

1 Einführung – Erste Supervisionen in der Verhaltenstherapie

Der erste Verhaltenstherapeut, der systematische Supervision durchführte, war Wolpe (1972). Er arbeitete mit Vier-Personen-Gruppen. Themen waren Anfängerprobleme, Probleme bei verschiedenen psychischen Störungen, Therapieplanung, aber auch Vernachlässigung der Fallgeschichte oder die Rolle der Angst vor Erfolg. In einer 90-minütigen Supervisionssitzung war für jeden Supervisanden 20 Minuten Zeit verfügbar. Natürlich war seine Supervision durch sein individuelles Verständnis von Verhaltenstherapie geprägt. Spätere Ausarbeitungen verhaltenstherapeutischer Supervision orientierten sich an der jeweils vorherrschenden Konzeption, z. B. der BASIC-ID von Lazarus (1978), dem Selbstmanagementansatz (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2012) oder dem SBT-Ansatz (Sulz, 2007a).

Das heißt, die Art zu supervidieren ähnelte der Art zu therapieren (Lieb, 1993, Zimmer, 1996 und Schmelzer, 1997). Dagegen stellt Rzepka-Meyer (1997, S. 13) fest: »Supervision kann zwar therapieähnliche Elemente beinhalten, ist aber grundsätzlich ein Prozess, der sich von Therapien unterscheidet. ... Durch Beschränkung auf die schulenzugehörige therapeutische Methodik werden nicht alle erforderlichen Kompetenzen gleichermaßen angesprochen.«

Das Differentielle Entwicklungsmodell von Hogan (1964) unterscheidet Entwicklungsstufen in der Entwicklung von Therapeuten. Die erste Stufe: Abhängigkeit, die zweite Stufe: Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt, die dritte Stufe: bedingte Abhängigkeit und die vierte Stufe: Meister.

Ausgangspunkt und Ziel der Supervision sind auf den verschiedenen Entwicklungsstufen völlig verschieden, weshalb der Supervisor sich auf jede Stufe neu einstellen muss.

Stufe 1: Abhängigkeit

Zu Beginn der Psychotherapieausbildung ist der Supervisand hoch motiviert, sehr unsicher, hält sich genau an Vorgaben und ist sehr abhängig vom Supervisor. Dieser ist unterstützend, beruhigend und hilft, die grundlegenden Skills zu erwerben. Er leitet an, gibt Beispiele und ist Modell.

Stufe 2: Abhängigkeits-Autonomie-Konflikt

Der Supervisand bringt eigene Ideen ein, sucht seinen ihm gemäßen eigenen Weg, probiert diesen aus und befreit sich immer wieder von vorgegebenen Methoden. Das hält er aber nicht durch, er ist verunsichert und lehnt sich wieder an den Supervisor an. Dieser gibt Raum für eigenes Entdecken und Erproben, hält sich mit Anleitungen zurück und ermutigt andererseits dort, wo wieder Unsicherheit entstanden ist. Auf diese Weise bringt er Stabilität in das Oszillieren zwischen Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit.

Stufe 3: bedingte Abhängigkeit

Auf der dritten Stufe hat der Supervisand schon ausreichend Erfolge gehabt und hat ein relativ sicheres Gefühl für seine Behandlungskompetenz. Es geht nicht mehr darum, sich von der Abhängigkeit zu befreien und es betont anders zu machen, als der Supervisor vorschlug. Für ihn ist der Supervisor nicht mehr die große Autorität, vielleicht weniger, als es den Tatsachen entspricht. Er kann die noch bestehende Abhängigkeit vom Supervisor für sich nutzen oder falls er dies für seine Selbstwertregulation braucht, als unbedeutend einstufen. Seine Haltung ist deutlich stabiler als auf der vorausgehenden Stufe. Er kann die Behandlungsfälle in ihrer Komplexität differenzierter sehen. Die Rollen haben sich geändert. Es ist mehr eine Diskussion von zwei Fachleuten, die durchaus konfrontativ sein kann.

Stufe 4: Meister

Jetzt ist der Supervisand nicht mehr auf den Supervisor angewiesen, um seine Therapien erfolgreich zu Ende führen zu können. Er hat alles gelernt,

was es zu lernen gibt, und weiß um das immer wieder Unvorhersehbare in der Behandlung neuer Patienten. Gerade deshalb kann er Supervision und Supervisor wieder mehr schätzen. Er weiß, was er von diesem noch bekommen kann und was er sich selbst erarbeiten muss. Umgekehrt kann er die Wertschätzung des Supervisors für seine Expertise gern annehmen.

Stoltenberg und Delworth (1987) fügen noch den Aspekt der Selbstaufmerksamkeit hinzu. Anfänglich führt die Unsicherheit des Supervisanden noch dazu, dass er in seiner Aufmerksamkeit mehr bei sich ist als beim Patienten, darauf bedacht, alles richtig zu machen und Fehler zu verhindern. Auf jeder Stufe kann die Aufmerksamkeit mehr auf den Patienten und auf das gerichtet werden, was im Therapieprozess nächste Schritte sind.

In der Supervision geht es darum, neue Sichtweisen zu finden, gegen die aber zunächst ein Sträuben besteht. Alte Sichtweisen zu verlassen, bedeutet vorübergehende Instabilität. Je mehr persönliche und fachliche Autorität dem Supervisor zugeschrieben wird, umso eher kann seiner Sichtweise gefolgt werden (Strong, 1986).

Der Selbstmanagementansatz (Schmelzer, 1997) hat die Supervision systematisiert und professionalisiert. Kanfers Personenzentrierung innerhalb der Verhaltenstherapie steht auch in der Selbstmanagementsupervision im Zentrum. So wenig, wie der Patient »behandelt« wird, so wenig wird der Supervisand »belehrt«. Selbstbestimmung und Selbstständigkeit des Supervisanden werden durch eine Beziehung »auf Augenhöhe« bewahrt und gefördert.

Der Strategische Supervisionsansatz (Sulz, 2007a) beschreibt einerseits ein Entwicklungsmodell der Supervision, das fünf Entwicklungsstufen des Supervisanden in einer Ausbildungssupervision erkennbar werden lässt. Andererseits geht er vom Prinzip der impliziten Strategie menschlichen Erlebens und Handelns aus. Damit wechseln die Betrachtungs- und Vorgehensweisen zwischen stabilisierender »strategischer« Selbstregulation und Homöostase einerseits und veränderungsimanenter Selbstorganisation andererseits. Hier begegnen sich Systemtheorien und systemische Theorien – Kybernetik erster und zweiter Ordnung.

Kommentar von Ute Gräff-Rudolph

Einige Verhaltenstherapeuten wie Wolpe waren früher Psychoanalytiker oder haben sich im Lauf ihrer Berufslaufbahn viel psychodynamisches Gedankengut angeeignet. Sie haben implizit ihr psychodynamisch gebliebenes Fall- und Beziehungsverständnis für die Supervision genutzt. Was ihnen bei ihren verhaltenstherapeutischen Supervisanden und deren Therapieberichten auffällt, sind deshalb oft unbewusste Hintergründe, deren Erkennen das Fallverständnis vertiefen und auch erkennen lassen, weshalb die therapeutische Beziehung gerade an einem eventuell sehr schwierigen Punkt angekommen ist.

Der Aspekt der Entwicklung erscheint mir eine ebenso wichtige Erweiterung der verhaltenstherapeutischen Supervision zu sein. Hogan (1964), Stoltenberg und Delworth (1987) und Sulz (2007a) beschreiben ganz ähnliche Entwicklungsstufen, die eine wertvolle Heuristik für den Supervisor sind, da er durch sie erkennen kann, welcher Teil des vorgebrachten supervisorischen Problems einfach dadurch erklärbar ist, dass bei dem Supervisanden gerade der Schritt auf die nächste Entwicklungsstufe erfolgte. Und vor allem kann er die Änderung der supervisorischen Beziehung besser verstehen, wenn der Supervisand gerade dabei ist, seine Autonomie zu entfalten. Wichtig erscheint mir auch, dass der Übergang auf die nächsthöhere Entwicklungsstufe Instabilität bedeutet und deshalb eher vermieden wird.

Kommentar von Serge Sulz

Der Entwicklungsaspekt ist sehr anspruchsvoll und nicht einfach auf den Therapieprozess zu übertragen. Da stellt sich die Frage, ob einem Supervisanden, der diesen Ansatz nicht kennt, mit dieser Heuristik geholfen werden kann. Oder soll er sich in das Denken des Supervisors eindenken? Trotzdem ist ein wichtiges Faktum, dass Entwicklung gleich Änderung bedeutet und dass diese Änderung durch Selbstorganisation erfolgt, während Selbststeuerung versucht, Stabilität und Homöostase herzustellen, also Widerstand gegen Veränderung aufbringt.

2 Strategisch-Behaviorale Supervision als Integration von Selbstregulation, Selbstorganisation und Selbstentwicklung

2.1 Annahmen

Drei Annahmen über die Funktionsweise der menschlichen Psyche liegen zugrunde:

1. Die Strategische Supervision geht von der kognitiv-affektiven Entwicklungstheorie aus (Sulz, 2017b). Das heißt, dass unser Denken, Fühlen und Handeln weitgehend automatisch und autonom (ohne ständige bewusste Entscheidungen) abläuft – das ist die autonome Psyche oder der implizite Teil unserer Hirnaktivität (Grawe, 1998, 2004). Funktionsprinzipien sind die der Selbstregulation und Homöostase (Kybernetik 1. Ordnung), durch die die Stabilität des Systems gewährleistet wird, und der Selbstorganisation (Kybernetik zweiter Ordnung), die Änderung und Entwicklung ermöglicht (Haken & Schiepek, 2005). Diese beiden Prinzipien entsprechen Piagets (1978, 1995) Konstrukten der Assimilation (Einfügen neuer Erfahrungen in das bestehende psychische System) und Akkommodation (Anpassen des psychischen Systems an neue Erfahrungen mit der Umwelt). Daraus resultiert auch, dass unsere Lebens- und Beziehungsgestaltung weitgehend dem Prinzip der Konstruktion im Sinne der Palo-Alto-Schule (Watzlawick et al., 1986, Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974) stattfindet und weit weniger nach dem Prinzip der Kausalität.
2. Die Psyche des Menschen entwickelt sich lebenslang weiter. Dies geht mit neurobiologischen Veränderungen einher. Piaget (1978, 1995) und Kegan (1986) bieten eine Entwicklungstheorie, die sich als Heuristik anbietet. D. h., dass neues Verhalten und Veränderungen des Verhaltens

und Erlebens weder allein auf Konditionierungen noch auf Lernen durch Einsicht zurückgeführt werden können. Durch die Entwicklung von einer Entwicklungsstufe auf die nächsthöhere entsteht neues Erleben und Verhalten. Auf jeder Entwicklungsstufe entsteht ein qualitativ neuer Mensch und eine qualitativ neue Welt.

3. Die neurobiologische Wissenschaft des Gedächtnisses und der Emotionen führt zu einer notwendigen Ergänzung und Schwerpunktverlagerung zur kognitiv-behavioralen Betrachtungsweise menschlichen Verhaltens (Damasio, 2003, 2017). Die Affekte und die Affektregulierung treten in den Vordergrund, da sie das Regelmäßige psychischer Funktionen determinieren (autonome Psyche, implizites (emotionales) System). Die bewussten gedanklichen und steuernden Prozesse der willkürlichen Psyche (explizites (kognitives) System) treten nur dann in Aktion, wenn die automatischen Prozesse einer außergewöhnlichen und neuen Situation nicht gerecht werden können.

2.2 Ein Selbstregulationsmodell als Basis supervisorischen Handelns

Wir können die primäre somatopsychische Homöostase des Kleinkindes von der sekundären psychosozialen Homöostase des Erwachsenen unterscheiden. Obwohl vom Reifegrad seiner Hirnfunktionen noch gar nicht in der Lage, muss das Kleinkind bei seiner Selbstregulation die Wünsche und Forderungen der Eltern berücksichtigen, um mit diesen emotional überleben zu können. Da es noch keine kognitive Steuerungsfähigkeit hat, müssen ihm aversive Gefühle wie Angst, Schuldgefühl oder Scham dabei helfen. So entsteht ein selbstunsicherer oder ein dependenter oder ein histrionischer Mensch mit Eigenschaften, die der Besänftigung der sozialen Umwelt dienen, aber auf Kosten eigener Bedürfnisbefriedigung gehen. Das kann ein Leben lang gut gehen – oder bis zum Ende einer Karriere, bis zum Ende einer Partnerschaft. Der Krug geht so lange zum Brunnen, bis er

bricht. Die Anpassung erfolgt so lange, bis das psychische System wiederum überfordert ist und als Notfallmaßnahme das psychische oder psychosomatische Symptom erfindet.

1. Systemebene

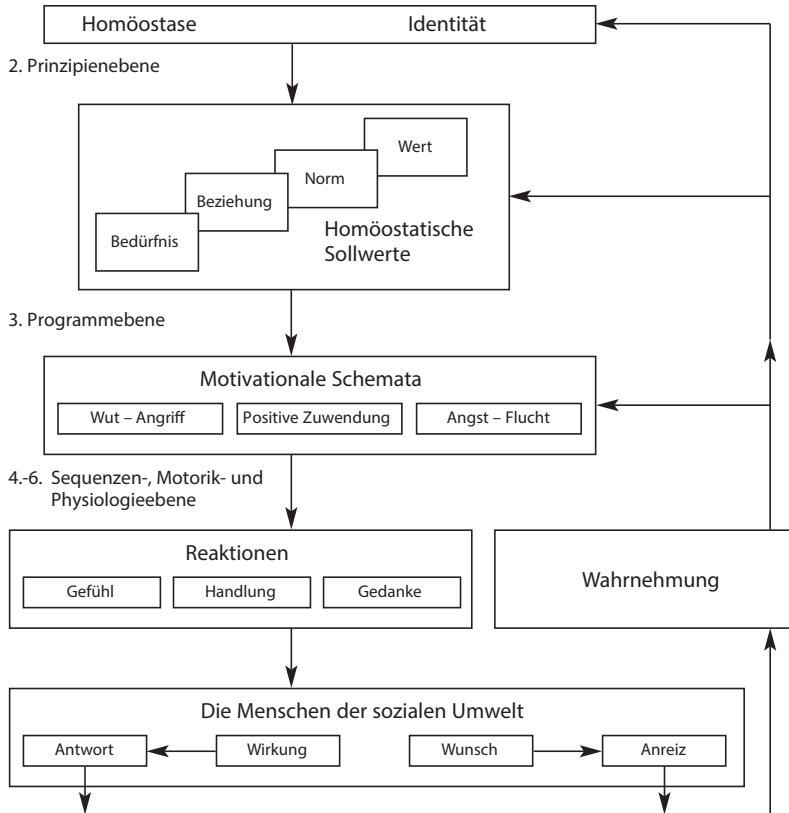


Abb. 2.1: Strategisches Modell der Selbstregulation (verändert nach Sulz, 2017b)

In Anlehnung an Grawe (1998) können wir ein Modell der menschlichen Psyche zeichnen (► Abb. 2.1): Wir begegnen der Welt und einer konkreten Situation zunächst durch unsere Wahrnehmung, die Information an alle

Ebenen unserer Psyche gibt. Wir können uns deren Organisation als Mehrebenensystem vorstellen. Ganz oben sorgt die Systemebene für Stabilität und Homöostase, so dass eine stabile Identität entstehen kann. Darunter kommt die Prinzipienebene, die die homöostatischen Sollwerte bezüglich Bedürfnissen, Beziehungen, Normen und Werten festlegt und steuert. In konkreten Situationen können motivationale Schemata auf der Programmebene rasch zur Verfügung gestellt werden, seien es positive Zuwendung oder Wut und Angriff oder Angst und Flucht. Auf der Sequenzenebene, der Motorikebene und der physiologischen Ebene entstehen dann Reaktionen (Gefühle, Gedanken und Handlungen). Damit sind wir bei der Antwort auf die anfängliche Wahrnehmung gestoßen. Diese wirkt auf die Menschen der sozialen Umwelt ein, die wiederum antworten. Es kann aber auch sein, dass deren Reaktionen keine Antwort auf unser Verhalten sind, sondern ein Ausdruck derer Wünsche, was für uns Anreiz oder Forderung darstellt.

Diese Heuristik können wir auf alle interaktionellen Prozesse anwenden: der Patient und seine soziale Umwelt, der Patient und sein Therapeut, der Therapeut und sein Supervisor.

Zu Beginn seiner Psychotherapieausbildung kann der Therapeut noch keine psychotherapeutische Identität haben. Ein großer Teil seiner Energie wird durch den Prozess der Identitätsbildung absorbiert. Vorerst fühlt er sich deshalb selbstunsicher und nicht ausreichend kompetent. Er achtet mehr auf sein eigenes Handeln als auf den Patienten. Sein Fehler ist, dass er Fehler vermeiden will. Das hindert ihn daran, sich ein ausreichend komplexes Bild des Patienten zu machen. Für solche neuen Situationen sind noch keine motivationalen Schemata verfügbar. Er will vom Supervisor so schnell und so viel wie möglich lernen und ist dankbar für alle Hinweise, die ihm helfen, sich in einer völlig neuen Rolle in dieser völlig neuen Welt zu bewegen.

2.3 Ein Entwicklungsmodell der Supervision in der Therapeutenausbildung

Entwicklung ist Veränderung und Veränderung folgt dem Prinzip der Selbstorganisation (Haken & Schiepek, 2005). Selbstregulation will Veränderung verhindern und Stabilität herstellen. Beide Prinzipien sind also gegenläufig, und so lange Selbstregulation (Assimilation) Veränderung verhindern kann, sind keine Veränderungen zu erkennen. Dann auf einmal, wenn die Kräfte der Selbstorganisation diejenigen der Selbstregulation übertrumpfen, kommt eine plötzliche und völlige Veränderung (Akkommodation). Das ist der qualitative Sprung. Das alte System gibt es nicht mehr, das neue ist entstanden.

Die Entwicklungsstufen Piagets (1978, 1995) und Kegans (1986) bilden diese Prozesse ab. Auf einer Entwicklungsstufe ist das Selbst stabil. Es begegnet der Welt auf einer konstant durch situativ verfügbare Schemata unterstützte Weise. Beim Übergang auf die nächsthöhere Entwicklungsstufe geht diese Stabilität verloren. Die Selbstregulation der alten Stufe wird insuffizient, kann ihre Sollwerte nicht mehr einhalten und endet. Assimilation ist nicht mehr möglich. Durch Selbstorganisation jenseits von Hierarchien und Sollwerten entsteht qualitativ Neues (Akkommodation). Dieser Übergang kann fulminant und krisenhaft ablaufen und er kann scheitern, so dass die nächsthöhere Stufe nicht erreicht wird.

Es kann aber auch sein, dass die Selbstregulation zu einem rigiden System geführt hat, das Entwicklung von vornherein ausschließt. Das ist der Fall, wenn sich eine Form des »Gerade-noch-Überlebens« eingestellt hat, die unbedingt beibehalten werden muss, z. B. dysfunktionale Persönlichkeitszüge, wie selbstunsicher, dependent, zwanghaft, passiv-aggressiv, histrionisch, schizoid, narzisstisch oder emotional-instabil. Das ist emotionales Überleben um den Preis der Entwicklungsstagnation. Da diese dysfunktionalen Persönlichkeitszüge sehr häufig sind, müssen wir davon ausgehen, dass Erwachsene nur »partiell entwickelt« sind (McCullough, 2000, 2007). Wenn bestimmte Konfliktlösungen erst auf der nächsthöheren Entwicklungsstufe möglich werden, muss zuerst der Entwicklungsschritt auf diese Stufe stattfinden. Tabelle 2.1 zeigt die Entwicklungsschritte mit dem Wechsel von Assimilation und Akkommodation.

Tab. 2.1: Entwicklung als Selbstorganisation (aus Sulz, 2007a, S. 62)

Stufe 1	Übergang	Stufe 2	Übergang	Stufe 3
Selbstregula- tion	→ Selbstorga- nisation	→ Selbst- regulation	→ Selbstorga- nisation	→ Selbstregu- lation
Assimilation	Akkommodati- on	Assimilation	Akkommodati- on	Assimilation
quantitativ	qualitativ	quantitativ	qualitativ	quantitativ
Stabilität	Veränderung	Stabilität	Veränderung	Stabilität

Wir können nun versuchen, das Entwicklungsmodell auf die Supervision zu übertragen. Es wurde bisher vor allem auf die Entwicklung des Patienten in der Therapie (Sulz & Höfling, 2010, Sulz, 2017a, b, c), die Entwicklung der Familie (Sulz & Heekerens, 2002), die Entwicklung von Gruppen (Knickenberg & Sulz, 2002) und die Entwicklung von Teams (Hauke & Sulz, 2004) als Heuristik eingesetzt. In Tabelle 2.2 wird die stufenweise Entwicklung des Supervisanden zu sich selbst, zum Patienten und zum Supervisor dargestellt.

Auf jeder Stufe begegnet der Supervisor einem anderen Menschen und er wird diesem stufenadäquat begegnen und seine Interventionen auf dessen Entwicklungsstand abstimmen. Er ist sich bewusst, welche Intervention auf der betreffenden Stufe entwicklungsfördernd und welche entwicklungshemmend wäre (► Tab. 2.3).

Wer sich entwickelt, braucht eine einbindende Kultur. Entwicklung kann im beziehungslosen Raum nicht stattfinden. Für den Supervisanden ist der Supervisor einbindende Kultur mit definierten Aufgaben der Entwicklungsförderung.

Der Supervisor hält sich an die beiden von Kegan (1986) vorgeschlagenen Prinzipien der hilfreichen Begleitung des Übergangs auf die nächsthöhere Stufe (► Tab. 2.3):

- Widerspruch, Grenzen setzen (damit es unbequemer wird auf der alten Stufe),
- in der Nähe bleiben (Verständnis, Versöhnung), damit kein zu hoher Preis für die Entwicklung gezahlt wird.