

A. Grundlagen

Ein Wirkmodell der Supervision

Mathias Lohmer

Warum wirkt Fallsupervision eigentlich? Wie vermittelt sich die Problematik der Patient-Therapeut-Beziehung in die Supervision? Und wie wirkt sich dann das Ergebnis der Supervision auf den therapeutischen Prozess aus? Diesen Grundsatzfragen soll im nachfolgenden Kapitel nachgegangen werden.

1. Das Dreieck der Supervision

Das Verhältnis der grundlegend Beteiligten eines supervisorischen Prozesses zueinander kann in einem „Dreieck der Supervision“ konzeptualisiert werden, bei dem immer die Beziehungen zwischen Therapeut (Supervisand), Supervisor und Patient im Verhältnis zueinander gedacht werden (vgl. Abbildung Nr. 1 „Das Dreieck der Supervision“).

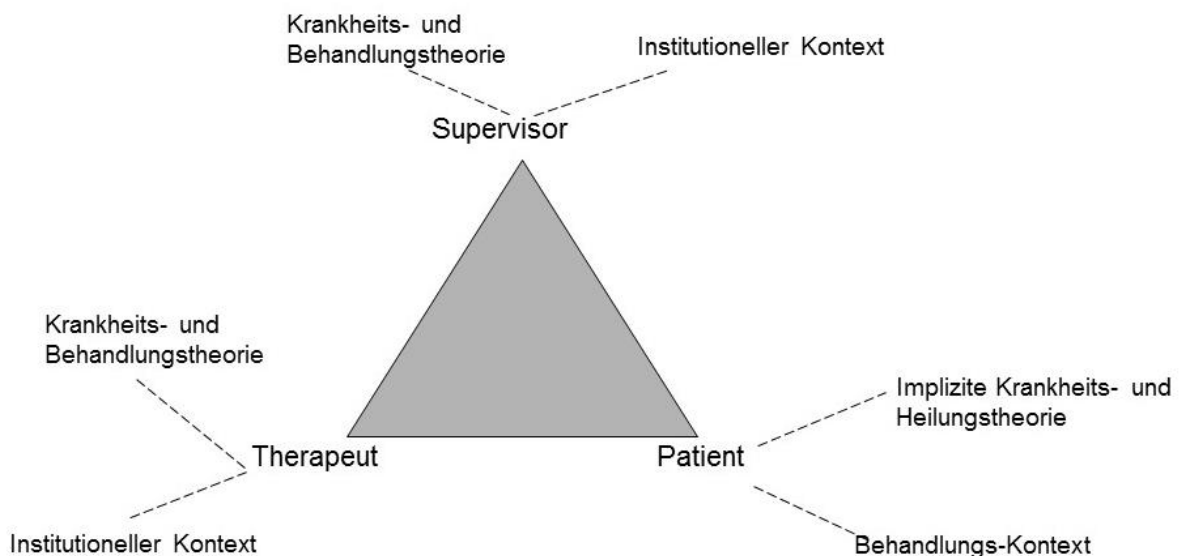


Abb. 1. Das Dreieck der Supervision

Der Patient trifft dabei auf einen Therapeuten, der wieder auf einen Supervisor trifft – und jeder von den Dreien handelt nach einer impliziten bzw. expliziten Krankheits- und Heilungstheorie, bewegt sich in einem spezifischen Behandlungskontext und hat eigene Erwartungen. Es lohnt sich, diese Grundbedingungen zu reflektieren, um die Komplexität des Supervisionsgeschehens entsprechend konzeptualisieren zu können.

1.1 Der Pol des Patienten

Der Patient hat in der Regel seine *implizite Krankheits- und Heilungstheorie*. Darin ist enthalten: „Was ist mein Problem? Was wird mich gesund machen? Was wünsche und befürchte ich vom Therapeuten?“. Der Patient steht in einem spezifischen *Behandlungskontext*: seinem sozialen, beruflichen und familiären Umfeld, er hat Vorerfahrungen, die er mit Therapie bisher gemacht hat, gegebenenfalls parallele Behandlungen im somatischen oder Heilpraktiker-Bereich, verfügt über eigene oder eher Fremdmotivation und hat spezifische Finanzierungsmodalitäten. Mit diesem Kontext trifft der Patient nun auf seinen Psychotherapeuten.

Beispiel: ein depressiver Patient, Herr A., mit mittlerem Strukturniveau fühlt sich überarbeitet, leidet unter einer als abweisend erlebten Haltung seiner Ehefrau und ist mit seiner Karriereentwicklung unzufrieden. Er sucht einen Therapeuten auf in der Hoffnung, dass dieser „ihn wieder aufrichten“ und ihm „ein besseres Selbstvertrauen vermitteln“ kann.

1.2 Der Pol des Psychotherapeuten

Der Psychotherapeut hat eine explizite und implizite Krankheits- und Behandlungstheorie und explizite und implizite Bedürfnisse im Rahmen der Therapie. Explizit sind Krankheits- und Behandlungstheorie, so wie er sie in seiner Ausbildung gelernt hat bzw. in kollegialen Diskussionen und dem Antragsverfahren an den Gutachter wiedergibt. Implizit und manchmal unbewusst, auch bedingt durch die eigene Übertragung und Gegenübertragung auf den Patienten, gibt es ergänzende oder kontrastierende Krankheits- und Behandlungstheorien, die in das Behandlungsgeschehen einfließen. Explizite Bedürfnisse an die Therapie sind die

Sicherung seiner eigenen materiellen Basis, aber auch die Bestätigung in seiner Rolle als Therapeut, Befriedigung über Behandlungserfolge und Wünsche und Ängste gegenüber dem Patienten – z.B. dem Wunsch, der Aggression des Patienten zu entkommen, der depressiven Klage auszuweichen oder ein schlimmes Trauma „wiedergutzumachen“.

Die Therapie findet nun in einem spezifischen institutionellen Kontext statt. Findet sie in einer eigenen Praxis statt, wird der Therapeut sich stärker als „Herr des Verfahrens“, zuweilen aber auch alleingelassen und in Frage gestellt fühlen. Behandelt er den Patient in einer Klinik (z.B. psychiatrische oder psychosomatische Klinik), so findet eine fokale oder intensive Kurztherapie statt, indem der Einzelpsychotherapeut nur eine Facette des therapeutischen Geschehens darstellt, Unterstützung durch andere therapeutische Settings in Anspruch nehmen kann, oft aber darunter leidet, nur selten die „Früchte des eigenen Tuns“ ernten zu können, da das eigentliche Durcharbeiten einer Problematik im ambulanten Kontext stattfinden wird. Im Rahmen zum Beispiel einer forensischen Psychotherapie ist der institutionelle „Zwangskontext“ der Therapie bedeutsam, in dem der Patient nicht primär freiwillig an einer Therapie teilnimmt und das „dritte Element“ der Behandlung, hier Justiz und Staat, immer präsent ist.

Der Therapeut hat weiterhin seine eigenen Erwartungen an Supervision. So kann er zum Beispiel Hilfe bei Verwicklungen suchen, einen Zuwachs an Kompetenzen, an „Mastering“ suchen, oder die Supervision im Rahmen einer Ausbildung „absolvieren“ müssen.

Mit diesen Erfahrungen und Erwartungen des Patienten und seinen eigenen Krankheitsvorstellungen, Kontextvariablen und Erwartungen an eine Supervision trifft er nun auf einen Supervisor.

Beispiel: Der Therapeut, Herr B., begegnet seinem Patienten, Herrn A., zunächst mit viel Wohlwollen, ermutigt ihn, sich im Beruf und gegenüber seiner Ehefrau „besser abzugrenzen“ und sieht ein zu hohes forderndes Ich-Ideal und Eltern, die Anpassung und Leistungsbereitschaft forderten als ursächlich für die Depression seines Patienten. Durch Konflikte am Arbeitsplatz und in der Ehe sowie die Aggressionshemmung des Patienten sei es nun zu der neurotisch-depressiven Entwicklung gekommen. Nach einiger Zeit fühlt sich Herr B. jedoch zusehends gelähmter mit Herrn A., seine wohlwollenden Vorschläge werden von Herrn A. als

„nicht wirklich hilfreich“ zurückgewiesen, Herr B. wird ärgerlicher, hilfloser, fühlt sich ungenügend als Therapeut und sucht zur Supervision Herrn C. auf.

1.3 Der Pol des Supervisors

Der Supervisor wiederum hat auch seine eigene explizite und implizite Krankheits- und Behandlungstheorie, die sich von der des Supervisanden sowie der des Patienten unterscheiden kann, und explizite und implizite Bedürfnisse im Rahmen der Supervision. Auch er sichert durch die Supervision seine materielle Basis und möchte sein Selbstkonzept als guter Supervisor im Rahmen der Supervision stärken. Auch er hat Wünsche und Ängste gegenüber dem Supervisanden: Wird er als guter Supervisor anerkannt oder nur in Kauf genommen? Nimmt der Supervisand freudig-kritisch seine Anmerkungen auf oder verschließt er sich? Fühlt sich der Supervisor durch den Supervisanden in eine hilflose und ohnmächtige Situation gebracht, in der er auch nicht weiter weiß?

Auch die Supervision findet in einem spezifisch institutionellen Kontext statt. Sie kann ein „privater“ Auftrag eines Supervisanden an den Supervisor sein, ihn zum Beispiel im Rahmen einer Verwicklung oder als kontinuierliche Begleitung zu unterstützen, es kann sich um die Aus- oder Weiterbildung im Rahmen eines Institutes handeln oder aber um die externe Fallsupervision im Rahmen einer Behandlungseinrichtung, zum Beispiel einer Klinik oder einer Beratungsstelle. Weiterhin kann es auch die interne Supervision einer solchen Einrichtung sein, in der leitende Psychologen oder Oberärzte Therapeuten in ihrem Tun anleiten.

Als Folge dieses Aufeinandertreffens im Dreieck der Supervision findet ein komplexer Abgleichungs- und Anpassungsprozess in diesem Dreieck statt. Explizit und implizit werden die unterschiedlichen Erwartungen und Voraussetzungen der einzelnen Akteure miteinander verhandelt. Im günstigen Falle stellt sich Komplementarität her und ein produktiver Regelkreis des Supervisionsprozesses kann wirksam werden (vgl. Kapitel „Der Kontext der Supervision“).

Im ungünstigen Fall kommt es zu einer dauerhaften Störung der supervisorischen und therapeutischen Prozesses, die nur schwer aufgelöst werden kann. Hier kann eine „Supervision der Supervision“ als Metaprozess nützlich und notwendig sein.

2. Der dynamische Regelkreis des Supervisionsprozesses

Supervision besteht als Gesamtprozess in einem Regelkreis, der von der intrapsychischen Dynamik des Patienten über die interpersonale Dynamik Therapeut – Patient zur interpersonellen Dynamik Therapeut – Supervisionsgruppe – Supervisor zur interpersonellen Dynamik Therapeut – Patient und damit wieder zur intrapsychischen Dynamik des Patienten führt (vgl. Abbildung 2).

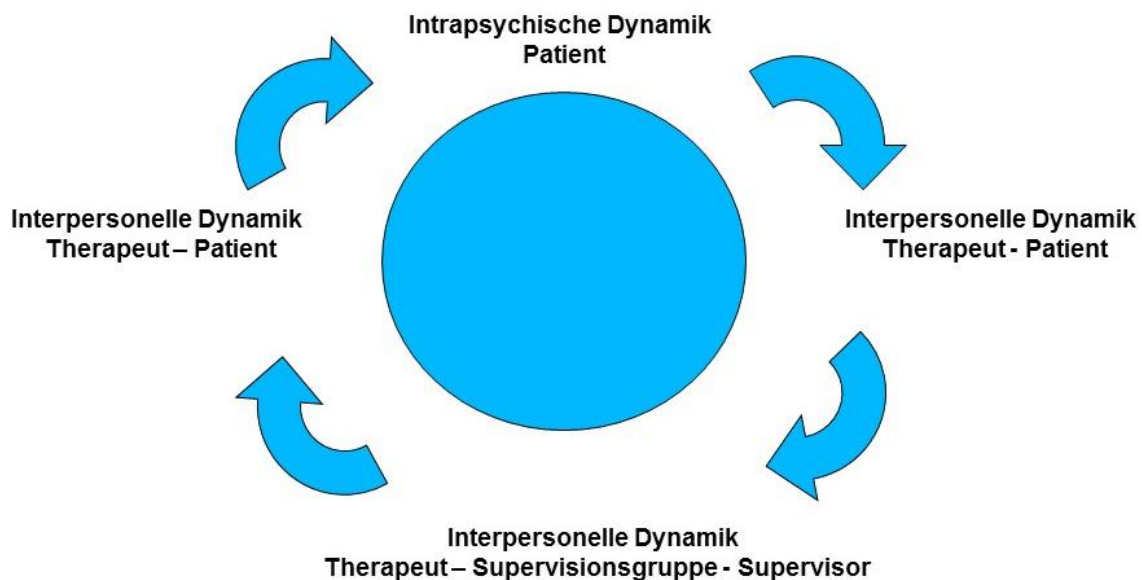


Abb. 2: der Dynamische Regelkreis der Supervision

2.1 Die intrapsychische Dynamik im Patienten

Wenn wir als Startpunkt die *intrapsychische Dynamik* im Patienten oder Patientensystem nehmen, so ist die Grundlage der Supervision die Entfaltung der Patientenproblematik in einer *Szene*, einer Aktualisierung und einer unbewussten Einbeziehung des Therapeuten oder Therapeutensystems in die eigene Problematik. Widersprüchliche, intrapsychische Anteile und Ambivalenzen des Patientensystems (Einzelpatient/Gruppe/Paar/Familie) tendieren zur inneren Aufspaltung, um die innere Konfliktspannung zu verringern. So kann in einem inneren Autonomie-Abhängigkeitskonflikt der Teil der Abhängigkeitswünsche an den Partner (oder auch den Therapeuten) delegiert werden, wenn der Patient selber sich als innerlich

unabhängig, enge Beziehungen eher flüchtend und abgegrenzt erlebt. Beide Seiten gleichzeitig können nicht integriert werden, so dass eine andere Person als Träger des eigenen, nicht gelebten oder abgelehnten Anteils notwendig wird.

Beispiel: in unserem Fallbeispiel erlebt sich Herr A. selbst als gutwillig, angepasst, überfordert, gekränkt – also eher als „Opfer“ seiner Lebensverhältnisse. Der Therapeut, Herr B., sieht ihn zunächst als „Opfer“ seines inneren ungelösten Konfliktgeschehens und seiner Identifikationen – wird dann aber zusehends in eine „Macht-Ohnmacht-Szene“ verwickelt, in der er sich selbst als ärgerlich und hilflos, ja entwertet erlebt.

2.2 Die interpersonelle Dynamik Patient – Therapeut

Erst durch diese „Ansteckung“ des Therapeuten oder des Therapeutensystems geschieht auf einer tieferen oder unbewussten Ebene eine Kommunikation über die Struktur- oder Konfliktdynamik im Patienten/Patientensystem - auf diese Weise wird diese auch dem Erleben des Therapeuten zugänglich. Dies geschieht mittels projektiver Prozesse (Projektion bzw. projektive Identifizierung) und als Teil der Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehung.

Durch die Übertragung bzw. Projektion solcher unbewussten, abgelehnten, konflikthaften oder nicht bewussten Anteile von inneren Objekt- oder Selbstaspekten identifiziert sich der Therapeut – je nach eigener „Valenz“, also seiner Persönlichkeit, seiner Konfliktneigung und seiner Übertragungsneigung – mit den Einzelaspekten des Patienten und übernimmt spezielle „Rollen“ in dessen „Szene“. Im Sinne der Gegenübertragung handelt es sich hier um eine *konkordante* (dem bewussten Selbstanteil des Patienten entsprechende) oder *symmetrische* (dem übertragenen Objektanteil des Patienten entsprechende) Gegenübertragung. Der Therapeut „spielt also mit“, wird angesteckt, registriert vielleicht, dass er in einer für ihn ungewöhnlichen Weise kritisch, zaghaft, gelähmt oder unterstützend, konfrontierend aber auch „aushaltend“ wird, kann es in einigen Fällen durch „Selbstanalyse“ auch verstehen und einordnen, in anderen Fällen bleibt ihm die Art der Szene und seines eigenen Mitspielens aber unbewusst – genau hier greift die Wirkung von Supervision und begründet zugleich deren Notwendigkeit.

Beispiel: Der Therapeut erlebt sich jetzt unbewusst so, wie sich der Patient, z.B. gegenüber Chef oder Ehefrau fühlt, bzw., wie diese sich ihm gegenüber erleben. Der aggressive Teil des Patienten, in der er auch Macht ausübt (hier die „Macht des Opfers“) wird latent in seiner Zurückweisung von Zuwendung, Deutungen und supportiven Ratschlägen deutlich, während er sich manifest weiterhin als hilflos und ohnmächtig fühlt. Der Therapeut reagiert ärgerlich, womit er wieder die Wahrnehmung des Patienten bestätigt, schlecht behandelt zu werden.

2.3 Die interpersonelle Dynamik Supervisand – Supervisionsgruppe – Supervisor

Der Therapeut (Supervisand) induziert nun mit seinem Fallbericht die Dynamik der „therapeutischen Szene“ (die spezifische Übertragungs-Gegenübertragungsgleichung, die spezifische Rollenverteilung im therapeutischen Paar) in das psychische Feld der Supervisionsgruppe bzw. der Supervisand-Supervisoren-Beziehung.

In der Einzelbeziehung Supervisand – Supervisor erlebt der Supervisor stärker „am eigenen Leib“, wie ihn die berichtete Szene der therapeutischen Beziehung affiziert.

Dieses Phänomen wird naturgemäß in Gruppensupervisionen wie einer Balint-Gruppe (vergl. Kapitel „Balintgruppe als Methode der Supervision“), noch deutlicher sichtbar, da die Affekte in diesem Spiegelungsprozess stärker hervortreten und die einzelnen Gruppenmitglieder sich mit den einzelnen Facetten der therapeutischen Szene klar identifizieren. Der Supervisor kann hier stärker in der beobachtenden Position bleiben und die Essenz der Szene erfassen.

Wird der Therapeut/Supervisand vom Patienten zum allmächtig-hilfreichen Objekt gemacht, so fühlt sich die Gruppe oft stellvertretend entweder hypoman, aktiv oder voller guter Ratschläge (symmetrische Gegenübertragung) oder aber überfordert, gelähmt, kritisch, dem Therapeuten sein Scheitern vor Augen führend (konkordante Gegenübertragung zur berichteten Szene). Je stärker strukturell gestört ein Patient ist, desto heftiger wird diese „Widerspiegelungsdynamik“ sichtbar, in der sich die berichtete therapeutische Szene im Hier und Jetzt der Beziehung zum Supervisor bzw. zur Supervisionsgruppe re-inszeniert.

Da die Gruppe, vor allen Dingen aber der Supervisor, weniger „dicht“ an der therapeutischen Szene beteiligt ist als der Therapeut, also weniger verwickelt und in das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen einbezogen ist, können diese ihre eigenen Empfindungen, ihr Erleben und ihre Handlungsimpulse leichter aus der Distanz heraus zur Kenntnis nehmen, zurücktreten und die Dynamik der supervisorischen Szene als Spiegelphänomen erkennen. Hier ist es vor allen Dingen die Aufgabe des Supervisors, die Beobachtungen im Rahmen der Supervisionsgruppe und seiner eigenen Gegenübertragung daraufhin zu untersuchen, inwiefern diese ein Hinweis auf die therapeutische Szene sein können.

Das Zurücktreten des „handelnden Ich“ vor dem „beobachtenden Ich“ ist der zentrale Schritt und die zentrale Kompetenz des Supervisors, die er ausüben und vermitteln sollte.

Anschließend interpretiert der Supervisor im Dialog mit dem Supervisanden und der Gruppe die Dynamik der therapeutischen Szene von der Teilhabe an der Szene bis zur Reflexion auf der Metaebene.

Auf dieser Grundlage können dann behandlungstechnische Strategien im Dialog zwischen Supervisand und, wenn vorhanden, Supervisionsgruppe und Supervisor erarbeitet werden. Der bisher unbewusst gebliebene Teil kann im günstigen Fall verstanden werden und im Therapeuten selber kann es zu einem Schritt der Integration vorher getrennt oder abgespalten gehaltener Anteile kommen. Auch hier geht eine Veränderung der Gegenübertragung einer Veränderung der Übertragung voraus. Der Therapeut macht zunächst einen Entwicklungsschritt, der im System Therapeut – Patient eine Veränderung ermöglicht.

Beispiel: Herr B. berichtet in der Supervisionsgruppe über seine Behandlung mit Herrn A. Ein Teil der Gruppe findet, dass die Arbeitssituation von Herrn A. wirklich unzumutbar ist und Chef und Ehefrau sich seine Gefügigkeit zu Nutze machten. Andere Gruppenmitglieder ärgern sich über die Ansprüchlichkeit von Herrn A. und bestärken Herrn B., mehr von seinem Patienten zu fordern. Wieder andere fühlen sich nach einiger Zeit müde, weil nach dem Zurückrufen des Supervisanden in den Balintgruppenkreis dieser die meisten Anregungen seiner Kollegen als „nicht wirklich hilfreich“ oder „schon alles ausprobiert“ zurückweist. An dieser Stelle kann der Supervisor nun darauf hinweisen, dass hier ein „Parallel- oder Spiegelprozess“ im Gange ist: alle bemühen sich, versuchen Herrn B. zu stärken, müssen aber

offensichtlich scheitern – ob dies nicht einen unbewussten Sinn habe? Jetzt kann der Therapeut offener über seinen Ärger gegenüber Herrn A. sprechen, und nun wird deutlich, wie sehr dieser eine passiv-aggressive Abwehr zur Konflikt- und Beziehungsregulation benutzt. In der Begegnung mit ihm kommt es also zu einer Rollenumkehr in der „Täter-Opfer“-Rollenaufteilung, die aber erst in der supervisorischen Situation vollständig erlebbar und verstehbar wird.

2.4 Die Interpersonelle Dynamik Therapeut – Patient

Was der Therapeut aus dem Supervisionsprozess gelernt hat kann er nun – mit affektiver Präsenz des Geschehens *und* ausreichender Distanz dazu - in ein kognitiv-emotionales Konzept der therapeutischen Beziehung, der Psychodynamik des Patienten und der entsprechenden Behandlungstechnik integrieren. Dies führt zu einer veränderten Einstellung und einem veränderten Verhalten (klären, konfrontieren, deuten) des Therapeuten, was wiederum Einsicht und emotionales Lernen des Patienten befördern und damit einen Einfluss auf das Selbst- und das Beziehungskonzept des Patienten haben. Der Patient erlebt seinen Therapeuten „anders“, das ursprüngliche Spiel wird „gestört“, ein Veränderungsprozess kann eintreten. So induziert der Therapeut eine Veränderung der therapeutischen Szene.

Beispiel: in der nächsten Therapiestunde beschreibt Herr A. wie er „einfach nicht weiterkomme“, er sehe ja, dass sich sein Therapeut Herr B. alle Mühe gebe, aber ihm sei wohl nicht zu helfen. Herr B. fühlt sich nun nicht mehr so ohnmächtig wie noch vor der Supervisionsstunde, kann den unbewussten Sinn der Szene erkennen bzw. eine Hypothese dazu anbieten: „so sehr Sie sich wünschen, dass ich Ihnen mit einem guten Ratschlag entscheidend weiterhelfen kann, so gibt es doch auch eine andere Seite in Ihnen, die es vielleicht etwas zufrieden stellt, dass ich nicht wirklich weiterkomme und kein solcher „Schlaumeier“ wie Ihr Chef oder „Besserwisserin“ wie Ihre Frau sein kann. Könnte da was dran sein“? Zögerlich stimmt Herr A. zu: „vielleicht ein bisschen“. Darauf Herr B.: „das Gute daran für Sie ist ja, dass Sie keinen offenen Widerstand leisten müssen und trotzdem den anderen, in dem Fall mich, sonst manchmal Ihren Chef oder Ihre Frau, ganz gut aushebeln können!“. Herr A.: „Wenn die sich aber immer auch so überlegen aufführen“! Darauf Herr B.: so zeigen Sie mir und denen ganz schön die Grenzen auf, lassen uns abblitzen und sich ohnmächtig fühlen, so wie es Ihnen manchmal vielleicht auch geht“. Allmählich kann

deutlich werden, wie auf diese verdeckte Weise Herr A. Macht ausübt, aber um den Preis des depressiven Rückzugs – ohne zu einer wirklich offenen Selbstbehauptung zu kommen.

2.5 Die Intrapsychische Dynamik im Patienten

Durch das wiederholte Durcharbeiten des bisher unbewusst Gebliebenen, aber auch durch das freiere, ungehemmtere und reflektiertere Zugreifen des Therapeuten auf seine eigenen Wahrnehmungen und Erkenntnisse kommt es zu einer Veränderung der inneren Konzepte, der Selbst- und Fremdbilder, der Annahmen und Rollenmuster im Patienten. Er kann – begleitet vom Therapeuten – neben sich treten, sich selbst besser beobachten, eine neue emotionale Erfahrung mit dem Therapeuten machen und damit alte Denk- und Verhaltensmuster in Frage stellen. Im gelingenden Fall kommt es zu einer Modifikation der inneren Objektbeziehungen, einer Integration aufgespaltener Anteile und Ambivalenzen, einer reiferen Konfliktlösung und damit einer inneren Entwicklung des Patienten.

Beispiel: Für Herrn A. war es wichtig, dass sein Therapeut in wohlwollender, an Erkenntnis interessierter Weise die Rollenumkehr in der Macht-Ohnmacht-Szene beschreiben konnte – anders hätte der die Interpretation zurecht als Angriff erlebt. In Sinne des supervisorischen Verständnisses wäre dies aus einer agierten Gegenübertragung heraus erfolgt. Erst die reflektierte Gegenübertragung erlaubt den Schritt aus der Rollenfixierung, die Befreiung des Therapeuten aus seiner Szene und Fixierung erlaubt nachfolgend die Emanzipation des Patienten aus seiner Rollenfixierung (vergl. Bauriedl 1998). Herr A. wurde nun das Ausmaß seiner Wut, aber auch seiner Befriedigung darüber deutlich, seine Widersacher „lahmlegen“ zu können. Vor seiner inneren Bewertung schien offene Selbstbehauptung bisher zu gefährlich, Unterwerfung unerträglich zu sein. Durch den Dialog mit seinem Therapeuten, Herrn B., ermutigt, begann Herr A. nun, in einer offeneren und klareren Weise für seine Interessen einzutreten, aber auch ein Gefühl dafür zu bekommen, wo er wichtige Andere wie seinen Chef und seine Frau durch Bedenken und Zögerlichkeit auch dazu brachte, auf ihn einzudringen.

3. Fazit: Supervision als Triangulierung und Containment

Wir verstehen Supervision als einen Regelkreis und Prozess notwendiger Ansteckung im Rahmen der unbewussten Patienten-Dynamik und darauf folgender Auflösung von Verwicklungen und Verstrickungen (vergl. Lohmer 2014).

Supervision findet immer in einem Dreieck statt (Patient – Therapeut – Supervisor; Therapeut – Supervisor – Ausbildungsinstitut; Therapeut – Supervisor – Supervisionsgruppe, etc.). Sie ist somit ein *triadischer Prozess* par excellence.

Supervision ist damit ein Spezialfall von *Containment*. Unverdautes und Unbegriffenes im Patient-Therapeut-System wird durch eine fruchtbare Container-Contained-Beziehung zwischen Therapeut und Supervisor (bzw. Supervisionsgruppe) in etwas „Verstehbares“ transformiert (vergl. Kap. „Der Kontext der Supervision“).

Im günstigen Fall ergibt diese eine neue Gestalt der „therapeutischen Szene“.

Kernelement dieses Verarbeitungsprozesses ist die Oszillation zwischen Teilhabe und Beobachtung. Durch die Konfrontation mit dem „fremden“ verstehenden Blick kann eine emotional bedeutsame Metaebene für den Therapeuten (und indirekt für den Patienten) erreicht werden.

Literatur:

Bauriedl, Th. Beziehungsanalyse. Frankfurt: Suhrkamp 1998

Lohmer, M. Der Umgang mit Verwicklungen und Verstrickungen – Abstinenz, Containment und Verantwortung im Beratungsprozess. In: Lohmer, M. Möller, H. Psychoanalyse in Organisationen. Stuttgart: Kohlhammer 2014

Artikel aus: Möller, H., Lohmer, M. Supervision in der Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer 2017 (erscheint Juli 2017)