor sein; beide Prozesse stören sich letztlich gegenseitig.

Sicherlich kommt es regelhaft zu identifikatorischem Lernen auf dem Weg zur eigenen therapeutischen Identität.

## ■ Erfolgskriterien

Verschiedene Erfolgskriterien für den Supervisionsprozess sind zu nennen (Auckenthaler 1999):

- die Zufriedenheit der Supervisanden;
- die Wahrnehmung der Integration des Erarbeiteten in die therapeutische Arbeit;
- erkennbare Fortschritte im Verstehen und Gestalten des therapeutischen Prozesses;
- behandlingstechnische Fortschritte.

Letztlich ist die **Qualität der therapeutischen Beziehung** ein wichtiger Prädiktor für den Therapieerfolg (Orlinsky et al. 1994), insofern ist wohl besonders wichtig, dass Supervision (und auch Selbsterfahrung) diese Qualität fördert.

Der Supervisor muss auch die Konfliktbereitschaft haben, ggf. seine Zweifel an den Fähigkeiten des Supervisanden und auch seine Zweifel am Aus- und Weiterbildungserfolg deutlich zu artikulieren und im Patienteninteresse zu dokumentieren.

## ■ Berufliche Abhängigkeit

Kontrovers wird die Frage beruflicher oder **dienstlicher Abhängigkeit** in der Supervision gesehen: In Institutionen wie Kliniken ist in dienstlicher Abhängigkeit eine anleitende Supervisionsfunktion durch Vorgesetzte alltäglich, und genauso alltäglich ist, dass geschönt wird, wenn vom „Therapieerfolg“ oder „Supervisionserfolg“ das institutionsinterne Fortkommen abhängt. Es ist unbedingt zu fordern, dass mindestens ein Teil der Behandlungen extern supervidiert wird. Das wirft natürlich auch Kostenfragen auf: Wer soll das bezahlen? - Aber: Qualität ist nun mal teuer! - Zudem sind Konflikte zwischen Dienstvorgesetzten und externen Supervisoren denkbar, die auf dem Rücken von Supervisanden (und Patienten) ausgetragen werden könnten.

In psychodynamisch orientierten Behandlungen spielt die Anwendung manualisierter Behandlungsregeln, auf die im Einzelfall dann zurückgegriffen wird, kaum eine Rolle. Insofern hat Supervision auch nur selten die Aufgabe, vor allem die richtige Technikanwendung zu kontrollieren.

## 26.2 Selbsterfahrung

Die besondere Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten wird heutzutage von allen therapeutischen Schulrichtungen betont und anerkannt; je nach methodischer Orientierung und Tradition werden Lehranalyse, Selbsterfahrung oder Eigentherapie als entwicklungsfördernd für die therapeutische Kompetenz eingesetzt (Bruch u. Hoffmann 1996, Frühmann u. Petzold 1994, Laireiter u. Elke 1994, Lieb 1997, Streeck u. Werthmann 1992 etc.). Wir möchten uns nachfolgend auf die **Selbsterfahrung von Therapeuten im Rahmen einer Aus- und Weiterbildung** konzentrieren.

### ■ Ziele der Selbsterfahrung während der therapeutischen Aus- und Weiterbildung

**M** Die Selbsterfahrung als Bestandteil der Aus- und Weiterbildung hat den Zweck, **persönliche Einflüsse des Therapeuten auf die Therapie** zu erkennen und zu reflektieren. Sie soll helfen

- **negative Einflussgrößen** (persönliche Schwächen, Ängste, Probleme, „blinde Flecken“, schädliche Motive etc.) bei sich selbst zu registrieren, gering zu halten, zu kontrollieren bzw. in der Folge damit besser umzugehen;
- **positive Aspekte** (persönliche Stärken, Kompetenzen und Ressourcen) zu erkennen, zu kultivieren und zu nutzen.

Anders formuliert soll die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass die Anforderungen und Ziele des diagnostisch-therapeutischen Prozesses die Therapie bestimmen und nicht prozessfremde persönliche Interessen der Therapeuten. Aus psychodynamischer Sicht sensibilisiert Selbster-

fahrung darüber hinaus für die Wahrnehmung eigener unbewusster Prozesse und fördert insofern die Wahrnehmungsfähigkeit künftiger Therapeuten für unbewusste Anteile in den Mitteilungen der Patienten und für das Beziehungserleben im Umgang mit den Patienten.

Selbsterfahrung/Selbstreflexion ist zwar ein verpflichtender Baustein während der Aus- und Weiterbildung, jedoch mit dem Erwerb eines „Zertifikats“ nicht beendet. Selbsterfahrung/Selbstreflexion ist **kontinuierlich relevant**.

Idealerweise werden angehende Therapeuten durch die Erkenntnisse ihrer Ausbildungs-Selbsterfahrung so weit sensibilisiert, dass sie bei ihrer späteren Berufsausübung auf den Einfluss persönlicher Faktoren (Stärken wie Schwächen) achten. Selbsterfahrung ist allerdings eine „unendliche Geschichte“, so dass sich neben permanenter Achtsamkeit in späteren Jahren auch punktuelle intensivere Weiterbeschäftigungen mit diesem Thema empfehlen.

## Das spezielle Vorgehen der verhaltenstherapeutischen Selbsterfahrung in der Praxis

### ■ Der duale Prozess der Selbsterfahrung/Selbstreflexion

Selbsterfahrung und Selbstreflexion sind im verhaltenstherapeutischen Verständnis zwei ineinandergreifende Prozesse, die immer in Kombination praktiziert werden. Das prinzipielle Vorgehen kann grob anhand der folgenden Schritte beschrieben werden:

**Schritt 1: Selbsterfahrung.** Zunächst geht es darum, bestimmte Erfahrungen zu machen bzw. frühere Erfahrungen zu erinnern. Dies kann aktuell durch die Anleitung zu neuen Erfahrungen im Hier und Jetzt (z.B. durch bestimmte Selbsterfahrungsübungen) geschehen bzw. vergangenheitszentriert ablaufen (z.B. durch Aufmerksamkeitslenkung auf bereits gemachte Erfahrungen, emotionale Rekonstruktionen vergangener Ereignisse etc.). Auch eine zukunftsorientierte Ausrichtung durch Beschäftigung mit gelenkten Phantasien („Was-wäre-wenn ...“) ist möglich.

**Schritt 2: Selbstreflexion.** Hier erfolgt das Reflektieren und Bearbeiten der in Schritt 1 gemachten Erfahrungen.

- Bei der *retrospektiven* Betrachtung (Woher kenne ich diese Erfahrung XYZ? Was bedeutet sie für mich? Gibt es typische Muster, funktionale Bedingungen und Zusammenhänge?) sollte auch der Bezug zur Tätigkeit als Therapeut hergestellt werden, z.B. Welche Bedeutung hat diese Erfahrung für mein therapeutisches Tun? Ist sie hilfreich, nützlich bzw. schädlich oder ein potentielles Risiko?
- Die *prospektive* Beschäftigung richtet den Blick auf den zukünftigen kritisch-konstruktiven Umgang mit bestimmten Erfahrungen: Welche Schlussfolgerungen ziehe ich für mich ab jetzt daraus? Was ist o.k. und kann bleiben? Was kann ich nutzen? Wo sollte ich vorsichtig sein? Welche Schwächen muss ich akzeptieren? Welche Aspekte sollte ich ändern/aufmerksam beobachten/kontrollieren etc.?

Aus-/Weiterbildungsteilnehmer profitieren zunächst von entsprechenden reflexiven Fragen des Selbsterfahrungsleiters, übernehmen dann in der Regel schnell solche Anstöße für sich selbst.

### ■ Einige Methoden für die praktische Umsetzung

Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung besteht nur zu einem kleinen Teil aus dem Reden über gemachte Erfahrungen; günstiger sind *erlebnisaktivierende Methoden* wie z.B. strukturierte Rollenspiele, gezielte Simulationen schwieriger Situationen, Aufgaben und Selbstexperimente, gruppenspezifische Übungen, emotionale Rekonstruktionen vergangener Erfahrungen, gelenkte Phantasieübungen („Was-wäre-wenn“-Szenarien), „Real-life“-Erlebnisse, Videofeedback bzw. verbales Feedback durch die Gruppe im Sinne von Soziogramm-Einschätzungen, Selbst-/Fremdbild-Vergleiche und vieles mehr. Einige dieser Möglichkeiten sind z.B. bei Hippler u. Görlitz (2001), Kanfer et al. (2000: 506 ff), Laireiter u. Elke (1994) oder Lieb (1997) beschrieben.

### ■ Rolle und Aufgaben der Selbsterfahrungsleitung

Im Wesentlichen versteht sich der verhaltenstherapeutische Selbsterfahrungsleiter als *Katalysator* bzw. *Impulsgeber*, stellt Fragen, führt stimulierende Übungen durch, lenkt die Aufmerksamkeit auf persönliche Anteile (Stärken und Schwächen), hilft beim Herstellen eines Bezugs zur

Therapietätigkeit und steuert den Prozess der Selbsterfahrung/Selbstreflexion. Zu diesem Zweck sollte er über ein breites Arsenal an prinzipiellen Selbsterfahrungsmethoden verfügen (in Form einer Art „Programm-Bibliothek“), die eine person- und gruppenbezogene Auswahl von Maßnahmen ermöglicht. Als kompetenter Gruppenleiter ist er außerdem „Wächter“ über eine förderliche Gruppenatmosphäre sowie sensibler Beobachter von individuellen und Gruppenprozessen, die er aufgreift und für die Selbsterfahrung unmittelbar nutzbar macht.

### ■ Verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung während der Aus- und Weiterbildung: Mögliche Inhalte

Die jeweiligen *Themen der Selbsterfahrung* können z.B. anhand der Zeitebenen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft differenziert werden:

**Vergangenheit.** Bezogen auf die persönliche Vergangenheit von Therapeuten ist eine lerntheoretische Analyse der jeweiligen Lebensgeschichte, der Herkunftsfamilie sowie der bisherigen beruflichen Sozialisation hilfreich, zunächst mit der Suchrichtung: „Was hat mich in meinem bisherigen Leben geprägt?“ und danach: „Was beeinflusst mich davon heute noch?“ sowie „Was wirkt sich davon auf meine therapeutische Tätigkeit aus?“ So beschäftigen sich die Teilnehmer z.B. intensiv mit ihrer Biografie in Form von Genogrammen, Familienaufstellungen oder dem Gestalten ihrer Lebenslinie mit Hilfe von Seilen und Symbolen im Gruppenraum. Mit Hilfe solcher erlebnisaktivierenden Methoden arbeiten sie prägende Erfahrungen, (Über-)Lebensregeln, Rollenerfahrungen, Lebens- und Wertorientierungen, persönliche Bedürfnisse, Ziele/Pläne und Schemata heraus, die ihr Erleben und Verhalten im Umgang mit sich und anderen Menschen bestimmen.

**Gegenwart.** Sowohl positive als auch negative Erlebnisse können im Alltag und im Therapiekontext gegenwartszentriert auf zentrale persönliche Anteile hin analysiert werden. Die Analyse und Reflexion der unmittelbaren eigenen therapeutischen Arbeit (am besten mit Hilfe von Tonband- oder Videoaufzeichnungen) hat hohen Stellenwert, ebenso ein systematischer Versuch mit einem persönlichen Veränderungsprogramm („Selbstmodifikationsprojekt“) oder Eigenerfahrungen mit typischen therapeutischen Methoden. Das Hineinversetzen in die Situation von Klienten, das Erkennen eigener „irrationaler“ Therapeutenhaltungen (z.B. „Ich muss mit allen Klienten und Störungsbildern immer perfekt sein!“) und die Beschäftigung mit persönlichen Wertvorstellungen (auch: Was ist für mich „gute“ Therapie? etc.) sind hier noch ebenso zu nennen wie die Beschäftigung mit Maßnahmen zur persönlichen Psychohygiene bzw. Prävention von „Burn-out“ oder der Umgang mit ethisch-berufsständischen Richtlinien. Als besonders hilfreich wird auch das externe ehrlich-kritische Feedback durch die Gruppe erlebt.

**Zukunft.** Zukunftsorientierte Selbsterfahrung richtet den Blick nach vorn und thematisiert sowohl beruflich-thera-

peutische als auch persönlich-private **Ziele und Pläne für die Zeit ab jetzt**. Sie wertet die bisher gemachten Erfahrungen nach schädlichen und günstigen Mustern aus und beschäftigt sich damit, mit welchen potentiellen Problemsituationen Therapeuten wegen ihrer persönlichen Anteile auch in Zukunft rechnen und umgehen müssen.

## Das spezielle Vorgehen der tiefenpsychologisch orientierten Selbsterfahrung in der Praxis

**D** Selbsterfahrungsprozesse in psychodynamischen Therapieverfahren sind Anwendungen der Psychoanalyse, Formen der Lehranalyse, einzeln oder in der analytischen Gruppe.

Insofern begibt sich der Ausbildungs-/Weiterbildungsteilnehmer, traditionell oft assoziationsreich „Kandidat“ genannt, in einen eigenen Auseinandersetzungsprozess mit unbewussten innerseelischen Prozessen. Vorstrukturierende Vorgaben, bestimmte berufsrelevante Themen z.B. zu bearbeiten, oder nur bestimmte Themenbereiche zur Bearbeitung auszuwählen, werden nicht gemacht. Insofern entspricht das **Setting** dem der analytisch orientierten Psychotherapien. Sicherlich werden manche Problemfelder, die sich abbilden können, nur beispielhaft bearbeitet. Der Teilnehmer wird damit vertraut gemacht, dass erst einmal unbewusste Erlebensbereiche in vielen bewussten Prozessen entscheidend mitregieren, und dass diese Mitregenten wahrgenommen und einbezogen werden können. Die Durchlässigkeit für die Beobachtung unbewusster Prozesse neben der geschulten Aufmerksamkeit für bewusste Personenwahrnehmung und Beziehungswahrnehmung ist spezifisch für die von der Psychoanalyse abgeleiteten Verfahren der Psychotherapie. Die Übung dieser Art von **Mikrowahrnehmung** als wichtiges Therapieinstrument wird nicht durch vielfältige Selbstwahrnehmungsangebote (wie für VT beschrieben) gefördert, sondern im Feld der therapeutischen Beziehung im Zweipersonen- oder Gruppen-Setting praktiziert. Der zuhörende und nachfragende Ausbildungstherapeut zeigt durch seinen Umgang mit Einfällen und Assoziationen, auch Träumen, auch dem Umgang mit dem Vermeiden bestimmter Themenkreise und der Unsicherheit, unbekanntes Terrain zu betreten, vieles vom methodischen Handwerkszeug der Therapieschule.

**M** Der Auszubildende erlebt das therapeutische Setting am eigenen Leib, der eigenen Seele – damit hat er vielen anderen medizinischen Behandlungsmethoden voraus, dass er „es“ erlebt hat.

### ■ Durchführungsmodalitäten, Rahmenbedingungen und Setting der Selbsterfahrung

In der Regel geben die Aus- und Weiterbildungsordnungen den Zeitrahmen vor (z.B. 70 Gruppensitzungen oder 150 Einzelsitzungen in der ärztlichen Weiterbildung für tiefen-

psychologisch fundierte Psychotherapie, die innerhalb mindestens eines Jahres absolviert werden müssen; ähnliche Vorgaben gibt es in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten). Geschlossene Selbsterfahrungsgruppen über einen längeren Zeitraum können sich ebenso anbieten wie Gruppen mit langsam sich austauschenden Teilnehmern; manche psychodynamisch orientierte Kollegen führen auch gemischte Gruppen mit Patienten durch. Ein **kontinuierlicher Selbsterfahrungsprozess** wird zwingend vorgesehen. Selbsterfahrung im Setting der Einzeltherapie, also dem Zweipersonen-Setting, gleicht dem künftigen Therapie-Setting der meisten Aus- und Weiterbildungsteilnehmer und ermöglicht insofern mehr modellhaftes Lernen als Gruppentherapie.

**Voraussetzungen und Grenzen.** Einige Voraussetzungen und Grenzen sind für den Selbsterfahrungsprozess Bedingung; sie stellen den **unumstößlichen Rahmen** dar:

- Es dürfen keinerlei persönliche oder berufliche Beziehungen, besonders **keinerlei Abhängigkeiten** zwischen Ausbildungstherapeuten und Auszubildenden bestehen. Mitteilungen im Selbsterfahrungsprozess müssen bezüglich Schweigepflicht und Fehlens sozialer Konsequenzen für Äußerungen in ihrer Intimität gesichert sein. Das gilt auch für den „Apparat“ der ausbildenden Institution! Insofern kann es für Gruppenselbsterfahrungsprozesse wichtig sein, nicht auf beruflich bekannte Kollegen treffen zu müssen: Das macht gelegentlich persönliche Mobilität sinnvoll.
- Die Aus-/Weiterbildungsbeziehung ist auch für die Folgezeit von **persönlichen Interessen frei** zu halten. Persönliche Beziehungswünsche oder auch Förderungswünsche sind wie in Therapien zu bearbeiten, sie gehören in den gemeinsam bearbeiteten Phantasieraum, nicht in den realen Vollzug. Also verbieten sich natürlich auch sexuelle Beziehungen. Die Sicherheit, dass der Aus- und Weiterbildungsprozess solche Grenzen respektiert, ist absolute Bedingung.
- An die Ausbilder sind entsprechende **Anforderungen** bezüglich ihrer Qualifikation und Berufserfahrung zu stellen, die üblicherweise von den Institutionen wie Ärztekammern oder Psychotherapeutenkammern o.ä. geregelt werden.
- Bei Vorgesprächen ist zu klären, ob eine **gute Arbeitsbeziehung** möglich ist. Fragen der Eignung für den Beruf sollten bei Aufnahme der Aus-/Weiterbildung thematisiert werden, sie können im Selbsterfahrungsprozess erneut bedeutsam werden.
- Auch eindeutige **Absprachen** über die **Kosten** gehören zur guten Arbeitsbeziehung. Ausfall- oder Urlaubsregelungen müssen angemessen sein und dürfen kein Machtgefälle enthalten.
- Die **Beendigung** des Selbsterfahrungsprozesses – bei Gruppenprozessen oft im Voraus festgelegt – sollte übereinstimmend beschlossen werden. Die in den Weiterbildungsregularien vorgegebenen Sitzungszahlen können passen, können sich aber auch als unrealistisch erweisen.

Der regelmäßigen **Supervision** wird für psychotherapeutisches Handeln eine qualitätssichernde Funktion zugeschrieben (Auckenthaler 1999, Frank 1998), die weit über die dargestellte Begleitung bei der Aus- oder Weiterbildung hinausgeht. Dort stellt sie ein wesentliches Mittel des Feedbacks für systematisches Lernen dar. Meist verläuft sie analog zum „Meister-Lehrling-Modell“, wonach erfahrene Vertreter des Berufs die Lernenden dabei unterstützen, „lege artis“ zu arbeiten. Wenn auf diese Weise gewährleistet ist, dass Psychotherapie nach den Regeln der Zunft durchgeführt wird, hat Supervision eine wesentliche Schutzfunktion vor Fehlbehandlung. Für die Psychotherapeuten selbst kann auch die supportive Wirkung und burnout-präventive Funktion wichtig werden. In schwierigen Settings und mit bestimmten Patientengruppen wird – wegen möglicher interpersoneller Verstrickungen und der Gefahr negativer therapeutischer Reaktionen – sogar eine dichte und *kontinuierliche* Supervision empfohlen (z. B. Fruzzetti et al. 1997 für Borderline-Stö-

rungen). Eine Weiterführung der Supervision ist darum auch in späteren Berufsjahren unverzichtbar – sei es in Form einer kollegialen „Intervision“ oder als bezahlte „Praxissupervision“, die dann ohne ausbildungsbedingte Abhängigkeiten stattfinden kann. Sie ist zudem ein wichtiger Teil „lebenslangen Lernens“ und der berufsbegleitenden Fortbildung, die auch sozialrechtlich zunehmend rechtsverbindlich eingefordert wird.

Die **Selbsterfahrung**, welche sich noch intensiver mit den persönlichen Anteilen von Therapeuten beschäftigt, sollte ebenfalls nicht mit dem formalen Ausbildungsabschluss beendet sein. Mit Cremerius (1994:430) weisen wir darauf hin, dass bei Therapeuten in jedem Lebensalter „neue schlafende Hunde geweckt“ werden können. Selbsterfahrung ist allerdings kein Selbstzweck, sondern dient dem Ziel, die eigene Persönlichkeit auf Dauer hinreichend gut in den Dienst der therapeutischen Arbeit stellen zu können – zum Wohle der Patienten und zu deren Weiterentwicklung.