

AUSBILDUNGSSUPERVISION NACH DEM SELBSTMANAGEMENT-ANSATZ: 12 LEITGEDANKEN UND EIN MODELL¹

DIETER SCHMELZER

In diesem Beitrag wird versucht, zentrale Thesen bezüglich der verhaltenstherapeutischen Ausbildungssupervision in Form von 12 *Leitgedanken* zusammenzufassen. Als Hintergrundmodell dient dabei der Selbstmanagement-Ansatz von Frederick H. Kanfer (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) sowie die Auffassung von Verhaltenstherapie als „empirisch fundierte“ Form der Psychotherapie (vgl. besonders Grawe, 1994, 1998, 2004). Die Leitgedanken sollen als Grundlage für weiterführende Diskussionen und Fortentwicklungen dienen, beanspruchen jedoch nicht schon den Charakter von *Leitlinien* oder Standards. Vertiefende Informationen sind an anderer Stelle zusammengefasst (Schmelzer, 1997; Schmelzer & Hirsch, 2005). Für Rückmeldungen, Anregungen und Kritik bin ich bereits vorab dankbar.

LEITGEDANKE 1: ZIEL DER SUPERVISION

Oberstes Ziel der Supervision sind gute Therapeuten, die – spätestens am Ende ihrer Ausbildung – zu *eigenverantwortlicher Tätigkeit fähig* sind. „Fertige“

Therapeuten sollten soweit qualifiziert sein, dass sie nicht für jeden Schritt den Beistand eines Supervisors benötigen. Das bedeutet aber nicht, sozial isolierte Einzelkämpfer heranzuziehen, die in der Überzeugung arbeiten: „Ich brauche nie mehr Unterstützung“. Es spricht nichts gegen *regelmäßige* Supervision, auch in späteren Jahren der Berufslaufbahn. Therapeuten sollten jedoch im Laufe ihrer Ausbildung zunächst einmal die grundlegende *Fähigkeit* zu eigenverantwortlicher Tätigkeit erwerben.

Ein „guter Therapeut“ oder eine „gute Therapeutin“ zu sein, heißt dabei, im Sinne beruflicher Selbsteffizienz (Bandura, 1997) „hinreichend gut“, aber keineswegs perfekt zu sein und zu sich sagen zu können: „Auf 80 % der tagtäglichen beruflichen Anforderungen bin ich einigermaßen vorbereitet. Ich kann mit den Dingen, die auf mich zukommen, umgehen – aber wenn es schwierig wird, bin ich auch in der Lage, mir Hilfe zu suchen.“ Das kann kollegiale Unterstützung sein oder eben professionelle Supervision. In diesem Verständnis ist Ausbildung bzw. Supervision auch ein Akt der Befähigung, der Kompetenzvermittlung oder des „empowerment“ (vgl. unten, Punkt 3).

¹ Überarbeitete Textversion eines Vortrags, gehalten am 18.03.2006 bei der ersten Supervisoren-tagung des Deutschen Fachverbands für Verhaltenstherapie DVT in Bremen.

LEITGEDANKE 2:
KONTEXT DER SUPERVISION,
VERNETZUNG UND (RELATIVIERTE)
DEFINITION

Im Gegensatz zu Bestrebungen, Supervision als ständig notwendige Beratung für alle möglichen beruflichen Lebenslagen zu installieren, meine ich, Supervision ist zwar wichtig, aber *Supervision ist nicht alles*. Wir sollten also eine etwas bescheidenere Sichtweise anlegen, nämlich Supervision auch im Kontext anderer Angebote sehen. In einer Ausbildung sind natürlich besonders relevant: Seminare, Workshops, Fallbesprechungen, Theorievermittlung, Lektüre, Selbststudium, Selbsterfahrung usw., und Supervision ist nur ein *Teil* des Ganzen.

Supervisoren in Ausbildungsinstituten haben aufgrund ihrer Expertise m.E. die wichtige Aufgabe, für eine adäquate Koordination und *Vernetzung* dieser Angebote zu sorgen (z.B. in Ausbildungsausschüssen, Supervisoren gremien etc.). In ihrem eigenen Interesse sollten sie auch die Voraussetzungen dafür schaffen, dass die Supervision nicht zu einer „Nachhilfestunde“ für Themen wird, die in einer Ausbildung an anderer Stelle (z.B. in Seminaren und Einführungs-Workshops) didaktisch vermittelt werden müssen. Erst wenn die Grundlagen vorhanden sind, kann die Supervision für den nötigen „*Feinschliff*“ bei der praktischen Umsetzung sorgen.

Dementsprechend lautet meine *relativierte* Definition der Supervision: Supervision ist **ein** Mittel zum Erleichtern, Gewährleisten oder Verbessern des adäquaten Umgangs mit professionellen Anforderungen. In der Ausbildung folgen wir in der Regel dem Meister-Lehrlings-Modell, bei dem erste praktische Schritte der Kandidaten durch eine er-

fahrene, kompetentere Person begleitet werden.

LEITGEDANKE 3:
OPTIMALES LERNEN UND LEHREN
VON KOMPETENZEN

Ausbildungssupervision lebt in diesem Verständnis wesentlich vom Lernen und Lehren von Kompetenzen, und so werden folgerichtig viele Erkenntnisse aus der Didaktik, Pädagogik und Andragogik (Erwachsenenbildung) relevant. Ausbildung und Supervision sind so zu gestalten, dass es *optimale* Herausforderungen und *optimale* Lernbedingungen gibt. In diesem Zusammenhang erscheint die Idee der „dosierten Diskrepanzerlebnisse“ besonders hilfreich (Heckhausen, 1965).

Wie die Abbildung 1 (S. 262) veranschaulicht, ist es auch in der Ausbildung und Supervision günstig, Lernschritte als wohldosierte Diskrepanzerlebnisse zu planen und Supervisanden gerade immer so weit zu fordern, dass ein Lernzuwachs stattfindet. Dabei müssen wir zunächst die jeweilige Ausgangslage, d.h. das aktuelle Kompetenzniveau der Supervisanden adäquat einschätzen, denn wenn wir *zu wenig* fordern oder *unterfordern*, geschieht kein neues Lernen. Wir müssen allerdings auch darauf achten, nicht zu *überfordern*, denn dann wird der-/diejenige mit den Anforderungen nicht zurechtkommen und scheitern. Bildlich gesprochen kann man sich dies als Treppe vorstellen, auf der man *Stufe für Stufe* nach oben kommt. Diese imaginäre Treppe bespreche ich auch offen mit meinen Supervisanden: Wo ist die nächste passende Stufe, was ist der nächste Schritt des Weiterlernens?

Außerdem nutzen wir viele andere lerntheoretische Grundlagen, wir arbeiten sehr viel mit Beobachtungslernen,

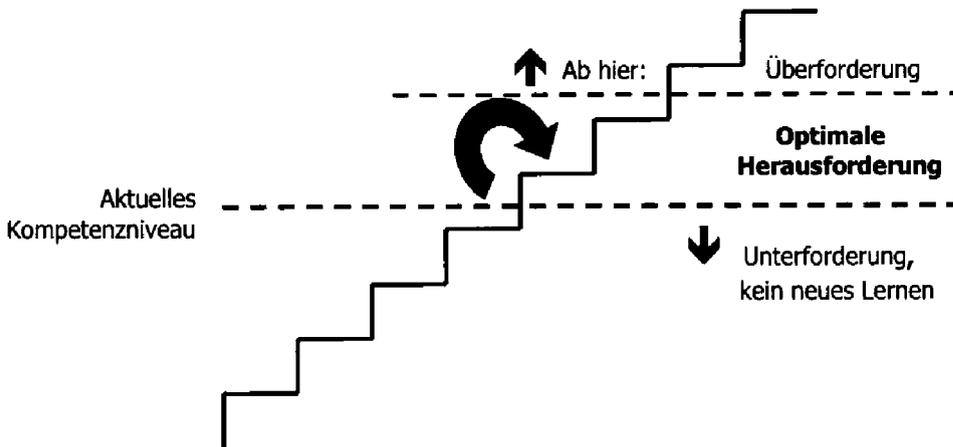


Abbildung 1: Entwicklungsförderung durch "dosierte Diskrepanzerlebnisse" (Heckhausen, 1965)

„learning by doing“ bzw. „learning by discovery“ und versuchen natürlich auch, adäquates Feedback zu geben und Lernfortschritte positiv zu verstärken (vgl. auch Schmelzer, 1997, S.124 ff.).

Insgesamt fördern wir die Eigenständigkeit der Supervisanden in gewisser Analogie zur Selbstständigkeitsentwicklung bei Kindern. Statt eines „Du musst dir schon selbst helfen“ (das wäre falsch verstandenes Selbstmanagement oder gar „unterlassene Hilfeleistung“) setzt adäquate Unterstützung am jeweiligen Entwicklungsstand der Supervisanden an (vgl. z.B. Orlinsky & Ronnestad, 2004): Unerfahrene Personen brauchen anfangs viel Hilfestellung, auch emotionale Begleitung, insbesondere bei den ungewohnten oder schwierigen Situationen, die am Anfang einer Therapieausbildung auf sie zukommen. Später, wenn jemand schon viele Fähigkeiten erworben hat, kann mehr die Autonomie betont werden. Oft gibt es im Mittelstadium des Lernprozesses bei den Supervisanden auch eine „pubertäre Phase“, in der gegen die Supervision und den Supervisor rebelliert wird. Schließlich kommt das so genannte *reife* Stadium, wo der Supervisand sagen kann: „Ich kann 80 % meiner Anforderungen einigermaßen bewälti-

gen, mir fällt aber auch kein Zacken aus der Krone, wenn ich bei Bedarf jemanden um Hilfe oder Supervision bitte.“

Im Zusammenhang mit dem Fördern von Kompetenzen sind natürlich *Lernziele* besonders wichtig. In der Literatur gibt es ausgefeilte Lernzieltaxonomien hinsichtlich dessen, was ein guter Therapeut alles lernen und können sollte (zusammengefasst z.B. in Schmelzer, 1997), an denen man sich orientieren kann. Im gesamten Verlauf der Supervision ist es günstig, immer wieder periodische Lernziele zu vereinbaren und dann zu beobachten, ob man sich diesen Lernzielen annähert bzw. diese erreicht.

LEITGEDANKE 4:

„ASSESSMENT“ DES KOMPETENZ- NIVEAUS DER SUPERVISANDEN

Für die kontinuierliche Kompetenzbeurteilung unserer Supervisanden ist der Begriff „Diagnostik“ wenig passend, weil er zu offizielle oder eindeutige Einteilungen und Kategorien vortäuschen könnte und außerdem schlichtweg zu statisch ist. Ich bevorzuge hier den englischen Begriff des „assessment“, der sowohl den *dynamischen* als auch den *ein-*

schätzenden Charakter unseres Tuns mittels Beobachtung und Eindrucksbildung m. E. besser trifft. Zunächst benötigen wir Anhaltspunkte für den IST-Zustand der Supervisanden: Wie ist die derzeitige Ausgangslage? An welchem Punkt ihrer beruflichen und persönlichen Entwicklung steht die Person? Welche spezifischen Kompetenzen werden bereits gezeigt und welche fehlen? Wenn Defizite auftauchen, ist das sofort der Anlass, daraus Lernziele abzuleiten im Sinne von: Welche Kompetenzen benötigt die betreffende Person in der Supervision oder Ausbildung, was genau sollte sie lernen?

Dieser Prozess läuft m. E. ähnlich wie das „behavioral assessment“ in einer Therapie: Wir sind mit unseren Erkenntnissen auch während der Supervision nie am Ende, sondern verwerten von Moment zu Moment und von Stunde zu Stunde kontinuierlich neue Eindrücke. Dabei richten wir immer den Blick sowohl auf den IST-Zustand (= Stand der Supervisanden) als auch den SOLL-Zustand (jeweilige Lernziele): Wir holen die Supervisanden dort ab, wo sie derzeit stehen, und arbeiten dann in Richtung der Lernziele ein Stückchen weiter.

LEITGEDANKE 5: PROZESSORIENTIERUNG

Inhaltliche Muster bezüglich Kompetenzen und Defizite sowie persönliche Anteile zeigen sich erst im *Prozess über die Zeit*. Es geht darum, dass wir uns *wiederkehrende* Verhaltensmuster der Supervisanden vor Augen führen, dass es eine Dynamik gibt, dass wir nicht statisch einen vorab festgelegten Plan abarbeiten oder einem fertigen Manual folgen können. Das Bild wird eben erst *im Verlauf* der Supervisionen klarer. Bestimmte Fragen sind auch erst im Laufe

der Zeit zu beantworten, wie z. B.: Was sind denn jetzt die zentralen Probleme oder Defizite der Supervisanden? Welche Kompetenzen werden deutlich? Wo sollten wir nachbessern? Welche *persönlichen* Einflüsse zeigen sich? Was sollte vielleicht auch in der Selbsterfahrung bearbeitet werden? Wie steht es um die Beziehung zwischen uns beiden? Wie ist es um die Motivation der Supervisanden bestellt? Solche prozessorientierten Aspekte lassen sich erst im Laufe der Zeit besser beurteilen. Auch hier gibt es eine Analogie: Supervision ist zwar *keine Therapie*, aber es gibt dennoch analoge Prozesse wie z.B. das Verständnis von Supervision als Problemlöseprozess (mit der Betonung auf Löseprozess, siehe unten). In der Supervision stehen primär die beruflichen Anteile und Probleme im Blickpunkt, während es in der Therapie um die privaten und persönlichen Probleme von „Patienten“ geht. Aber auf der Prozessebene gibt es Entsprechungen.

LEITGEDANKE 6: KOOPERATIVE BEZIEHUNG ALS BASIS

Auch in der Supervision ist eine kooperative Beziehung die Grundlage für alles. Der englische Begriff der „*facilitating conditions*“ trifft gut den Sachverhalt, dass wir mit unserer Art von Beziehung und Beziehungsgestaltung sehr viel tun können, um das Lernen zu erleichtern und um eine lernförderliche und fehlerfreundliche, unterstützende Atmosphäre zu schaffen. Dazu gehören zunächst einmal (a) *Empathie und Verständnis*. Es ist auch für Supervisanden sehr wichtig, dass ihnen jemand sagt: „Ja, ich verstehe, was Sie sich da überlegt haben, was Sie gemacht haben, was in Ihnen vorgeht ...“ Über diese wohlwollende Begleitung hinaus gibt es aber

in der Supervision auch (b) *Interventionen*, die den Supervisanden *beim Lernen helfen*: Wir geben Lernanregungen, setzen Lernimpulse, fordern zum Hinterfragen des Alten und zum Ausprobieren von Neuem heraus. Wir fragen also einerseits: „Was haben Sie sich eigentlich dabei gedacht, es so und so zu machen?“ und stellen viele sokratische Fragen, um zu erkunden, was in Kopf und Körper der Supervisanden vor sich gegangen ist. Aber dann schließen sich Fragen an wie z.B.: „Wo stehen Sie, und wo kann ich Ihnen ein Stück weiterhelfen? Was möchten Sie jetzt weiter machen? Was heißt das jetzt für unsere Supervision, was möchten Sie noch lernen?“ Dabei geben wir z.B. Praxisanleitung und Feedback, machen „On-the-job-training“ und verstärken positive Ansätze, gehen also didaktisch-edukativ vor. Supervision ist m. E. eine *Lernpartnerschaft*, bei der wir als Supervisoren auch ein berechtigtes Interesse daran haben, dass Supervisanden mit unserer Hilfe einige Bereiche weiterentwickeln, dazulernen, Kompetenzen gewinnen etc. – ganz im Sinne des Ziels von Leitgedanke 1.

LEITGEDANKE 7:

DIE FUNKTIONEN DER SUPERVISION

Kadushin (1976) hat vor langer Zeit die Funktionen der Supervision in drei Grundkategorien eingeteilt: (1) Die *edukative* Funktion umfasst alles, was mit Ausbildung zu tun hat: Lehren und Lernen, Erziehen, Training, auch das Hinführen an eine verhaltenstherapeutische Identität (Bellingrath, 1994). (2) Die *supportive* Funktion der Supervision bezieht sich auf emotionale Unterstützung, Begleitung oder Entlastung und ist gerade am Anfang der Therapieausbildung von besonderer Bedeutung. (3) Die *administrative* Funktion ist für viele Supervisoren

aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation eher ungewohnt und unangenehm bis unbeliebt, denn sie impliziert immer ein Stück Kontrolle bzw. den sensiblen Umgang mit Macht und Autorität. Fakt ist aber, dass Supervisoren *verantwortlich* sind für Dinge wie Patientenschutz, Evaluation sowie die Einhaltung von Richtlinien und Standards.

Die einzige Funktion, die m. E. zusätzlich zu den obigen drei zu nennen wäre, ist die (4) *aufklärerisch-reflexive* Funktion: Reflexion ist natürlich in jeder Supervision wichtig; der *aufklärerische Anteil* ist wohl eher im Kontext von *Teamsupervision* von Bedeutung, bei der auch der Anspruch besteht, bisher stillschweigende Abläufe in Organisationen transparent zu machen bzw. das eine oder andere Tabu aufzudecken.

In der Supervision geht es darum, bezüglich dieser Funktionen eine *zielorientierte Schwerpunktsetzung* vorzunehmen, also auch ein Gespür dafür zu entwickeln, was der Supervisand im jeweiligen Moment am dringendsten benötigt. Man kann als Supervisor nicht wie geplant didaktisch-edukativ weiterarbeiten, wenn beispielsweise ein Supervisand zur Tür hereinkommt und sagt: „Ich habe gestern einen ganz schweren Fall von Traumatisierung erlebt. Ich arbeite mit Flüchtlingen, die hier um die Einreise bitten, und die Frau hat mir so schreckliche Sachen erzählt von Folter und Gewalt. Ich bin fix und fertig, ich kann nicht mehr.“ Da muss man natürlich erst einmal die *supportive* Funktion erfüllen und für die notwendige emotionale Begleitung und Entlastung sorgen.

LEITGEDANKE 8: BERÜCKSICHTIGUNG DER WIRKFAKTOREN GRAWES

Was in der Therapie gut ist, kann in der Supervision nicht schlecht sein. Von daher ist es m. E. empfehlenswert, die zentralen Wirkfaktoren, die Klaus Grawe (z.B. 1994) für gute Therapien ausgearbeitet hat, auch in der Supervision umzusetzen. Wir haben in der Regel sehr viel *Klärungsarbeit* zu leisten, das ist seit jeher eine Stärke der Supervision: Wir klären Anliegen, wir klären Aufträge, führen Problemanalysen durch, betreiben Motivations- und Zielklärung und vieles mehr. Das ist ein Faktor, den man ruhigen Gewissens für die Supervision beanspruchen kann.

Wir helfen natürlich auch bei der *Bewältigung von Problemen*, die in den Therapien unserer Supervisanden auftauchen, wobei ich hier besonders die Rolle des Helfers und Problemlöseassistenten betonen möchte: *Wir lösen die Probleme nicht.* Ähnlich wie unsere Therapie ist auch die Supervision eine Assistententätigkeit, ein Anstoßen, In-Gang-Setzen, Anregungen geben.

Dabei geht es einerseits um aktives, andererseits aber auch um emotionales Coping (Lazarus & Folkman, 1984). *Aktives Coping* heißt, dass wir mit den Supervisanden aktive Bewältigungsschritte durchgehen: Wie kann ich direkt herangehen, wie kann ich eine schwierige Situation *durch Handeln* lösen? Es gibt aber auch in der Supervision so genannte „Tatsachen“ der Therapie und des Lebens, die eben nicht durch aktives Tun zu lösen sind, sondern durch Akzeptieren. Das erfordert eine andere Form von Bewältigung, nämlich *emotionales Coping*: Dann muss sich der Mensch an gegebene Tatsachen des Lebens oder der Therapie innerlich anpassen.

Wir haben natürlich auch die *Problemaktualisierung* auf unserer Agenda stehen, weil wir gerade als verhaltenstherapeutische Supervisoren versuchen, die Anliegen, Fragen und Probleme der Supervisanden lebendig zu machen, sie in die Supervisionsstunde „live“ hereinzubekommen – sei es durch Videos, durch Audiobänder, direkt durch Live-Supervision oder auch indirekt durch Rollenspiele.

Und schließlich ist die *Ressourcenorientierung*, der Blick auf die Stärken, ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil der Supervision. Diese soll sich ja nicht im Bearbeiten von Problemen oder der Suche nach Fehlern erschöpfen, sondern auch eine Unterstützung positiver Ansätze bieten im Sinne von: Was läuft, was ist in Ordnung, was kann jemand schon, wo hat jemand gute Ideen oder Handlungsschritte umgesetzt? Was hilft oder hat geholfen? Solche vermeintlichen Selbstverständlichkeiten sollten aktiv deutlich gemacht werden.

Die *Beziehung* ist wiederum die Basis für alles (siehe auch Leitgedanke 6). Unter Bezug auf die Supervisionsliteratur kann man allerdings sagen, dass die Beziehung in der *Supervision* nicht ganz so entscheidend wie in der *Therapie* sein dürfte (vgl. Schmelzer, 1997, S.97). Es scheint also durchaus möglich zu sein, 20 oder 30 Stunden bei einem Supervisor zu arbeiten, zu dem man keinen so persönlichen Draht findet – das scheinen Supervisanden leichter zu verkraften als Patienten in Therapien.

LEITGEDANKE 9: ARBEITSEINHEITEN UND PROZESS- MODELL DER SUPERVISION

Dieser Punkt betrifft die Arbeitseinheiten in der Supervision, die ich als *Supervisionsepisoden* bezeichnen möchte:

Worum geht es jeweils, wo ist denn Anfang und wo ist Ende? In der Regel beginnt eine Episode damit, dass man zu Beginn bestimmte *Anliegen* oder *Fragestellungen* diskutiert, sich dann um einen konkreten *Auftrag* bemüht, und anschließend die eigentliche Bearbeitungsphase in Form des Problemlöseprozesses startet (siehe unten, „Kernprozess“ in Abb.2). *Beendet* ist eine Supervisionsepisode, wenn das Ziel erreicht ist oder wenn man – idealerweise gemeinsam – zu dem Schluss kommt, es hat keinen Sinn, an dieser Stelle weiterzumachen (weil vielleicht doch eine unabänderliche Tatsache vorliegt, man sich in einer Sackgasse wiederfindet, weil andere Anliegen Vorrang haben oder der Aufwand für eine Bearbeitung in keinem Verhältnis zum Ertrag stünde). Dann ist eine erneute Sondierung und Klärung der aktuellen Anliegen angezeigt und das Vorgehen zu verändern.

Auch hier kommt von Anfang an die Prozessorientierung zum Tragen, d.h. wir arbeiten nicht unhinterfragt die Wünsche der Supervisanden ab, sondern nehmen im Gesprächsdialog konstruktiv *Einfluss* auf alle Problem- und Zieldefinitionen: Wir achten darauf, dass bereits die Anliegen *lösungsförderlich* formuliert werden, dass wir also in der Supervision wirklich an *Problemen*² arbeiten. Umgekehrt passen wir kontinuierlich darauf auf, dass uns nicht Tatsachen präsentiert werden, die de facto weder durch Supervision noch durch andere Interventionen änderbar sind. Tatsachen müssen wir akzeptieren, Probleme können wir lösen, und beides sollten wir von Beginn an differenzieren.

In der Regel sind die Supervisionsepisoden von sehr unterschiedlicher Dauer. Manche Episoden sind sehr kurz.

Wenn jemand vielleicht nur eine Frage stellt: „Können Sie mir ein Buch nennen, in dem ich noch etwas Vertiefendes zu diesem Thema lesen könnte?“, so ist das schnell beantwortet. Andere Supervisionsepisoden dauern länger. Wenn beispielsweise jemand sagt: „Ich möchte mit meinem Patienten Rollenspiele zur Selbstbehauptung machen. Ich weiß dazu zwar vieles theoretisch, aber mir fehlt die praktische Erfahrung, helfen Sie mir dabei, mich gut vorzubereiten!“ Dann könnte zunächst damit begonnen werden, aus dem Vorwissen des Supervisanden Anknüpfungspunkte für die praktische Umsetzung herauszuarbeiten, erste Schritte in Rollenspielen auszuprobieren, kleine Hausaufgaben bis zum nächsten Treffen zu entwickeln, diese Erfahrungen in der darauf folgenden Stunde weiter zu bearbeiten und auf diese Weise längere Zeit beim Thema „Praktische Umsetzung“ zu verbleiben. Manche Episoden ziehen sich deshalb über viele, viele Stunden hin.

Damit kommen wir zum *Prozessmodell* der Selbstmanagement-Supervision (aktualisiert auf Basis von Schmelzer, 1997, S.224). Auch hier sind unschwer manche Analogien zu therapeutischen Prozessmodellen zu erkennen, z.B. zum 7-Phasen-Modell von Frederick Kanfer (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) (s. Abb. 2).

Es ist ein *Mehrebenen-Prozessmodell*: Die erste Ebene ist die *Zeitebene*, sie läuft von links nach rechts, d.h. von dem Moment, wo die Supervision beginnt, bis zu dem Moment, wo sie wieder zu Ende geht.

Die zweite Ebene geht in die *Vertikale*, d.h. wir haben *unten* zunächst einmal das *Fundament der Supervision*, das aus folgenden Faktoren besteht: Passendes

² "Probleme" sind - zumindest theoretisch - lösbar. "Tatsachen" sind eben Fakten und weder durch Therapie, Supervision noch durch andere Maßnahmen veränderbar.

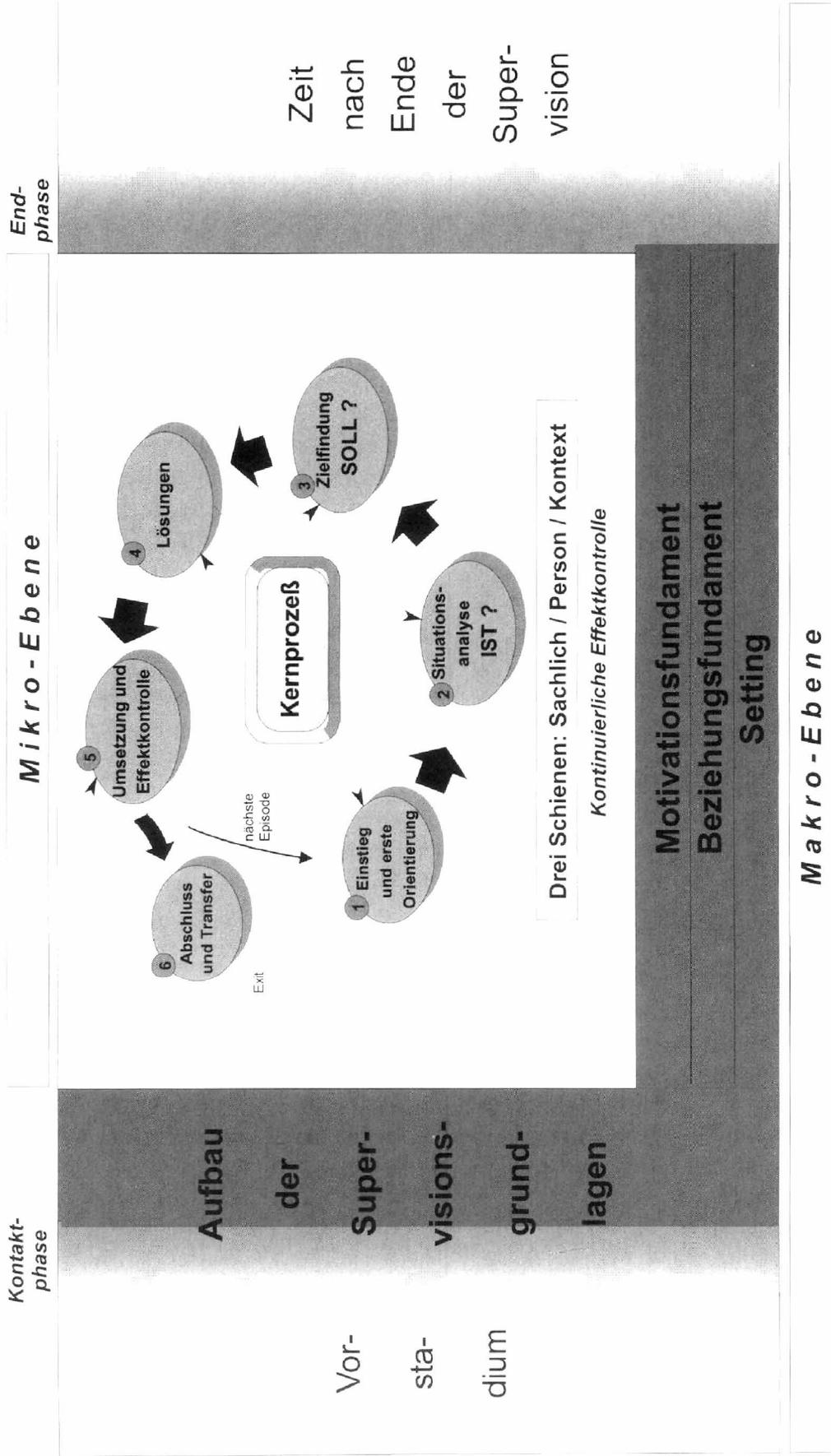


Abbildung 2: Ein Mehrebenen-Prozessmodell der VT-Supervision (Dieter Schmelzer, 2007)

Setting, Beziehung und Motivation. Ähnlich wie in der Therapie haben alle *inhaltlichen* Bearbeitungs- und Lösungsversuche nur dann Aussicht auf Erfolg, wenn die *Basis* stimmt, wenn ein gutes Fundament vorhanden ist, wenn eine tragfähige Beziehung da ist, wenn die Motivation stimmt, wenn das Setting passt.

Beim „Kernprozess“ (weißer Bereich der obigen Abb. 2) handelt es sich im Wesentlichen um die klassischen Problemlösestufen, die in Richtung der dicken Pfeile durchlaufen werden: Es beginnt mit Einstieg und erster Orientierung, setzt sich fort mit dem Versuch, den IST-Zustand zu analysieren, Ziele und den SOLL-Zustand zu klären, dann auf Lösungen zu kommen und diese auch praktisch umzusetzen. Bei Erfolg kann man sich der nächsten Episode zuwenden, und wenn es hakt, muss man innehalten, zu bestimmten Schritten zurück, das Vorgehen ändern usw. – analog wie auch in jeder guten Therapie (siehe die durch dünne Pfeile angedeuteten Rückkehrschleifen).

In der Ausbildung haben wir in Phase 3 (Zielfindung des SOLL-Zustands) noch einen Aspekt besonders zu beachten: Im Gegensatz zur Praxissupervision (wenn also ein fertig ausgebildeter erfahrener Therapeut zu uns in Supervision kommt) geben in der Ausbildungssupervision die curricularen Lehr- und Lernziele sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung mit die Richtung vor. Also müssen Supervisoren auch hier ihre administrative Funktion erfüllen und ihren Supervisanden ab und zu verdeutlichen: „Ihre Anliegen heute – schön und gut. Aber aus meiner Sicht ist dieses oder jenes auch noch notwendig.“

Eine weitere Ebene des Modells bezieht sich auf die inhaltlichen „Haupt-

schiene“ der Supervision (vgl. nächster Punkt).

LEITGEDANKE 10:

DIE INHALTLICHEN „HAUPTSCHIENEN“ DER SUPERVISION

Wenn ein Supervisand berichtet: „In meiner Therapie mit Frau A. funktioniert es nicht, ich möchte gerne mit Ihnen klären, was dabei eine Rolle spielen könnte“, empfiehlt sich – nach weiterer Präzisierung des Anliegens – eine funktionale Bedingungsanalyse auf *drei inhaltlichen „Hauptschienen“* (sachbezogen, personbezogen, kontext-/systembezogen). Das Vorgehen dabei entspricht folgender Logik: Zunächst einmal unterstellen wir den Supervisanden, dass sie sich nach bestem Wissen und Gewissen bemüht haben, sachlich und fachlich korrekt zu arbeiten und die Regeln unserer Zunft zu befolgen. Deshalb beginnen wir mit der Analyse dieser *sachbezogenen Ebene*:

Wenn es z.B. um Probleme bei der Durchführung einer Expositionsbehandlung bei Ängsten geht, wäre zunächst zu eruieren: Hat der Supervisand die diesbezüglichen Grundlagen verstanden? Hat er Wissen darüber? *Kann* er das schon? Hat er es schon einmal durchgeführt? Hat er für die Exposition die passende Situation gewählt? Hat er die Exposition lange genug durchgeführt? Ist die Exposition adäquat vorbereitet worden? Wurde Motivation aufgebaut, ist/war der Beziehungsaufbau in Ordnung? u. v. m. Das wird auf die Schnelle analysiert. Wenn es *hier* Schwierigkeiten gibt, sind natürlich auf der *fachlichen Ebene* Kompetenzen und Wissen zu vermitteln (möglichst unter Einbeziehung anderer Ausbildungsbausteine wie z.B. Seminare, Workshops, Lektüre etc.).

Wenn der Eindruck entsteht, die fachlichen Kompetenzen wären zwar

vorhanden, werden aber in der Situation nicht umgesetzt (wenn es sich also um ein „Performanzproblem“ handelt: vgl. Schmelzer, 1997, S.126 ff.), wird nach Hindernissen auf den beiden *nächsten* Schienen gesucht. Auf der *personbezogenen* Schiene hat z.B. in einem Fall bei einer Supervisandin eine Exposition deswegen nicht geklappt, weil sie in ihrer Lerngeschichte einen inneren Standard entwickelt hatte: „Ich darf anderen Menschen nicht weh tun.“ Sie wusste alles, was man eigentlich machen müsste, aber hat sich nicht getraut, weil sie dachte: „Exposition tut weh, und das darf man nicht.“ Das war dann der Einstieg in das Herausarbeiten und Hinterfragen von *persönlichen* Haltungen und Einstellungen, die eine Therapie erschweren. Falls es an dieser Stelle intensivere Schwierigkeiten gibt, wäre es allerdings besser, manches in anderem Rahmen zu bearbeiten (z.B. in der Selbsterfahrung).

Die nächste Schiene ist die *kontext- und systembezogene* Ebene. Als Beispiel sei hier der Fall einer Supervisandin genannt, die vor einigen Jahren in einer Asthma-Klinik vom Chefarzt den Auftrag erhalten hatte, alle zum Nichtraucher zu machen, so nach dem Motto: „Na, Sie haben doch Psychologie studiert, Sie schaffen das doch sicher!“ Die Supervisandin hat den Auftrag auch noch bereitwillig übernommen. Im äußeren Setting dieser Klinik sprach jedoch alles gegen diese Nichtraucheridee: Im Foyer stand ein großer Zigarettenautomat, und es gab Raucherzimmer, die zudem der soziale Treffpunkt in dieser Klinik waren. Unter diesen Aspekten hatte sich die Supervisandin auf eine „mission impossible“ eingelassen. Das musste mit ihr aber erst einmal behutsam herausgearbeitet werden. Natürlich wäre auch zu fragen: Wie kommt es, dass die Supervisandin diesen Auftrag überhaupt über-

nommen hat? Und schon sind wir wieder bei der *personbezogenen* Schiene.

Diese Beispiele können vielleicht zeigen, dass wir nicht vorschnell nur auf der sachlichen Ebene Kompetenzen vermitteln oder Lösungen versuchen sollten, sondern dass wir erst einmal analysieren müssen, wo genau die Bedingungen für das Problem liegen. Dafür geben diese drei Hauptschienen eine grobe Suchrichtung vor.

LEITGEDANKE 11:

DER FOKUS LIEGT BEIM SUPERVISANDEN UND DESSEN MÖGLICHKEITEN DER EINFLUSSNAHME

Dieser Fokus wird deswegen besonders betont, weil in vielen Supervisionen und Fallbesprechungen immer wieder endlos *über Patienten* diskutiert wird. Der adäquate Fokus unserer Supervision sollte aber die *Person des Supervisanden* sein unter dem Aspekt: Welchen *Einfluss* hat er denn, dass sich beim Patienten etwas verändert? Es ist eine Art Schneeball- oder Kaskadensystem: Der Supervisor versucht, den Supervisanden (= Therapeuten des Patienten) Anregungen zu geben, dass diese wiederum ihren Patienten Anregungen geben können und ein Stück weiterkommen. Leider nützt es wenig, wenn wir *nur* über die Patienten sprechen, denn die entscheidende Frage lautet: „Ja, schön, aber wie bringe ich den Patienten dazu, dass er diese tollen Ideen, die wir schmieden, überhaupt umsetzt?“ Unter dem Aspekt des „locus of control“ (Rotter, 1966) geht es darum: „Was kann die Person, die zu mir kommt, denn überhaupt ausrichten? Worüber hat sie Kontrolle? Wo könnte sie Einfluss gewinnen?“ Und da versuchen wir eben, *Einflussmöglichkeiten* zu finden, sofern es welche gibt. Manchmal gibt es auch Grenzen – einiges erreicht

man eben in diesem Setting oder bei diesem Patienten *nicht*. Aber Supervisanden erleben auch eine große Entlastung, wenn sie in der Arbeit mit uns entdecken: Es nützt nichts, wenn ich mich noch eine Stunde und noch eine Stunde weiter mit dem Patienten auf diese Weise abmühe, es hat keinen Sinn, ich kann hier beim besten Willen nichts erreichen. Deswegen empfehlen sich einige Fragen in der Supervision sehr früh, dann aber jede Stunde: „Was sind die Anliegen der Supervisanden, was sind ihre Fragestellungen, welches Supervisionsproblem möchten sie heute bearbeiten, was sollte geklärt/bearbeitet werden, dass es gelingt, den Patienten positive Anstöße zu geben?“

LEITGEDANKE 12: HANDLUNGSRELEVANZ

Der letzte Leitgedanke lautet: *Handlungsrelevanz!* Was nützt alles Bemühen, wenn nicht am Schluss irgendwelche Fortschritte, irgendwelche Lösungen, irgendwelche Aktionen herauskommen, die die Situation verändern oder verbessern? Das ist ein ganz *pragmatisches* Vorgehen, orientiert an den Fragen: Nützt es etwas? Bringt es weiter? Was bringt es denn, wenn ... ? Ganz im Gegensatz zu dem saloppen Spruch: „Schön, dass wir darüber geredet haben...!“ sollte jede Supervision schon gewisse Nutzenanwendungen zur Folge haben. Bezogen auf das Beispiel von vorher: Was hilft es uns, wenn wir uns eine Stunde lang unterhalten darüber, was der Patient alles tun könnte oder sollte, wenn wir keine Chance haben, bei ihm irgendetwas in Gang zu setzen, dass er zumindest einen kleinen Teil davon auch tatsächlich umsetzt?

Deswegen ist zu fragen: Welche Chancen habe ich denn als Supervisand,

als Therapeut, einen gewissen positiven Einfluss auszuüben? Was kann ich da tun? Was nützt es meinem Patienten, wenn ich dieses oder jenes tue?

Schließlich geht es um *Lösungen*, und wenn es keine Lösungen geben kann, um eine Akzeptanz der Tatsachen, auch in der Supervision.

LITERATUR

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bellingrath, J. (1994). Gibt es eine verhaltenstherapeutische Identifikation? Überlegungen zu Zielsetzungen in Weiterbildung und Supervision von VerhaltenstherapeutenInnen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 26, 19-36.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 26, 357-370.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Heckhausen, H. (1965). Wachsen und Lernen in der Genese von Persönlichkeitseigenschaften. In H. Heckhausen (Hrsg.), *Bericht über den 24. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie* (S.125-132). Göttingen: Hogrefe.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis* (4.Aufl.). Berlin: Springer.
- Kadushin, A. (1976). *Supervision in social work*. New York: Columbia University Press (2nd ed.: 1985).
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Orlinsky, D. E. & Ronnestad, M. H. (Eds.).(2004). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and*

professional growth. Washington (DC): American Psychological Association.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, whole No. 609.

Schmelzer, D. (1997). *Verhaltenstherapeutische Supervision: Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.

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., völlig neu bearb. Aufl.; S.363-371). Stuttgart: Thieme.



KORRESPONDENZADRESSE:

DR. DIETER **SCHMELZER**

KÜHNERTSGASSE 24

D-90402 NÜRNBERG

E-MAIL: info@dr-schmelzer.de