

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märtens**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit; Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für biopsychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung

Ausgabe 06/2013

Die 14 Heil- und Wirkfaktoren des Integrativen Ansatzes in der Supervision

*Marcus Galas*¹

¹ Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Zur Entstehung des integrativen Ansatzes der Supervision

2.2 Metatheoretische Konzepte

2.3 Supervisionsspezifische Konzepte

3. Die vierzehn Heil- und Wirkfaktoren der „Integrativen Therapie“

4. Beispiele für die Wirkung der Faktoren in der Supervision:

1. Einführendes Verstehen

2. Emotionale Annahme und Stütze

3. Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe

4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft

5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung

6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit

7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation u. psychophysischer Entspannung

8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen

9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte

10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven

11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs

12. Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserleben, Souveränität

13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke

14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrung und fundierter Partnerschaft

5. Zusammenfassung

6. Literaturhinweise

1. Einleitung

Das Anfertigen einer Graduierungsarbeit ist Bestandteil der Supervisionsausbildung an der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung“ (EAG) / „Fritz-Perls-Institut“ (FPI).

Bereits im Rahmen der Graduierungsarbeit für die Ausbildung „Integrative Therapie“ habe ich mich mit dem Thema befaßt. „Die 14 Heil- und Wirkfaktoren der Integrativen Therapie in einer Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen“ lautete der Titel der Arbeit.

Als ich die Supervisionsausbildung am FPI durchlief und begann, als Supervisor zu arbeiten, fiel mir in den Supervisionssitzungen auf, daß auch in diesem Kontext die Faktoren wirksam waren. So entstand die Idee, auch die Graduierungsarbeit für die Supervisionsausbildung auf diese Thematik zu beziehen.

Wie die Faktoren auch in der Supervision wirksam werden, soll in dieser Arbeit anhand der Darstellung von konkreten Beispielen anschaulich dargestellt werden. Da ich insbesondere im betreuten Wohnen, -ambulant und im Wohnheim -, supervidiere, stammen die Beispiele zumeist aus diesem Bereich.

Die Beschreibungen der einzelnen Gesprächssituationen wollte ich anschaulich, aber auch kurz und prägnant halten, zum einen, um den betreffenden Faktor gut von den anderen abzugrenzen, zum anderen, damit nur soviel, wie zur Darstellung der speziellen Wirkweise erforderlich ist, über die Supervisanden gesagt und so Anonymität gewahrt wird. Ausgewählt wurden pro Faktor drei Beispiele, die anschliessend kurz kommentiert werden, um zu verdeutlichen, was innerhalb der jeweiligen Situation gewirkt hat.

Es werden in Abschnitt 2 zunächst zentrale Konzepte des Integrativen Ansatzes der Supervision als theoretischer Hintergrund, unter Punkt 3 dann die Heil- und Wirkfaktoren vertiefend erläutert. Dies stellt die Grundlage für Abschnitt 4 dar, in dem die Beispiele für die Wirkung der einzelnen Faktoren in der Supervisionsarbeit dargestellt werden.

2. Theoretische Grundlagen

Es werden erst basale, dann supervisionsspezifische Konzepte des Integrativen Ansatzes wiedergegeben. Die Zitate stammen zumeist aus dem grundlegenden Werk von *H.G. Petzold* „Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung – Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage“ (*Petzold* 2007), die zitierten Stellen sind wegen ihrer Ausführlichkeit und Komplexität hier oft gekürzt wiedergegeben. Hervorhebungen wurden, wenn nicht anders bezeichnet, aus dem Original-Text übernommen.

2.1 Zur Entstehung des Integrativen Ansatzes der Supervision

Der Ansatz der Integrativen Supervision mit den Vertiefungsschwerpunkten „Coaching“ und „Organisationsentwicklung“ wurde von *H.G. Petzold* und Mitarbeiter/-innen seit Anfang der siebziger Jahre „auf dem Boden der `Integrativen Therapie`, die Mitte der 60er Jahre in Paris, dem Zentrum des 1968 kulminierenden kulturkritischen *Diskurses* (*Habermas*) begründet wurde“ (*Petzold* 2007, 45), entwickelt.

Petzold (ebd., 46-48) nennt:

- Kritische Theorie und Poststrukturalismus als gesellschaftstheoretische Einflüsse,
- sowie sozialpsychologische und kognitivistische,
- systemische, sozialökologische
- und sozialkonstruktivistische Einflüsse.

Eine „kritisch rezipierte tiefenpsychologische“ (ebd., 50) Perspektive fügt er hinzu.

Es handelt sich um ein Supervisionsmodell, das nicht eklektisch ist, denn es verfügt „über eine ausgefeilte, anspruchsvolle Integrationstheorie“ (*Petzold* ebd., 16).

Petzold beschreibt Integrieren

„als einen Prozess, dessen Folge eine *Ganzheit* (nicht *das* Ganze) ist, in der Differentes nicht eingeschmolzen, eingeebnet wird, sondern erkennbar bleibt. Es geht um Verbindungen von Zerstreutem, Unterschiedlichem, durch Vernetzungen, Synopsen, Synergieeffekte, so daß durch die *kokreative* Wirkung der Teilaspekte Sinnbezüge hergestellt werden und Innovationen geschehen, ein *Novum* auftauchen kann. Damit werden die Begriffe *Differenzierung*, *Integration* und *Kreation* in einen dialektischen Bezug gestellt“.
(*Petzold* 2003a, 701)

Die Entwicklung der Wissenschaften hat dazu geführt, „daß sich Wissenbestände multiplizieren, ... , so daß eine Komplexität entsteht, die kaum noch überschaubar ist.“ (*Petzold 2007, 29*) „Hier nun, in dieser Situation der Vielfalt in Moderne und Postmoderne, finden sich `Bewegungen`, die nach Ordnungen suchen“ und bemüht sind, „Orientierungen zu finden, im Wissen darum, daß eindeutige Ausrichtungen keinen dauerhaften Bestand haben können. ... Eine solche Herangehens- und Betrachtungsweise erfordert ein integratives Vorgehen“, dem daran gelegen ist, „Vielfalt zu erhalten und dennoch Strukturierungs-möglichkeiten und Wege der Komplexitätsreduktion zu eröffnen.“ (ebd., 30)

So ist Integration „in erster Linie als *Konnektivierung* zu verstehen, dann erst als Suche nach etwaigen übergreifenden Modellen.“ (ebd., 70)

2.2 Metatheoretische Konzepte

Die folgenden Konzepte fundieren den Integrativen Ansatz im Ganzen und somit auch seine Anwendungsbereiche „Integrative Therapie“ (*Petzold 2003a*) und „Integrative Supervision“ (*Petzold 2007*).

2.2.1 Konnektivierung

Die in der o.g. Definition von Integration zentral stehenden Begriffe der Verbindung und der Vernetzung werden im Konzept der `Konnektivierung` gefaßt. Unter Konnektivieren „verstehen wir das Vernetzen unterschiedlicher Wissensbestände in der Absicht, wechselseitige Erhellung und vielschichtige Interpretation von Kontingenzen zu ermöglichen und Korrekturmöglichkeiten von Einseitigkeiten oder Dogmationen zu gewährleisten.“ (*Petzold 2007, 38*)

Leitner (2010, 94) beschreibt Konnektivierung als „die Vernetzung unterschiedlicher, aktiv in den Blick genommener oder in das Auge fallender Wissensbestände.“ Sie kann „als kreative Verfahrensweise (kreatives Prozedere) verstanden werden, als ein Prozedere, das, ständig aufs Neue vollzogen, neue Interpretationen hervorbringt. Durch Konnektivierung soll die Bildung vielschichtiger Interpretationen gefördert und damit für den konkreten Menschen ... ein auf Zeit `gültiger` (valider) Sinn begründet werden – im Sinne fundierter `Positionen`, die aber veränderbar bleiben.“

2.2.2 Hermeneutik und Metahermeneutik

Im Integrativen Ansatz entsteht Erkenntnis durch hermeneutisches Vorgehen. In einer sich spiralförmig vertiefenden Suchbewegung (*Tiefenhermeneutik*) des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens und Erklärens werden Phänomene im ko-respondierenden Austausch zwischen Supervisor und Supervisand gemeinsam analysiert, interpretiert und in ihrem Sinn verstanden. Über den sprachlichen Ausdruck hinaus dienen dazu eigenleibliches Spüren, atmosphärisches Erfassen und szenisches Verstehen von Kontexten. (vgl. *Ebert, W., Könnecke-Ebert, B. 2004, 182*).

„Wirklichkeit konstituiert sich im leiblichen Leben und Erleben. Dieses `Leib-Apriori der Erkenntnis` ... legt die Grundlage für das `Bewußtseins-Apriori` *menschlicher* Erkenntnis ..., das mit einem `Apriori der Sozialität` verbunden gedacht werden muß ... Allein schon diese miteinander verknüpften `Weisen der Welterkenntnis` zeigen Pluralität, die für menschliches Erkennen konstitutiv ist und dazu führt, daß ein Wissen um transphänomenale *Wirklichkeit* vorhanden ist, aber als phänomenal erlebte und intersubjektiv verfügbare *Realität* nur interpretativ, ko-reflexiv bzw. ko-respondierend gewonnen werden kann. *Realität* als solche ist immer eine mit Anderen geteilte.“ (*Petzold 2007, 52-53*)

Metahermeneutik geht darüber hinaus, es „werden die kulturellen und neuro-physiologischen Voraussetzungen tiefenhermeneutischer Interpretationsarbeit (dekonstruktivistisch, diskursanalytisch) untersucht und entwickelt.“ (*Ebert, W., Könnecke-Ebert, B. 2004, 182*)

„Reflexionsprozesse werden systematisch mehrperspektivisch angelegt, u.a. durch Beiziehen von Reflexionspartnern, Benutzung unterschiedlicher Referenztheorien und damit Öffnung zu unterschiedlichsten Bezugsmöglichkeiten. Das führt zwangsläufig dazu, die eigenen Standpunkte zu hinterfragen, umzudenken, andere Möglichkeiten zu sehen: *Die Ursachen hinter den Ursachen und die Folgen nach den Folgen*, Komplexität wächst und Komplexitätsreduktionen `emergieren` oder werden hart erarbeitet. Beides ermöglicht, Bestehendes zu überschreiten und Verstehensprozesse zu verstehen, in vielfältiger, nicht abschließender Weise. Das haben wir als `Metahermeneutik` bezeichnet.“ (*Petzold 2007, 38-39*)

2.2.3 Transversalität

Erkenntnisgewinn geschieht in Denkprozessen, die im Integrativen Ansatz als `transversal` beschrieben werden. Unter Transversalität „verstehen wir ... ein nicht-lineares, pluriformes Metareflectieren in viel-fältigen Bezügen, das durch beständiges Überdenken, Nachdenken und metahermeneutisches Durchdringen der eigenen Positionen und ihrer Kontexte deren ganze Komplexität mehr und mehr erschließt. Damit werden Anschlußstellen und Überschreitungen in alle Richtungen möglich gemacht.“ (ebd., 38)

„Transversalität bezeichnet den Typus eines offenen, nichtlinearen, pluriformen (mehrgestaltigen) und *prozessualen Denkens*. Es handelt sich um *das Denken von Vielfalt* und ist gekennzeichnet durch permanente Übergänge. Charakteristisch für Transversalität ist das mehrperspektivische Reflektieren und Metareflectieren – ein Denken, das ... `Transgressionen`, Überschreitungen des Vorgängigen und damit Innovation möglich macht.“ (Ebert, W., Könnecke-Ebert, B. 2004, 179)

2.2.4 Mehrperspektivität

Neben dem Konzept der „Transversalität“, welches der „Kennzeichnung einer ultrakomplexen Wirklichkeit, die durchquert, nicht aber in toto definiert werden kann, weil sie Einheit in Vielfalt ist“ (Petzold 2003a, 79) dient, und der Idee der „Transgression“, d.h. Überschreitung (ebd., 75), bildet die Theorie und Methodik der „Mehrperspektivität“ (Petzold 2007, 89), also der Betrachtung „von vornherein mit mehrperspektivischen Verständnismustern und Modellvorstellungen“ (Ebert, W., Könnecke-Ebert, B. 2004, 178), „die Basis des erkenntnistheoretischen und erkenntnispraktischen Vorgehens im Integrativen Ansatz.“ (Petzold 2007, 31)

„Mehrperspektivität versucht nicht nur, unterschiedliche Standorte einzunehmen, z.B. den der `Zentri-zität`, man schaut von `Innen`, vom Zentrum her zur Peripherie oder den der `Exzentri-zität`, man schaut von `außen` nach innen, oder man betrachtet eine Situation `im Rollentausch` mit den Augen eines Anderen, aus Männersicht, aus Frauensicht, aus Sicht eines ausländischen Mitbürgers etc., immer impliziert Mehrperspektivität die Sicht unterschiedlicher Disziplinen und Kulturen. Eine Situation, ein Phänomen, eine Fragestellung, wird aus Sicht des Philosophen, des Soziologen, des Psychologen, des Neurowissenschaftlers, des Biologen betrachtet, aus der Kultur der Forscher und der der Praktiker, der Jugendkultur, der Frauenkultur, der Arbeitskultur usw.“ (ebd.)

2.2.5 Exzentrizität

Voraussetzung für Mehrperspektivität ist Exzentrizität. Sie „beschreibt die Fähigkeit des Menschen, von sich selbst abzusehen, aus sich selbst heraus zu treten, um sich und seine Situation und Lage `von außen` zu betrachten (Selbstreflektion) und sich aus dieser `exzentrischen Positionalität` (*H. Plessner*) selbst zu erkennen.“ (*Ebert, W., Könnecke-Ebert, B. 2004, 178*)

2.2.6 Anthropologie, Menschenbild und ontologische Prämisse

Der Integrative Ansatz „definiert den Menschen intersubjektiv, als mit Anderen kreativen (koreaktiven), schöpferischen Menschen im Lebenszusammenhang und in der Lebenszeit (in Kontext und Kontinuum).“ (*Leitner 2010, 79*)

„Anthropologische Grundformeln“ (*Petzold 2003a, 408 ff.*) beschreiben den Menschen als „Leibsubjekt in der Lebenswelt“ (ebd., 1051), genauer als „Körper-Seele-Geist-Wesen, verschränkt mit dem sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum“ (ebd., 409).

Die ontologische Prämisse dieses Menschenbilds lautet: „Sein ist Mitsein“ (*Petzold 2003a, 71*), d.h. der Mensch existiert und entwickelt sich in einer „grundsätzlichen Relationalität“ (ebd. 856), in „Ko-respon-denz“ (ebd., 93 ff.), „ko-kreativ (ebd., 174 ff.).

Menschen sind „auf der Grundlage ihrer gemeinsamen Menschennatur, ihrer Eingewurzeltheit in der Welt des Lebendigen verbunden: *Koexistenz in der Lebenswelt*. Die Idee der *primordialen Ko-respondenz* ist für den Integrativen Ansatz zentral.“ (*Petzold 2007, 393*)

Es wurde „das Konzept des `informierten Leibes` erarbeitet ... , der durch `Einleibung` mikro- und mesoökologischer Einflüsse, durch die Lernfähigkeit des Immunsystems und des Gehirns, Informationen über die Welt in sich aufnimmt, erlebte Welt, Lebenswelt inkorporiert. ... Das `verkörperte Wissen` ... des Leibsubjekts ... verbindet sich in supervisorischen Prozessen mit dem verkörperten Wissen Anderer, wie es u.a. ganz konkret körpersprachlich in Mimik, Gestik, Prosodik sichtbar wird.“ (*Petzold 2007, 72*)

2.2.7 Ko-respondenz

Die oben angeführten metatheoretischen Konzepte zum Erkenntnisgewinn, nämlich Konnektivierung, Hermeneutik, Transversalität, Mehrperspektivität und Exzentrizität werden in zwischenmenschlichem Austausch, in Ko-respondenz fruchtbar.

„Ko-respondenz ist eine Form intersubjektiver Begegnung und Auseinandersetzung über eine relevante Fragestellung einer gegebenen Lebens- und Sozialwelt ..., durch die im gesellschaftlichen Zusammen-hang Integrität gesichert, im agogischen Kontext Integrität gefördert und im therapeutischen Setting Integrität restituiert wird.“ (Petzold 2003a, 94) Das Modell der Ko-respondenz „kann geradezu als das Kernstück meiner metatheoretischen, theoretischen und praxeologischen Arbeiten angesehen werden.“ (ebd., 93)

Es ist Modell „hermeneutischer und metahermeneutischer Praxis“, „für metaethische bzw. ethische Dis-kurse“, „für die Explikation des Theorie-Praxis-Bezuges“, „für Alltagskommunika-tion“, „für die therapeutische Beziehung“, zudem „eine „kritisch-pragmatische Konsens/-Dissenstheorie `bewährter Wahr-heit“, „ein handlungstheoretisches Konzept“ und „ein Basis-prinzip supervisorischer Arbeit“ (ebd., 94)

Menschen leben nicht in Dyaden, also Zweierbeziehungen, sondern in „Polyaden“ (Petzold 2007, 378), Gemeinschaften, „Konvois“ (ebd., 396). Sie ko-respondieren nicht nur dialogisch, sondern in „Polylogen“ (ebd., 378), d.h. im vielfältigen, vielstimmigen Austausch mit anderen Menschen.

2.2.8 Intersubjektive Grundhaltung und Relationalitätskonzepte

Im hermeneutisch fundierten Integrativen Ansatz ist die *Grundhaltung* des Supervisors, Beraters oder Therapeuten geprägt vom „Moment der *Intersubjektivität* und *Relationalität*, dem Faktum der koexistiv geteilten Wirklichkeit. Dieses ist von Wertschätzung getragen, denn nur wer wertgeschätzt wird, kann Selbstwertgefühl entwickeln.“ (Petzold 2003a, 167)

Intersubjektivität ist eine Grundhaltung, die den Menschen als Subjekt sieht, als Person, mit der eine Auseinandersetzung auf gleicher Ebene, in Respekt vor der „Würde des Anderen“ (ebd., 787) erfolgt.

2.2.9 Relationalität und Relationalitätsmodalitäten

„Relationalität ist ein Oberbegriff, basierend auf der anthropologischen Grundannahme koexistiver Intersubjektivität, unter dem die höchst differentiellen Modalitäten zwischen-menschlichen Miteinanders bzw. Sich-Beziehens gefaßt werden, die Menschen in dyadischen oder multidirektionalen, interaktiv-kommunikativen Situationen zu einem oder mehreren anderen Menschen aktualisieren können – also auch in Situationen der `Multirelationalität` in

Polyaden, zu denen wir von Säuglingszeiten an fähig sind. Über diese Relationalitätsmodalitäten belehrt und die Sprache – z.B. mit Begriffen wie Kontakt, Begegnung, Abhängigkeit, Hörigkeit – oder informiert uns die klinische Erfahrung – mit Übertragung/Gegenübertragung – oder die sozialpsychologische Forschung über Affiliation, Reaktanz, Bindungsverhalten usw.“ (Petzold 2007, 405)

Dem mehrperspektivischen Vorgehen des Integrativen Ansatzes entsprechend, werden folgende, „auf das Thema Relationalität gerichtete *Optiken* ... , die einen fundamentalen *Respekt* und menschliche *Dignität* begründen“ herausgestellt (Petzold 2007, 370f.):

„1. Die subjekttheoretische Optik, die von ontologischen und subjekttheoretischen Positionen her die Probleme der *Intersubjektivität* und der *Beziehungsethik* zu bedenken sucht. Hier sind für den Integrativen Ansatz und seine `Theorie der Relationalität` besonders die Überlegungen von *Gabriel Marcel*, *Emmanuel Levinas*, *Paul Ricoeur* wesentlich. Von der ontologischen Position ausgehend, daß `Sein Mit-sein` ... ist und dem `mit` immer auch eine Differenz inhäriert, wird mit *Levinas* ... ein Prinzip grundsätzlicher `Alterität` angenommen, eine `Andersheit des Anderen`.

2. Die sozialphänomenologisch-hermeneutische Optik, die von der Sprache und den Gegebenheiten der sozialen Wirklichkeit ausgehend verschiedene `Relationalitätsmodalitäten` (Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit) differenziert, und dabei auf die Erkenntnisse einer beschreibenden und verstehenden Sozialphilosophie bzw. `Philosophie des Zwischenmenschlichen` ... sowie auf die Sprachforschung ... und Sozialforschung, auf soziologische Traditionen ... zurückgreifen kann, z.B. auf den soziologischen Begriff der `Beziehung`“ ..., der „den Grad der Verbundenheit oder der Distanz zwischen Individuen, die in einem sozialen Prozess vereint sind ... als Grundbegriff zum Verstehen und Beschreiben `sozialer Systeme` bzw. `Polyaden`“ (ebd., 371) herausstellt.

3. „Die psychoanalytisch-tiefenpsychologische Sicht, die *Übertragung*, *Gegenübertragung*, *Arbeitsbündnis* differenziert und klinische Phänomene als Teil- oder Spezialphänomene menschlicher Relationalität partiell beschreibbar und verstehbar macht.“ (ebd.)

4. „Die sozialpsychologische Optik, welche *Kommunikation, Interaktion, Affiliation* etc. unterscheidet, diese aber immer auch kontexttheoretisch verortet – im Kontext von *Lebens-lagen, sozialen Netzwerken/Konvois, social worlds* -, ist für psychosoziales Praxishandeln, für Psychotherapie, Supervision, Beratung unverzichtbar.“ (ebd., 372)

5. „Die systemtheoretische Optik erlaubt es, Beziehungen als *Systemrelationen* im Binnenraum von Systemen und zwischen Systemen, die `füreinander Umwelt` sind ..., zu begreifen, Regelmäßigkeiten kommunikativ-interaktiver Prozesse zu verstehen, Übergänge von Kommunikationsprozessen zu erfassen.“ (ebd.)

Die Konzepte der *Affiliation*, der *Reaktanz*, der Relationalitätsmodalitäten *Kontakt, Begegnung* und *Beziehung*, sowie von *Übertragung* und *Gegenübertragung, Widerstand, Coping* und *Creating* dienen der differenzierten Erfassung des Interaktionsgeschehens.

Die sozialpsychologische Optik unterscheidet die Konzepte der *Affiliation* und der *Reaktanz*:

„Boden jeder menschlichen Form der Relationalität“ (Petzold, 2007, 380) ist *Affiliation*, „das intrinsische Bedürfnis des Menschen nach Nähe zu anderen Menschen in geteiltem Nahraum, zu Menschengruppen mit Vertrautheitsqualität, denn die wechselseitige Zugehörigkeit ist für das Überleben der Affilierten, aber auch der Affiliationsgemeinschaft insgesamt, grundlegend: für die Sicherung des Lebensunterhalts, für den Schutz gegenüber Feinden und bei Gefahren, für die Entwicklung von Wissensständen und Praxen, die Selektionsvorteile bieten konnten.“ (ebd., 375) Das „Affiliationsnarrativ“ ist „Grundlage der Gemeinschaftsbildung“. (ebd.)

„Intrinsische Korrekturgröße“ (ebd.,373) für *Affiliation* ist *Reaktanz*, das „Bedürfnis nach Kontrolle und Selbstbestimmung über das eigene Leben, nach einem ungeteilten Eigenraum, d.h. eine hinglängliche Unabhängigkeit von und Eigenständigkeit gegenüber affilialen Banden, die die Möglichkeit zur

Entwicklung einer Persönlichkeit mit einer gewissen Eigenständigkeit im Affiliationsraum – mit ihm, durch ihn und gegen ihn – gewährleistet und Eigennutz ggf. dem Gemeinnutz entgegenstellt.“ (ebd., 375) „Dem `bei Dir/für Euch` steht ein `bei mir/für mich` gegenüber.“ (ebd., 373)

„Man kann geradezu von zwei wesentlichen Bedürfnissen, Grundbedürfnissen des Menschen sprechen ..., die sowohl im täglichen Leben als auch in Therapie und Supervision ihre Gültigkeit haben.“ (ebd.)

Als Modalitäten der Relationalität werden im Integrativen Ansatz *Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit* und *Hörigkeit* unterschieden.

Konfluenz „ist die unabgegrenzte Daseinsform des Menschen in totaler Koexistenz, wie sie die Embryonalzeit, die vorgeburtliche Verbundenheit des Fötus mit der Mutter in `primordialer Zwischenleiblichkeit` kennzeichnet, in der die Flut der Propriozeptionen und Exterozeptionen noch nicht durch differenzierende Wahrnehmung strukturiert wird, die das Eigene vom Anderen scheidet.

Es lassen sich begrifflich unterscheiden: die originäre Konfluenz der frühen Entwicklungsphasen einerseits von regressiven Fixierungen, der pathologischen Konfluenz, durch die ein Mensch in späteren Entwicklungsstadien – oft krankheitsbedingt von `innen` überflutet werden kann (z.B. in depressiven Reaktionen oder Panikattacken, Zwangsgedanken, psychotischem Geschehen), in Drogen- und Rauscherfahrungen oder von `außen` in traumatischen Situationen oder schweren persönlichen Abhängigkeiten und in der Hörigkeit (siehe unten). Er vermag dann seine identitätsbewahrenden Abgrenzungen nicht zu stabilisieren. Es gibt aber andererseits auch eine positive Konfluenz, in der ein Mensch temporär und für ihn steuerbar sich auf Ganzheitserfahrungen (z.B. in der Zärtlichkeit, in meditativer Versunkenheit, künstlerischem Schaffen, ästhetischen Erfahrungen, in der Faszination des Spiels) einzulassen vermag.

Konfluenz ist Basis unseres `Grundvertrauens` und Matrix unserer `Beziehungs- und Bindungsfähigkeit`. Andererseits ist sie die evolutionsbiologisch angelegte Fähigkeit zu Intimität und interpersonaler Nähe. Sie ermöglicht ein intensives `attachment`, das im ersten Lebensjahr und in der frühen Kindheit besonders stark ist und als Möglichkeit über die Lebensspanne in Intim- bzw. Nahraumbeziehungen erhalten bleibt.“ (*Petzold* 2007, 408)

Kontakt „ist im Wesentlichen ein Prozess leiblich konkreter, differenzierender Wahrnehmung, der das Eigene von Fremdem scheidet, die Dinge der Welt unterscheidet und durch die Stabilisierung einer Innen-Außen-Differenzierung die Grundlage der Identität bildet.

Kontakt als kleinste Einheit von Relationalität mit der punktuellen Möglichkeit von einseitiger oder wechselseitiger Berührung (Blickkontakt, Körperkontakt etc.) ist Angrenzung und Abgrenzung, Kontakt-fläche und Trennungslinie zugleich.“ (ebd.)

Begegnung „ist ein wechselseitiges empathisches Erkennen und Erfassen im Hier- und Jetzt geteilter Gegenwart, bei dem die Begegnenden im frei entschiedenen Aufeinanderzugehen ganzheitlich und zeitübergreifend ein Stück ihrer Geschichte und ihrer Zukunft aufnehmen und in einen leiblich-zwischenleiblichen (d.h. körperlich-seelisch-geistigen) Austausch treten, eine Berührtheit, die ihre ganze Subjekthaftigkeit einbezieht. Begegnung ist ein Vorgang, in dem sich Intersubjektivität lebendig und leibhaftig realisiert.

Begegnung erfolgt auf der Grundlage von Kontakt, der keine Begegnung ist, aber ohne den keine Begegnung möglich ist. Begegnungen können sehr unterschiedliche Qualitäten und Intensitäten haben. Genderperspektiven müssen stets berücksichtigt werden.“ (ebd.)

Beziehung „ist in die Dauer getragene Begegnung, eine Kette von Begegnungen, die neben gemeinsamer Geschichte und geteilter Gegenwart eine Zukunftsperspektive einschließt, weil die frei entschiedene Bereitschaft vorhanden ist, Lebenszeit miteinander in verlässlicher Bezo-genheit zu leben.

Beziehung wird als eine Qualität von Relationalität gesehen, als in die Zeit getragene Kette von Begegnungen, die von Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit bestimmt ist. Wiederum gibt es unter-schiedliche Intensitäten und Verbindlichkeitsgrade von Beziehungen. Sie wachsen in Dauer. Alters-, Gender- und Ethnieaspekte müssen beachtet werden.“ (ebd.)

Bindung „entsteht durch die Entscheidung, seine Freiheit zugunsten einer freigewählten Ge-bundenheit einzuschränken und eine bestehende Beziehung durch Treue, Hingabe und Lei-densbereitschaft mit einer Qualität der Unverbrüchlichkeit auszustatten.

Bindung als intensivierte Beziehung, die durch ein hohes Maß an Verantwortlichkeit, Bin-dungswillen auf Dauer gekennzeichnet ist, ist mit der Bereitschaft verbunden, auch Opfer um der Bindung willen auf sich zu nehmen (z.B. bei Krankheit oder Notsituationen). Wiederum zäh-len Alters-, Gender- und Ethnieaspekte. (ebd., 409)

Abhängigkeit „ist eine Gebundenheit auf Kosten persönlicher Freiheit, was als naturwüchsiges `attachment` bei Kindern strukturell vorgegeben ist, oder sie ist bindungsgegründetes sozial

sinnvolles Verhalten etwas bei pflegebedürftigen Erwachsenen im Nahraum von sozialen Beziehungen und Netzwerken. Sie kann aber auch pathologische Qualitäten haben etwa bei neurotischen Abhängigkeiten, suchtspezifischen Koabhängigkeiten, Kollusionen.

... Bei Abhängigkeitssituationen von PatientInnen muss sorgfältig geprüft werden, ob es sich um strukturelle Abhängigkeiten handelt (Versorgungssituationen) oder ob schicht- und ethniespezifische Faktoren zum Tragen kommen, bei denen ggf. die normativen Systeme von TherapeutInnen der gehobenen akademischen Mittelschicht nicht greifen. Hier können leicht Fehler zu Lasten von PatientInnen gemacht werden.“ (ebd.)

Hörigkeit „beinhaltet massive, pathologische Abhängigkeit noch überschreitende Qualitäten, weil Grundrechte und Rechte verletzende Freiheitseinschränkungen, psychische und z.T. reale Freiheits-beraubung bis zur Versklavung eintritt (oft auf sexueller Ebene bei Zuhälterprostitution, sado-masochistischer Abhängigkeiten oder auf wirtschaftlicher Basis bei Schuldenklaverei, Erpressung usw.)

Hörigkeit ist therapeutisch äußerst schwer zu bearbeiten, weil Geschichten pathologischer Abhängigkeit, Traumatisierungen, Gewalt- und Mißbrauchserfahrungen schwerste psychische und physische Schäden zur Folge haben, die kausaler und aktueller Bearbeitung bedürfen und zuweilen Bedrohungen durch einen Täter (gewalttätiger Partner) gewärtig sein müssen.“ (ebd.)

Die tiefenpsychologisch-psychoanalytische Sicht unterscheidet „die in klinischer Beobachtung gewonnenen Kategorien *Übertragung* und *Gegenübertragung* als klinische Sondermodalitäten der Relationalität“ (ebd., 410):

Übertragung „verstanden als Reduktionsphänomene, als die selektive und unbewußte Reaktualisierung alter Szenen und Atmosphären (hier wird weiter gegriffen als in der traditionellen Psychoanalyse) mit den sie einschließenden Beziehungskonstellationen aus den Gedächtnisarchiven in der Gegenwart in einer Weise, daß dadurch die Wahrnehmung, kognitive Einschätzung (appraisal) und emotionale Bewertung (valuation) des aktuell Erlebten eingetrübt, disfiguriert oder verstellt wird (in Beziehungen z.B. ist sozu-sagen ein `unsichtbarer Dritter` anwesend), sodaß es zu dysfunktionalen Haltungen und Verhaltensweisen kommt (im Sinne eines breiten Verhaltensbegriffes: Denken, Fühlen, Wollen, Handeln).

Übertragungen sind Fortschreibungen unverarbeiteter Vergangenheitserlebnisse und der Reaktionsbildung auf dieselben ...“ (ebd., 411)

Gegenübertragungen werden „als bewußte bzw. bewußtseinsnahe empathische Resonanzen eines Menschen auf Übertragungs- und Beziehungsangebote eines anderen Menschen bezeichnet, wobei er seine Gedächtnisarchive in hinlänglicher Breite zur Verfügung hat, also keine unbewußten Selektionen stattfinden. ... Gegenübertragungskompetenz, d.h. empathische Resonanzfähigkeit, findet sich sowohl bei Therapeuten als bei Patienten, deren Potential noch stärker als gemeinhin üblich genutzt werden sollte.

Gegenübertragung erfordert die Fähigkeit und Bereitschaft zu wechselseitiger Resonanz, zu Mutualität (*Ferenczi*) und die Kultivierung von Empathie, nicht zuletzt in ihrem wechselseitigen Vollzug.

Für therapeutische und – umfassender noch – für supervisorische Arbeit sind solche `empathischen Resonanzen` von grundsätzlicher Bedeutung.“ (ebd., 412)

Gegenübertragung dient als „seismographische Information über die emotionalen Qualitäten“ (Linz, Ostermann, Petzold, S. 102) des Supervisors und der Supervisandin im Geschehen und ist „eine empathische Fähigkeit..., die gewissermassen als Resonanzkörper fungiert“. (ebd.),

Widerstand wird verstanden „als eine autoprotektive Funktion, als ein `Sich-Wehren gegen Veränderungen der Identität`, ... als Widerstandsfähigkeit, als Zeichen der Kraft und gilt als kreatives Phänomen und Konfliktlösungsversuch.“ (ebd.) In diesem Sinne ist er dem Begriff der Reaktanz nahe. Er „kann aber als dysfunktionale Reaktion auch erlebnisblockierend und krankmachend wirken.“ (ebd.)

Coping als „Anstrengungen einer Person mit stressrelevanten Situationen unter z.T. Ressourceneinsatz fertig zu werden (Bewältigungsstrategien), entweder um positive Veränderungen der Problemlage und/oder Verbesserungen der emotionalen Befindlichkeit zu erzielen.“ (ebd.),

Creating, d.h. „kreative Initiativen zur Veränderung von Situationen im Unterschied zum Coping unter geringem Ressourceneinsatz als elegante, leichte Formen improvisatorischer oder kokreativer Situations- und Beziehungsgestaltung.“ (ebd., 104)

2.3 Supervisionsspezifische Konzepte

Auf der Basis dieser metatheoretischen Konzepte, insbesondere des „in *Konnektivierung, Mehrperspektivität* und *Transversalität* gründenden, metahermeneutischen Ansatz des Erkenntnisgewinns“ (Petzold 2007, 39) wurden Konzepte und theoretische Grundpositionen für die Supervision entwickelt.

2.3.1 „Tree of Science“ für die Supervision

Der „Tree of Science“ ist ein Strukturgerüst zur Einordnung, Systematisierung und Weiterentwicklung (Heuristik) von Konzepten und Positionen sowie ihrer Umsetzung. Wie für die Integrative Therapie (Petzold 2003a, 383ff.), so wurde für die Integrative Supervision (Petzold 2007, 84ff.) ein solcher „Tree of Science“ erarbeitet, der in seinem derzeitigen Stand über vier Ebenen, die ein umfassendes Spektrum von der metatheoretischen bis zur praktischen Ebene darstellen, verfügt. Siehe Petzold 2007, 85:

I. Metatheorie („large range theories“)

- Erkenntnistheorie
- Wissenschaftstheorie
- allgemeine Forschungstheorie
- Anthropologie
- Gesellschaftstheorie
- Ethik

II. Real explikative Theorien („middle range theories“)

- Allgemeine Theorie der Supervision
(Theorie supervisionsspezifischer Wissensbestände, Supervisionstheorien über Assessment und Analyse
von *Ressourcen, Problemen* in KONTEXT/KONTINUUM und der Generierung von *Zielen* mit Wahl
von *Methoden*)
- Theorie und Methodik der Supervisionsforschung
- Theorien sozialer Relationen
(Interaktion, Kommunikation, Affiliation, Übertragung/Gegenübertragung etc.)
- Persönlichkeitstheorie

- Entwicklungstheorie
- Gesundheits-/Krankheitslehre für supervisorische Kontexte
- Theorien zu Feld, Organisation und Institution
- Spezielle Theorien der Supervision
(z.B. Theorie der supervisorischen Beziehung, der supervisorischen Wirkfaktoren, supervisorischer Diagnostik und Assessmentkonzepte etc.)

III. Praxeologie ("small range theories")

- Praxeologie als Theorie supervisorischer Praxis
- Praxis der Supervisionsforschung
- Interventionslehre
(Theorie der Methoden, Techniken, Medien, Stile)
- Prozesstheorien
- Theorie des Settings
(Einzel-, Gruppen-, Team-, Institutionssupervision)
- Theorien zu spezifischen Klientensystemen
(Drogenabhängige, Behinderte, Lehrer, Meister, Manager etc.)
- Theorien zu spezifischen Feldern
(Schule, Strafvollzug, Krankenhaus, Versicherungen etc.)

IV. Praxis

- Praxis in Dyaden
- Praxis in Gruppen und Teams
- Praxis in Organisationen und Institutionen
- Praxis in Feldern
- Praxis mit unterschiedlichen Klientensystemen

Die zyklische, spiralförmige Bewegung von Erkenntnis kennzeichnet die Basiskonzepte „Hermeneutische Spirale“ (siehe Punkt 2.2.2) und „Ko-respondenzmodell“ (2.2.7). Im „Tree of Science“ der Supervision gewährleistet sie als „Theorie-Praxis-Zyklus“ (*Petzold* 2007, 85-86) einen beständigen Austausch unter den vier Ebenen, der sowohl von der Metaebene zur Praxis als auch in umgekehrter Richtung von der Praxis zur Metaebene verläuft.

2.3.2 Definitionen und Dimensionen von Supervision

Die mehrperspektivische Betrachtungsweise von Supervision legt mehrfache **Definitionen** und **Dimensionen** nahe: Hier zunächst, von mir leicht gekürzt wiedergegebene, **Definitionen** (zitiert in *Petzold 2007, 27*):

A- „Supervision ist eine interdisziplinär begründete **Methode** zur Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation ... durch mehrperspektivische Betrachtung aus exzentrischer Position, eine aktionale Analyse und systematische Reflexion von Praxissituationen (Situationsdiagnostik) auf ihre situativen, personabhängigen und institutionellen Hintergründe hin. Sie geschieht durch die Ko-respondenz zwischen Supervisor und Supervisanden in Bündelung ihrer Kompetenzen (joint competence) an theoretischem Wissen, praktischen Erfahrungen, differentieller Empathie, Tragfähigkeit und common sense, sodass eine allgemeine Förderung und Entwicklung von Kompetenzen und ihrer performativischen Umsetzung möglich wird, weshalb wir Supervisionsgruppen auch als `Kompetenzgruppen` bezeichnen.“ (*Petzold 1973, 1*)

B- „Supervision ist ein interaktionaler **Prozess**, in dem die Beziehungen zwischen personalen und sozialen Systemen (z.B. Personen und Institutionen) bewußt, transparent und damit veränderbar gemacht werden mit dem Ziel, die personale, soziale und fachliche Kompetenz und Performanz der supervisierten Personen durch die Rückkoppelung und Integration von Theorie und Praxis zu erhöhen und weiterhin eine Steigerung der Effizienz bei der supervisierten Institution im Sinne ihrer Aufgabenstellung zu erreichen. ...“

C- „Supervision als **Praxisstrategie** erfolgt in dem gemeinsamen Bemühen von Supervisor und Supervisanden, vorgegebene Sachelemente, vorhandene Überlegungen und Emotionen in ihrer Ganzheit, ihrer Struktur, ihrem Zusammenwirken zu erleben, zu erkennen und zu handhaben, wobei der Supervisor auf Grund seiner personalen, sozialen und fachlichen Kompetenz als Feedback-Instanz, Katalysator, Berater in personaler Auseinandersetzung fungiert, ganz wie es Kontext und Situation erforderlich machen.“ (*Petzold 1977e, 242*)

D- „Supervision als sozialphilosophisch fundierte **Disziplin** mit intervetiver Zielsetzung wurzelt im Freiheitsdiskurs moderner Demokratie und im Engagement für Grund- und Menschenrechte. Auf dieser Basis legitimiert sie sich als ein praxisgerichtetes Reflexions- und Handlungsmodell, das auf die Förderung personaler, sozialer und fachlicher Kompetenz und Performanz von Berufstätigen gerichtet ist, um Effizienz und Humanität professioneller Praxis zu sichern und zu fördern. Sie verwendet hierfür ein breites Spektrum sozialwissenschaftlicher Theorien und greift auf erprobte Methoden psychosozialer Intervention zurück. Sie leistet damit Arbeit im Gemeinwesen für das Gemeinwesen.“ (*Petzold 1973,1*)

Es folgen **Dimensionen** von Supervision, sie wird verstanden (Heraushebungen von mir)

erstens als „kritische und anwendungsbezogene **Sozialwissenschaft**, die sich mit Bedingungen und Formen professionellen Handelns und seiner Beeinflussung durch Theorienbildung, Forschung und Methodenentwicklung befaßt“ (*Petzold 2007, 11*),

zweitens als „**Metadisziplin** für die angewandten Human-, Organisations- und Sozialwissenschaften, wobei sie deren Wissenbestände als Referenztheorien benutzt, um komplexe Sys-

teme, z.B. Organisationen und Institutionen, zu beraten und Projekte im Bereich der `Human Relations and Resources` multitheoretisch und interdisziplinär mit allen an solchen Projekten Beteiligten zu beobachten und in Ko-respondenz-prozessen zu reflektieren“ (ebd., 11),

drittens als „philosophisch fundierte und politisch engagierte **Interventionsdisziplin** zur Gestaltung persönlicher, zwischenmenschlicher und gesellschaftlicher Wirklichkeit.“ (ebd., 12)

2.3.3 Vier zentrale Perspektiven (VZP)

`Vier Zentrale Perspektiven (VZP)` sind „für die Ausbildung einer transversalen, d.h. Mehrperspektivität und vernetzter Vielfalt verpflichteten `supervisorischen Kultur` bestimmend.“ (ebd., 39)

2.3.3.1 Die politische Perspektive

„Supervisorisches Handeln erfolgt vor dem Hintergrund vorhandener, historisch gewachsener gesellschaftlicher Wirklichkeiten.“ (ebd.) Sie erfordert „Übersicht (*supervisio*) über die politische Situation, die Machtverhältnisse ..., gesellschaftliche Dynamiken, Sozial- und Gesundheitspolitik“, „ein politisches Bewußtsein, eine Sensibilität für Entfremdungstendenzen und ein Engagement in der `Kulturarbeit`“, sowie „ein differenziertes Geschichts- und Demokratieverständnis, eine reflexive und metareflexive Auseinandersetzung mit den Grundlagen der Verfassung, mit der politischen Geschichte und politischen Kultur dieses Landes.“ (ebd.) Sie „muß eine Position zu dieser Verfassung, ihren Auslegungsmöglichkeiten und der Einlösung dieser Ansprüche entwickeln.“ (ebd.)

2.3.3.2 Die supervisionstheoretische Perspektive

„Supervisorisches Handeln erfolgt auf dem Boden einer spezifischen `Supervisionstheorie`, ihrer metatheoretischen Fundierung und ihrer Referenztheorien, da Supervision als `angewandte Humanwissenschaft` ... auf *plurale* theoretische Bezüge angewiesen ist, auf Modelle und Konzepte aus Philosophie, Soziologie, Psychologie, Erziehungswissenschaften und ihren Teildisziplinen (Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, Ethik, Institutions- und Organisationssoziologie, Anthropologie, Sozialpsychologie, Entwicklungspsychologie, Andragogik, Didaktik etc.) sowie deren Subdisziplinen (z.B. Bewusstseinstheorie, kognitive Philosophie, Methodenlehre, Kleingruppentheorie, Kommunikationstheorie und Rollentheorie, Attributionsforschung, Therapietheorie, Theorie des Lehrens und Lernens usw.).“ (ebd., 40)

2.3.3.3 Die praxeologische Perspektive

„Supervision erfolgt aus einer umfassenden **Praxeologie** heraus, d.h. einem übergeordneten theoretischen Verständnis von Praxis, aus der theoretischen und praktischen Kenntnis und Erfahrung mit einem breiten Spektrum von Interventionskonzepten und –methoden, denn Supervision ist auf vielfältige Praxisfelder gerichtet. ... Allgemeinsupervisorische Kompetenz und Performanz und spezifische Feldkompetenz und –performanz, generelle Interventionsmethodologien und spezielle Interventionsmethodik müssen in ... Wissensbestand und Handlungsrepertoire vorhanden sein, so daß eine praxeologische Übersicht (*super-visio*) gegeben ist, aus der Beratung und Förderung professioneller Praxis, so wie man sie in den verschiedenen Feldern und den unterschiedlichen Zielgruppen vorfindet, fundiert möglich wird.“ (ebd. 40-41)

2.3.3.4 Die normativ-ethische Perspektive

„Supervisorisches Handeln erfolgt auf der Basis normativer Orientierungen, den Grundprinzipien einer `supervisorischen Ethik` ... , die in allgemeinen ethiktheoretischen Diskursen der Gesellschaftswissenschaften, aber auch in disziplinspezifischen Ethikdiskussionen (medizinische Ethik, Wissenschaftsethik, Unternehmens- bzw. Managementethik) erarbeitet wurden. Weil Supervisoren mit Menschen aus unterschiedlichen Disziplinen arbeiten, in unterschiedlichen Feldern, die spezifische ethische Fragestellungen aufwerfen (z.B. medizinethische in der Supervision von Schwestern und Ärzten, unternehmensethische in der Arbeit mit Managern, therapeutische in der Arbeit mit Psychotherapeuten), ist die Kenntnis von speziellen Ethiktheorien genauso unverzichtbar wie eine Übersicht (*supervisio*) über die wesentlichen Paradigmen der Ethiktheorie, die für die angewandten Sozial- bzw. Humanwissenschaften und für sozialinterventives Handeln relevant sind.“ (ebd., 41) Im integrativen Supervisionsansatz „vertreten wir ein am *Diskursmodell* (Apel, Habermas, Ricoeur) und am *Intersubjektivitätskonzept* (Marcel, Levinas) orientierte Ethiktheorie ... einerseits und damit verbunden eine am *Integritätskriterium* und an der *Solidaritätsverpflichtung* orientierte ethische Praxis ... andererseits, wie sie im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland §1 und §20 als Postulat festgeschrieben ist.“ (ebd.)

2.3.4 Sechs Tätigkeitsaspekte (STA)

Die „metareflexive und mehrperspektivische Zugewandtheit als Charakteristikum des Integrativen Ansatzes ... bestimmt supervisorisches Handeln in `Sechs Tätigkeitsaspekten (STA)‘ (Petzold 2007, 78):

„a) *Optimierungsaspekt/gesellschaftspolitische Dimension*: Supervision soll das optimale Funktionieren von Systemen als solchen, die Verbesserung ihres Emergenzpotentials stets auch mit Blick auf die Optimierung des gesamtgesellschaftlichen Kontextes fördern, für kausale und finale Fragen sensibilisieren ... und normative bzw. ethische Probleme thematisieren.

b) *Weiterbildungsaspekt/agogische Dimension*: Supervision soll fachliche Kompetenz und Performanz, d.h. Professionalität entwickeln und durch Know-how-Transfer eine Brücke zwischen Theoriebildung, Forschung und Praxis herstellen.

c) *kommunikativer Aspekt/soziotherapeutische Dimension*: Supervision soll die kommunikative Kompetenz und Performanz in sozialen Interaktionen entwickeln und, wo sie in sozialen Systemen gestört oder beeinträchtigt sind, zur Beseitigung der Einschränkung beitragen.

d) *supportiver Aspekt/psychogygienische Dimension*: Supervision soll unterstützen und entlasten, Jobstress vermeiden helfen und die Arbeitszufriedenheit fördern.

e) *methodologischer Aspekt/ameliorative Dimension*: Supervision soll die Performanz im Hinblick auf die Anwendung von Interventionsmethoden und –techniken (in Beratung, Therapie, Agogik) verbessern.

f) *aufdeckender Aspekt/psychotherapeutische Dimension*: Supervision soll individuelle und gruppale unbewusste Mechanismen aufdecken, bewußt und handhabbar machen. Da in Verdrängungs- und Dissoziationsvorgängen ... immer auch psychopathologische Prozesse involviert sein können, werden hier psychotherapeutische Kenntnisse und Methoden unverzichtbar.“ (ebd.)

2.3.5 Vier basale Sichtweisen (VBS)

Integrative Supervisionsarbeit „bezieht sich auf so unterschiedliche Bereiche, daß wir verschiedene Referenzrahmen verwenden und diese *konnektivieren* müssen. Wir können sie – den *systemischen* Referenzrahmen benutzend – als *Systeme* bezeichnen, oder – auf den *sozialwissenschaftlichen*, d.h. den soziologischen bzw. sozialpsychologischen Referenzrahmen ... zurückgreifend – als *Situationen* bezeichnen, ... die wir unter `Vier Basalen Sichtweisen` (**VBS**) betrachten.“ (Petzold 2007, 79)

2.3.5.1 System-/ Situationswahrnehmung – Phänomenologische Sicht

Wir beginnen „immer mit den *Phänomenen* der Phänomenwahrnehmung im Kontext..., mit dem, was wir hören, sehen, fühlen, wobei natürlich klar ist, daß hier niemals ... von einem naiven oder semi-naiven Phänomenologismus ... ausgegangen werden darf ..., sondern Wirklichkeit immer als *interpretierte* Wirklichkeit gesehen werden muß und Wahrnehmung immer schon als präformierte Wahrnehmung ... Dennoch bleibt das *subjektive Selbsterleben* im eigenleiblichen Spüren und affektiven Betroffensein ... ein wichtiges Moment, gibt es uns doch ein `Gefühl` von Objektivität.“ (ebd.)

2.3.5.2 System-/ Situationsverstehen – Hermeneutische Sicht

„Die Phänomene werden auf *Strukturen* hin betrachtet, d.h. auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlicher Weise interpretiert, einmal auf einer unmittelbaren, dabei aber weitgehend unbewußten *sensumotorischen* Ebene ..., zum anderen auf einer direkten, weitgehend bewußten *kognitiven Ebene*, die aber um die unbewußte *weiß*. ... Es geht um *Sinnverstehen* in verschiedenen Graden von Komplexität, d.h. mit unterschiedlicher Sinnerfassungskapazität.“ (ebd.)

2.3.5.3 System-/ Situationsbewertung – Wertetheoretische Sicht

„Situationsverstehen ist in der Regel mit kognitiver Einschätzung (*appraisal*) und emotiver Bewertung (*valuation*) der Situation anhand normativer, ethischer Konzepte“ verbunden. „Die Situationsbewertung in ihren beiden Dimensionen, nämlich der *ethischen* und der *politischen*, ist dann keineswegs eine ausschließlich oder überwiegend *rationale* Sache, denn sie geschieht in persönlicher und/oder kollektiver *affektiver Betroffenheit* ... Sie muß deshalb emotionales Leben und Erleben ... mit einbeziehen.“ Supervision trägt so „zum differentiellen Umgang mit Emotionen und Wertungen in sozialen Kontexten bei.“ (ebd., 80)

2.3.5.4 System-/ Situationsveränderung – Handlungstheoretische Sicht

In der Supervision geht es um Intervention: die unmittelbare (*life supervision*) oder die mittelbare (*repor-ted supervision*) ... Beeinflussung von Realität (Situationen) und Realitätsmodellen (Systemen). Es geht um ihre Veränderung. Schon der `supervisorische Blick` auf eine gegebene soziale Situation ist inter-venierende, d.h. verändernde Variable. Allein das Faktum, daß die Supervidierten um das `Auge des Su-pervisors` wissen, verändert ihr Verhalten. ... Unter einer komplexen handlungstheoretischen Perspektive ... sind neben den motorisch vollzogenen Handlungen natürlich auch Sprechhandlungen zu sehen, soziale Interaktionen, das Konstituieren von *Narrationen* ... und das Handeln in solchen Gesprächs- und Erzählkontexten im Sinne des Austausches von Informationen mit ihren emotionalen Tönungen. ...

Supervision mit ihren `Vier basalen Sichtweisen (**VBS**)` bewirkt „Veränderung von *Wahrnehmungparametern* – man lernt, metareflektierend die Situation `anders zu sehen` - von *Deutungparametern* – man lernt, die Situation `anders zu fühlen` - und ... von *Handlungparametern* – man verhält sich anders, handelt anders in der Situation.“ (ebd.,80)

Situationen werden in „gestaffelten Kontexten/Kontinua (Figur-/Hintergrundrelationen)“, also in Bezug auf ihre „Mikrokontexte (Netzwerke), ... Mesokontexte (Subkulturen, Schichten), Makrokontexte (gesellschaftliche Zusammenhänge) und Megakontexte (mundane Zusammenhänge)“ (ebd.), gesehen.

„Diese *differentielle Kontextualisierung* ... steht jeweils in einem in sich gegliederten Zeitkontinuum, das *retrospektiv* rezente und weit zurückliegende Ereignisse in der *Vergangenheit* umfasst, *aspektiv* die Gegebenheiten eines `perspektivischen Hier und Jetzt` ... in der *Gegenwart* und *prospektiv* die näherliegende, antizipierte *Zukunft* oder auch entfernter liegende Planungsräume und Erwartungshorizonte einbezieht.

Damit werden in der Metareflexion unter dem mehrperspektivischen Blick nicht nur aktuelle Kontexte in ihrer phänomenal wahrnehmbaren Realität gesehen und überdacht, sondern auch in ihrer Verlaufsdynamik. In konsequenter *differentieller Temporalisierung* ... werden `Ereignisse in Kontexten`, in ihrer aktuellen, historischen und ihren zukunftsgerichteten Dimensionen betrachtet.“ (ebd., 80-81)

2.3.6 Variablen/Faktoren des Integrativen Supervisionsansatzes

Um „Handlungsfelder und Handlungsperspektiven“ (*Petzold 2007, 32*) differenziert verstehen zu können, stellt *Petzold* ein Modell von „fünfzehn verwandten Variablen /Faktoren“ (ebd., 33) vor, die zusammenwirkend den Supervisionsprozess beeinflussen (siehe auch die graphische Darstellung ebd., 34):

1. Die Variable der supervisorischen Beziehung

Petzold bezeichnet die Beziehungsvariable als „Kernstück“ der supervisorischen Arbeit. „Zentral stehen das Arbeitsbündnis und eine gute, intersubjektive Beziehungsqualität..., so daß die supervisorische Arbeit, d.h. die Beobachtung des interpersonalen Prozesses, der *Diskurse* zwischen Supervisor und Supervisand, die Beobachtung und Verarbeitung der Beziehung Supervisand/Klient, die Betrachtung etwaiger Beziehungsprobleme des Klienten in seinem Umfeld und die Reflexion dieses ganzen Geschehens in Kontext und Kontinuum erfolgen kann.“ (*Petzold 2007, 33*)

2. Feldvariable

Felder der Supervision sind z.B. Psychiatrie, Heimwesen, Drogenarbeit. Sie „zählen zu den Kontextfaktoren der Supervision und haben jeweils spezifische unterschiedliche Traditionen, Strukturmerkmale, andere gesellschaftliche Bedeutung, Ressourcenlagen, die für die Arbeit mit dem Klientensystem, aber auch für die Positionen und die Möglichkeiten sowie für die Durchführung von Supervision insgesamt starke Einflußgrößen bilden..., nicht zuletzt im Hinblick auf das Wirksamwerden feldspezifischer **Diskurse** (im Sinne von *Foucault*). Die Feldbedingungen können derartige Besonderheiten aufweisen, daß ohne eine fundierte ‚Feldkompetenz‘ seriöse Supervision nicht erfolgen kann.“ (ebd.)

3. Institutions- und Organisationsvariable

Es gilt, „die Bedingungen der Institution (Krankenhaus, Heim) oder der Organisation (caritative Verbände und Vereine, Beratungsfirmen) ... zu verstehen, um die Einflüsse, die durch institutionelle Bedingungen und Organisationsdynamiken sich für den Berater-/Klientenprozess, aber auch für den Supervisor/-Supervisandenprozess ergeben, erkennen und nutzen zu können.“(ebd.)

4. Supervisorenvariable

Der Supervisor als „Einflussgröße“: „Seine Expertenkompetenz, Vertrauenswürdigkeit, Kreativität, sein Einfühlungsvermögen, seine Rollenflexibilität..., seine personale, soziale und professionelle Kompetenz und Performanz ... spielen für das Gelingen von Supervisionsprozessen eine zentrale Rolle.“ (ebd.)

5. Funktionsvariable

Petzold (2007, 33f) führt zunächst von *Holloway* (1995, 33ff) herausgestellte Funktionen, die den Supervisionsprozess bestimmen, an:

- Begleiten/Bewerten: „Das Moment professioneller Kontrolle“ (*Petzold*, 2007, 34)
- Unterweisen/Anweisen: Der Supervisor stellt aufgrund fachlicher Kompetenz Informationen (Fachwissen und Handlungsvorschläge) zur Verfügung.
- Modellfunktionen: „Der Supervisor dient durch sein Verhalten und Tun als Modell.“ (ebd.)
- Beraten: „Förderung von Problemlösungen in professionellen, klinischen und persönlichen Situationen.
- Unterstützen und emphatische Begleitung dienen der emotionalen Entlastung, dem Coping bei schwierigen Situationen, der Burnoutprophylaxe und einem emphatischen Mitgehen.“ (ebd.)

Petzold ergänzt diese Funktionen um (siehe ebd., 34f):

- Metabeobachtung, d.h. Beobachten des Beobachtens
 - Metareflection „als bedeutendste Funktion supervisorischer Arbeit“
 - generelle Kompetenz- und Performanzförderung
 - Bereicherung der persönlichen und professionellen Arbeit
 - Bekräftigung des professionellen Selbstbewußtseins und der persönlichen Souveränität
- „Die praktische Umsetzung dieser Funktionen ... bestimmt die Prozessqualität.“ (ebd., 35)

6. MethodenvARIABLE

„Die Methoden, Techniken, Medien, die in der Supervision zum Einsatz kommen, zählen zu den `technischen Faktoren` ..., die auch die Qualität und den Verlauf von Supervision bestimmen.“ So führt „rein verbales Vorgehen ... zu einer anderen Qualität ... als die Kombination von verbalen und aktionalen Methoden (Rollenspiel, Bewegungsarbeit, Imaginationsansätze etc.) und kreativen Medien.“ (ebd., 35)

7. Variable Beratungsbeziehung

„Neben dem Kernfaktor der supervisorischen Beziehung (1) stellt die Beratungsbeziehung, d.h. das Beziehungsgeschehen zwischen Supervisand/Berater und Klient/Patient, einen weiteren Kernfaktor, ja ein Zentrum des supervisorischen Prozesses dar. ... Diese Beziehung, in der sich die Alltagsprobleme und Netzwerksituationen des Patienten artikulieren, wird in ihrem dynamischen Verlauf (*Viationen*) bestimmt durch die Psychodynamik des Klienten und des Beraters und muß daher mit Bezug auf Übertragung-/Gegenübertragung, Widerstand- und Abwehrphänomene und auf die Gestaltung von Kontakt ... betrachtet werden. Sie spiegelt auch in die supervisorische Beziehung (1) hinein. Die Handhabung der Beratungsbeziehung bestimmt maßgeblich das Ergebnis der Beratung bzw. Behandlung und muß deshalb in der Feinstruktur reflektiert und bearbeitet werden.“ (ebd., 35)

8. Effektvariable

„Die Effekte bzw. Ergebnisse von Supervision, wie sie durch die impliziten und expliziten Zielsetzungen im gesellschaftlichen und institutionellen Auftrag, durch die bewußten und unbewußten Zielvorstellungen von Supervisor/Supervisand, ihrer `antizipatorischen Leistungen` gegeben sind, bestimmen als technische Faktoren die supervisorische Beziehung (1) und den Supervisionsprozess (15). Nicht nur Faktoren der Vergangenheit als Nachwirkungen (`Propulsoren`) und Gegebenheiten der Gegenwart als Einwirkungen (`Generatoren`), sondern auch Konditionen, die in Zukunft entstehen werden, und als Auswirkungen gegenwärtigen Handelns erwartet werden können, die gegebenenfalls sogar geplant sind, bestimmen die Ereignisse im Supervisionssystem und im Klientensystem.“ (ebd., 35)

9. Aufgabenvariable

Neben Funktionen hat Supervision „auch verschiedene Aufgaben, die den Prozess bestimmen.“ (ebd., 36)

Petzold führt wiederum zunächst die von *Holloway* (1995, 38ff) herausgestellten Aufgaben an:

- Förderung von Beratungsfertigkeiten
- Strukturierung der Klientensituation
- Handhabung der professionellen Rolle
- Förderung der emotionalen Bewußtheit
- Selbsteinschätzung

Petzold fügt hinzu (siehe ebd., 35):

- Handhabung der Berater/Klient-Beziehung und der in ihr auftauchenden Beziehungsmodalitäten und psychodynamischen Faktoren (Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Abwehr)
- Handhabung der eigenen Psychodynamik (Eigenübertragung, Gegenübertragung, Viationen)
- Förderung der Fähigkeiten zur theoretischen Explikation des Geschehens
- Förderung des Verständnisses von Kontexteinflüssen als mikroökologischen Faktoren

„Die Art und Weise, wie die *Aufgaben* der Supervision umgesetzt werden – wir sprechen hier von technischen Faktoren der Supervision - , beeinflusst maßgeblich Supervisionsprozesse und natürlich auch die Supervisor/Klient-Beziehung.“ (ebd., 36)

10. Supervisandenvariable

„Der Supervisand ... bringt mit seiner Persönlichkeit, seinen Stärken und Schwächen, seiner professionellen Qualifikation ein wichtiges Moment in den Prozess ein, von dem wiederum das Gelingen erfolgreicher Supervision, d.h. der Optimierung professioneller Kompetenz und Performanz, abhängig ist.“ (ebd., 36) Auch bei der Teamsupervision handelt es sich „genauso wie bei der dyadischen Supervision auch um ein Instrument zur Entwicklung von Persönlichkeiten.“ (ebd.)

11. Klienten-/Patientenvariable

„Das Problem des Klienten, seine Persönlichkeit, seine Erkrankung, sein Lebenszusammenhang sind eine wesentliche Größe in Supervisionsprozessen. Supervisor wie Supervisand versuchen ja, die Lebenswelt des Klienten und seine `Sozialwelt` ... - d.h. seine Sicht des Lebens zu verstehen, um ihm bei Prozessen seines Selbst- und Kontextverständnisses behilflich zu sein.“ (ebd.)

12. Netzwerkvariable

Im sozialen Netzwerk, der sozialen Vorstellungswelt (*social world*) und in der mikroökologischen Situation liegt „ein Großteil der Probleme, um die es in Beratung und Therapie geht.“(ebd.) Supervision ist daher „immer Arbeit *in* Netzwerken (der Berater wird hier selbst Teil des Netzwerkes seines Klienten), an und *mit* Netzwerken.“ (ebd.) „Die Netzwerkdynamik wird oft von der

ökologischen Situation (Wohnung, Haus, Quartier) mitbestimmt“, die „gleichfalls Gegenstand der Betrachtung“ (ebd., 36) wird.

13. Sozioökonomische Situation

Die übergeordnete sozioökonomische Situation („wirtschaftliche Lage, Arbeitslosigkeit, gesundheitspolitischer Kontext, Rezession, Prosperität etc.“) bestimmt die Situation „des Klienten, seines Netzwerkes, der Institution und des Feldes“ und damit den Supervisionsprozess mit. Konkret relevant ist sie „z.B. bei Arbeitslosigkeit und Arbeitsproblematik“ und beeinflusst „auch die Möglichkeiten von Institutionen als Hilfsagenturen.“ (ebd., 37)

14. Diskursvariablen

Basierend auf dem „Diskurskonzept“ von M. Foucault (1974) wird davon ausgegangen, „daß in Institutionen/Organisationen und Feldern offene und verdeckte Prinzipien der machtvollen Strukturierung von Situationen (Diskurse) zum Tragen kommen ... , die deshalb offengelegt, aufgedeckt werden müssen. Die Auseinandersetzung mit der Geschichte des Feldes, der Institution/Organisation, ihren normativen Systemen und übergeordneter gesellschaftlicher Einflußgrößen muß deshalb stets ein konstitutiver Teil des Supervisionsprozesses (15) sein.“ (ebd.)

15. Prozessvariable

„Die explizite Einbeziehung der Prozessdimension unter konsequenter *Temporalisierung* des Supervisionsgeschehens sowie die Berücksichtigung und Konnektivierung psychodynamischer (bei Team- und Gruppensupervisionen gruppendynamischer) Konstellationen und ökologischer Einflußgrößen“ bewirkt „multiple Kausalitäten, *nonlineare Vernetzungen*.“ (ebd.)

Als Prozess wird das supervisorische Geschehen betrachtet

- in Verlauf, Dynamik und Struktur,
- mit den „internalen“ (4, 15, 5, 6, 1) und „externalen“ (2, 3, 11, 12, 13, 14) Variablen,
- sowie „mindestens dreischichtig“, nämlich als Prozess
 - der „Beziehung (1) zwischen Supervisor und Supervisand“,
 - zwischen dem Supervisanden und seinem Klienten
 - der „Institution, Team- und Institutionsdynamiken, unter denen der Supervisand arbeitet“.

(ebd.)

Angestrebt wird die „Konnektivierung dieser Ebenen bzw. Teilprozesse. ... Verwirrungen und Strömungen sind deshalb zu klären und Verbundenheiten zu fördern, weil nur so ein positiver Synergieeffekt eintreten kann.“ (ebd., 37-38)

2.3.7 Interventionsstrategien

Supervision hat die „Fixierung auf *persönliche und soziale Pathologie* aufzuzeigen und für alternative Wege zu sensibilisieren, für komplexe, `integrative Interventionen` ..., die *Heilung und Förderung*, Hilfe und politische Aktivierung einbeziehen. Folgende Interventionsstrategien und –ziele ... müssen als Möglichkeiten im Blick sein und in der Umsetzung angestrebt werden:

- *Curing, Heilen*, wo die eigenen Hilfemöglichkeiten nicht mehr greifen und professionelle Hilfe unverzichtbar ist (Patientenstatus), wobei noch vorhandene Potentiale genutzt und gekräftigt werden müssen;
- *Coping, Bewältigen*, wo die Wiederherstellung von Gesundheit, der Wiedergewinn von Verlorenem nicht mehr möglich ist (Patienten- oder Klientenstatus) und man lernen muß, mit Beeinträchtigungen weiterzuleben und ein Optimum an Lebensqualität zu realisieren;
- *Support, Stütze*, wo Ressourcen mobilisiert und Hilfestellungen aus dem sozialen Netzwerk oder von professionellen Helfern aktiviert werden müssen (Klientenstatus);
- *Enrichment, Bereicherung* als Erweiterung der persönlichen Potentiale, Erschließung neuer Ressourcen und als grundsätzliche Kreativierung (Klientenstatus wandelt sich zum Status des aktiv Lernenden in gleichberechtigter Partnerschaft ... ;
- *Empowerment, Selbstermächtigung* als Förderung von Mündigkeit, Selbstbestimmtheit, Wirkungsmacht, Souveränität, durch die Menschen ihre eigene Sache in die Hand nehmen, Initiativen ergreifen, ihre Interessen vertreten und durchsetzen, im Status autonomer Sujekte, deren *Partnerschaft* es zu gewinnen gilt (ebd., 140-141)

2.3.8 Foci von Einzel- und Gruppensupervision

- Klient/Patient (aktueller Lebenskontext, Lebensgeschichte, Lebensperspektive, Problemtypus, Krankheit, Störung, Persönlichkeitsstruktur),
- Berater/Therapeut (Lebenskontext, Lebensgeschichte, Lebensperspektive, Arbeitskontext,

- z.B. Klinik, Praxis, Persönlichkeitsstruktur, Pathologie),
- Status/Position und Rolle des Beraters/Therapeuten,
- Therapeut-Klient-Beziehung,
- Gruppe (aktueller Kontext, Gruppengeschichte, -perspektive),
- Gruppe-Therapeut-Patient-Beziehung,
- Gruppe-Patient-Patient-Beziehung,
- Kontext (Mikro-, Meso-, Makro- Supraebene),
- Zielgruppe (Neurose-, Sucht-, Psychiatriepatienten, Kinder, Jugendliche, alte Menschen etc.),
- Aufgabenfelder (Psychiatrie, Strafvollzug, Behindertenbereich etc.),
- Spezifischer Kontext (Klinik, Ambulanz, Beratungsstelle, Praxis),
- Allgemeiner Kontext (Gesundheitswesen, politische und wirtschaftliche Situation, Zeitgeist),
- Ziele (Richt-, Grob-, Feinziele, kurz-, mittel- und langfristige Ziele),
- Inhalte (allgemeine, spezifische, offene verdeckte),
- Strategien (übergeordnete, spezifische, direkte, indirekte, harte, weiche, kurz-, mittel-, langfristige),
- Methoden, Techniken, Medien, Modalitäten, Formen, Stile,
- Ziel-Mittel-Relation.

2.3.9 Ziele von Einzel- und Gruppensupervision (Petzold 2007, 152)

Hinter allen *Zielen* stehen Probleme, Ressourcen, Potentiale.

Richt- bzw. Globalziele (abgeleitet aus Metatheorie):

- Humanisierung des Lebenszusammenhanges,
- Gewährleistung von Integrität für Menschen, Gruppen, Lebensräume,
- Gewährleistung von Intersubjektivität

Grobziele (abgeleitet aus realexplicativen Theorien und Lebenswelt- bzw. Kontext-Kontinuum-Analyse):

- Förderung personaler Kompetenz und Performanz,
- Förderung sozialer Kompetenz und Performanz,
- Förderung professioneller Kompetenz und Performanz,
- Förderung von komplexer Bewusstheit und Mehrperspektivität,
- Förderung von sozialem Engagement und Solidarität,

- Lösung anstehender Probleme übergeordneter Struktur auf persönlichen, formalen und inhaltlichen Ebenen

- Klarheit über die Problemstellung und Ziele.

Feinziele (abgeleitet aus der Lebenswelt-, Kontext-Kontinuums-, Problem bzw. Konflikt-, Interessen- bzw. Bedürfnisanalysen, Ressourcen- und Potentialanalysen unter Rückgriff auf realexplikative Theorien

- Klarheit der Beziehungen,

- Klarheit funktionaler Strukturen,

- Konsistenz von Zielen und Mitteln,

- Adäquanz von Methoden, Techniken, Medien, Formen, Modalitäten, Stilen,

- Lösung anstehender Probleme in den Feinstrukturen auf persönlichen, formalen und inhaltlichen Ebenen

2.3.10 Formen, Modelle und Orientierungen (Petzold, 2007, 149)

Formen der Supervision

- Einzelsupervision,

- Gruppensupervision,

- Teamsupervision,

- Institutionssupervision,

- Organisationssupervision, etc.

Modelle der Supervision

- Einzelfallsupervision,

- Systemsupervision,

- Netzwerksupervision,

- Konzeptsupervision, etc.

Orientierungen in der Supervision

- psychoanalytische Orientierung (Freud, Foulkes, Balint),

- gruppendynamische/systemische Orientierung (Lewin, Lippitt),

- familiendynamische/systemische Orientierung (Boszormenyi-Nagy, Selvini-Palazzoli, de Shazer),

- aktional-dramatische Orientierung (Moreno, Haas),

- gestalttherapeutische Orientierung (*Perls, Goodman*),
- integrative Orientierung (*Petzold, Norcross*) etc.

3. Die vierzehn Heil- und Wirkfaktoren des Integrativen Ansatzes

Die „Integrative Therapie“ als eine über die Psychotherapie hinausgehende ganzheitliche Humantherapie ist bestrebt, der Vielfältigkeit des Menschen und seinen Bedürfnissen nach Förderung und Heilung gerecht zu werden.

Diese Komplexität findet sich auch in den vierzehn Wirk- und Heilfaktoren, die von *Petzold* und Mitarbeiter/innen für durch konzeptanalytische Auswertung von Psychotherapiestudien bzw. –literatur und von Kasuistiken aus Therapiesitzungsprotokollen herausgearbeitet wurden (*Petzold, H.G. 2003a, 985-1050*).

Die Psychotherapieforschung ist von Beginn an eine „Entwicklungs- und Revisionsquelle“ (*Schuch, 2000, 187*) der Integrativen Therapie gewesen. Die gefundenen Wirkfaktoren wurden zunächst in „Vier Wege der Heilung und Förderung“ (*Petzold, 2003a, 1036, Schuch, 2000, 187*) zusammengefaßt:

- I. Einsichtszentrierung / Bewußtseinsarbeit zur Sinnfindung
- II. Nachsozialisation, Parenting, emotionale Differenzierungsarbeit zur Entwicklung von Grundvertrauen
- III. Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung zur Persönlichkeitsentfaltung
- IV. Solidaritätserfahrung, alltagspraktische Hilfen zur Förderung von Übersicht und Engagement

Diese vier Wege wurden in vierzehn Heil- und Wirkfaktoren ausdifferenziert. Unspezifische Wirkfaktoren sind von großer Bedeutung in der Psychotherapie, in Selbsthilfegruppen, aber auch in Alltagsbeziehungen, wie *Petzold (2003a,1037)* hervorhebt. Zu spezifischen werden sie durch gezielte Anwendung in Therapie und Beratung.

Die vierzehn Faktoren, deren praktische Anwendung in Kapitel 4 dargestellt wird, sollen hier zunächst kurz einzeln definiert und erläutert werden:

1. Einführendes Verstehen, Empathie:

Damit werden „Mitgefühl, Takt, Wertschätzung“ (Petzold 2003a, 1037f.) gefaßt, der Patient fühlt sich in „seiner Lebenssituation, seinen Problemen, seinem Leiden“ (ebd.) gesehen und verstanden. Vom Therapeuten verlangt dies nicht nur empathisches Verhalten, sondern die Bereitschaft, sich selbst „von seinen Patienten empathieren zu lassen“ (ebd.), was im Integrativen Ansatz unter Begriffe wie „selektive Offenheit“ und „partielle Teilnahme“ subsumiert wird. So werden korrigierende emotionale Erfahrungen ermöglicht, die Patientin vermag „sich selbst besser zu verstehen, Selbstempathie zu entwickeln und Einfühlung für andere Menschen“ (ebd.).

2. Emotionale Annahme und Stütze:

Der zweite Faktor ist mit dem „Einführenden Verstehen“ eng verbunden, doch hier geht es darum, wie der Therapeut seine Empathie und sein Verständnis zum Ausdruck bringt. Indem er „Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, positive Zuwendung“ (Petzold 2003a, 1038) vermittelt, fördert er „positive selbstreferentielle Gefühle und Kognitionen“ (ebd.) der Patientin, d.h. Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit und Selbstvertrauen, und hilft ihr, negative selbstreferentielle Gefühle und Kognitionen wie Minderwertigkeitsgefühle, Schuld, Scham und Hilflosigkeit abzubauen.

3. Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe:

Das Erschließen von Ressourcen sowie Rat und praktische Hilfe zur Lösung von Problemen der Lebensrealität sind als „flankierende soziotherapeutische Maßnahmen“ (Petzold 2003a, 1039) unverzichtbar. So kann z.B. durch Anleitung einer Entspannungsübung oder durch pragmatischen Rat bei familiären Schwierigkeiten dem Patienten vermittelt werden, „daß Symptome besser werden und Schwierigkeiten abnehmen, besonders wenn mit dieser Erfahrung die Erkenntnis verbunden ist, daß es Hinter- und Untergründe der persönlichen Bio-graphie sind, die Störzonen bilden“ (ebd.). Solche praktischen Hilfen sind mit psychodynamisch orientierter Arbeit keineswegs unvereinbar, vielmehr festigen und vertiefen sie die therapeutische Beziehung, da sich der Patient mit seinen Problemen vom Therapeuten ernstgenommen und in seinem Realitätssinn gestärkt fühlt.

4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft:

Die „akzeptierende Präsenz“ (Petzold 2003a, 1039) des Therapeuten ermöglicht es dem Patienten, über seine Gefühle und Willensregungen zu sprechen und sich durch ihren Ausdruck zu

entlasten. Schmerz, Angst, Wut, auch „`verbotene` Gefühle“ wie Scham, Schuld, Haß und Rache können aufkommen, „gezeigt und benannt“ (ebd.) werden. Vor dem Hintergrund der neueren Emotionsforschung wird Psychotherapie als „emotionale Differenzierungsarbeit“ und Behandlung „dysfunktionaler emotionaler Stile“ (ebd.) aufgefaßt. Therapeutisches Ziel ist es, daß der Patient in seinen Beziehungen eine „positive emotionale Kultur und entscheidungs-freudige Willenskultur“ entwickelt. (ebd.)

5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung:

Die „Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge bzw. Krankheitsbedingungen“ (*Petzold* 2003a, 1040) wird in der Integrativen Therapie nicht als rein kognitiv aufgefaßt, sondern ist im Sinne eines „Aha-Erlebnisses“ oder einer „Evidenzerfahrung“ unmittelbar mit den Gefühlen verbunden. So können dem Patienten Zusammenhänge und Hintergründe in ihrem Sinn- und Bedeutungsgehalt umfassend klar werden, und er erhält „handlungsleitende Explikationsfolien“ zur Umsetzung in seinem Lebensalltag. Die Erklärungen müssen gemeinsam erarbeitet werden, denn „nicht jede Einsicht ist heilsam“ (ebd.), vor allem dann nicht, wenn sie dem Patienten von der Therapeutin suggeriert oder aufgezwungen wird. Dazu muß die Therapeutin bereit und in der Lage sein, „vom Bezugssystem des Patienten ausgehend zu arbeiten“ (ebd.) und das eigene zu relativieren.

6. Förderung kommunikativer Kompetenz/Performanz und Beziehungsfähigkeit:

Psychische Erkrankung ist oft mit Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit, der sozialen Wahrnehmung, der Rollenflexibilität, des Einfühlungsvermögens sowie des verbalen und nonverbalen Ausdrucksvermögens verbunden. Das „Ko-respondieren im berührten therapeutischen Gespräch“ (*Petzold* 2003a, 1040) hilft der Patientin, diese Kompetenzen wieder zu erschließen und zu erproben, um sie im Alltag als Performanzen umsetzen zu können. Die persönliche Geschichte der Beziehungs- und Kommunikationsstörungen der Patientin ist in der Therapie immer mit angerührt. Der gegenwärtigen Fokus darf aber nicht aus dem Blick geraten, damit es nicht zu einer „Reproduktion von Sprachlosigkeit“ kommt, sondern „Kommunikation im sensiblen Bereich des Zwischenmenschlichen“ (ebd.) gefördert wird.

7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung:

Weitere Einschränkungen bei psychischen Erkrankungen betreffen das Verhältnis zum eigenen Leib, seinen „Regungen und Empfindungen, die sich in Gefühlen entfalten und leiblich-konkret zeigen können“ (Petzold 2003a, 1041). Die Integrative Therapie spricht von einer „Anästhesierung des perzeptiven Leibes“ und einer „Inhibierung des expressiven Leibes“ (ebd.), was soviel bedeutet wie Betäubung der Wahrnehmung und Hemmung des Ausdrucks. Sie erschweren körperliche Selbstregulation und damit Rhythmen von Spannung und Entspannung, von Wachheit und Müdigkeit, von Bewegtheit und Ruhe etc., was zu funktionalen Störungen und psychosomatischen Erkrankungen führen kann. „Der Leib muß entspannen!“, und die Therapeutin hilft dem Patienten dabei, indem sie Leibbewußtsein, Regulationshilfen und einen „bewegungsaktiven Lebensstil“ fördert (ebd.).

8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen:

„Therapeutische Prozesse sind Lernprozesse. Lebensvollzug ist ein permanentes Lernen in der Auseinandersetzung mit dem Kontext“ (Petzold 2003a, 1041). Oft sind bei Patienten Interessen und Lernmöglichkeiten eingeschränkt, wenn nicht sogar sanktioniert worden. Es bestehen Bindungen an Werte und Normen, „aber auch religiöse Einstellungen, Haltungen, Einengungen“ (ebd.). In der Therapie gilt es, Erfahrungen mit dem Lernen vor dem Hintergrund der persönlichen Geschichte, aus Familie, Schule und Nachbarschaft sowie konstruktive und dysfunktionale „Lernstile“ (ebd., 1042), die sich im aktuellen Lebensalltag finden, zu thematisieren und zu bearbeiten.

9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte:

Kreative Medien (Musik, Tanz, Malen, Tonarbeit u.a.) habe im Integrativen Ansatz als „heilende Kraft des Schöpferischen“ einen wichtigen Platz. Auch Natur- und Kunsterleben haben heilende Wirkung. Die Integrative Therapie sieht kreatives Tun durch eine bestimmte Sequenz gekennzeichnet: Dem Wahrnehmen folgt ein Erleben, die „inneren Resonanzen“ (ebd.) führen zu einem Sich-Ausdrücken, „Ausdruck aber bietet die Chance der Gestaltung“ (ebd.). Auch Wahrnehmung selbst kann schon kreativ sein, indem „sie vielperspektivisch in die Welt ausgreift und ein komplexes Realitätserleben fördert“ (Petzold 2003a, 1042). Patienten sind in ihrer Wahrnehmung oft „eingeschränkt bis hin zur Anästhesierung“ (ebd.), also bis zur Empfindungslosigkeit, und somit auch ihre Erlebens- und Erfahrungsmöglichkeiten. Wenn die Wahrnehmung

stumpf ist, verliert auch das Erleben an Intensität. Daher werden die Patienten in der Therapie zu kreativem Tun „als Form der Lebensbewältigung, der Entlastung, der Bearbeitung von Problemen, der Selbstverwirklichung“ (ebd.) angeregt.

10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven und Erwartungshorizonten:

„Fehlende Lebensziele, ein zusammengebrochener Zukunftshorizont kennzeichnen viele Krisen und psychische Erkrankungen“ (Petzold 2003a, 1042). „Die Identität eines Menschen gründet nicht nur in der Vergangenheit. Sie umfaßt auch seine Zukunftsentwürfe“ (ebd.). Daher gilt es, „Sicherheit und Hoffnungen“ zu stärken und „Befürchtungen und Katastrophenerwartungen“ (ebd.) abzubauen.

11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs:

Menschen gehören sozialen Kontexten als „wertenden Perspektiven auf Lebenszusammenhänge“ (Petzold 2003a, 1043) an. Für die Entwicklung von Identität „ist die Auseinandersetzung mit Normen und Werten von entscheidender Bedeutung“ (ebd.). Auch in der Therapie wird gewertet, durch den Therapeuten, den Patienten, dessen Angehörige sowie das übrige Umfeld. Therapie hat sich daher mit der „Bewertung der Werte“ zu befassen, und nicht nur, weil „ein positives, gefestigtes Wertesystem ein Faktor von Gesundheit bzw. ein heilender Faktor ist“ (ebd.). Dazu muß der Therapeut auch die eigene ethiktheoretische Position klären.

12. Förderung von prägnantem Selbst- und Identitätserleben, Souveränität:

Im Persönlichkeitsmodell der Integrativen Therapie nehmen Selbst, Ich und Identität „eine zentrale Stellung“ (Petzold 2003a, 1043) ein, weshalb ihre Förderung zur Heilung von psychischen Erkrankungen unerlässlich ist. Das Selbst als Grundlage der Persönlichkeit wird als unmittelbar mit dem Leib verbunden, als „Leib-Selbst“ (siehe Punkt 2.4 zur Anthropologie) aufgefaßt. Das Ich als aktiv handelnder Selbstanteil bildet die Identität heraus, indem es von außen, d.h. von anderen Menschen, gegebene Zuschreibungen und Bewertungen („Du bist...“) mit eigenen, inneren Zuschreibungen und Bewertungen („Ich bin...“) zu einer Synthese verarbeitet und verinnerlicht.

Psychische Erkrankungen sind mit Erschütterungen der Identität und Absinken des Selbstwertgefühls verbunden. Sie können entstehen, wenn es zu negativen Zuschreibungen (Attributionen) und Bewertungen (Valuationen) durch andere Menschen kommt. Dies und damit verbundene Rollen gilt es zu erkennen. Durch positive „Internalisierungen“ (ebd.), d.h. das Verin-

nerlichen wohlmeinender Zuschreibungen und Bewertungen, werden Selbstwertgefühl und ein breites „Rollenrepertoire“ (ebd.) aufgebaut.

13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke:

Die positive Wirkung von „netzwerkzentrierten Interventionen“ (Petzold 2003a, 1044) auf die seelische Gesundheit ist kaum zu überschätzen. Therapeuten „arbeiten nicht mit Einzelpersonen, sondern mit sozialen Netzwerken – vergangenen, gegenwärtigen und zukünftigen. Der Patient hat Angehörige, Freunde, Eltern oder Kinder, und die Interventionen in der `Einzelbehandlung` wirken in diese Netzwerke hinein“ (ebd.). Diesen Zusammenhang gilt es verständlich zu machen, und die Therapeutin sollte sich sorgfältig über „die Zahl der Menschen in der Kernzone, der Mittel- und Randzone, über die Qualität der Beziehungen, über die Werte- und Normensysteme, kollektive Bewertungsmuster“ (ebd.) informieren. „Wer stützt den Patienten zwischen den Therapiestunden? Hat er Gesprächspartner?“ (ebd., 1045).

Voraussetzung für die Netzwerkarbeit ist, daß die Therapeutin selbst über ihre eigenen Ressourcen, ihr eigenes Netzwerk und über den Platz, den ihre Patienten darin einnehmen, Bescheid weiß.

14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen und fundierter Partnerschaft:

Solidaritätserfahrungen spielen in Therapie- und Selbsthilfegruppen „eine entscheidende Rolle“ (Petzold 2003a, 1045). Oft sind Menschen „gescheitert, zusammengebrochen, erkrankt“ (ebd.), weil Solidarität und ein „engagiertes Eintreten“ für sie und für ihre Belange gefehlt haben. Zu lernen, wie man sich als Therapeut „solidarisch an die Seite der Betroffenen“ (ebd.) stellt, ist ein wichtiges Ziel in der therapeutischen Ausbildung, und „derartige Zielsetzungen dürfen keine leeren Worte bleiben, sondern müssen als Wirkfaktor handlungskonkret in Therapien zum Tragen kommen“ (ebd.).

4. Beispiele für die Wirkung der Faktoren in der Supervisionsarbeit

Ich habe zunächst einige theoretische Aspekte des Integrativen Ansatzes sowie die „Vierzehn Heil- und Wirkfaktoren“ als Grundlage für die folgenden Darstellungen erläutert. Nun zeige ich an je drei Beispielen zu jedem der Wirkfaktoren, wie sie in der Supervisionsarbeit zur Umsetzung kommen können. Die Beispiele werden anschliessend jeweils kurz kommentiert.

Zur Wahrung der Anonymität entsprechen die angegebenen Anfangsbuchstaben nicht den wirklichen Namen der SupervisandInnen, sondern der Reihenfolge des Alphabets.

1. Einführendes Verstehen: Mitgefühl, Empathie, Takt und Wertschätzung, der/die Andere fühlt sich gesehen und verstanden (*Petzold 2003a, 1037 f.*).

Beispiel 1.1: Die Supervisandin Frau A. wirkt in den ersten Sitzungen der Teamsupervision distanziert und zögerlich. Dies steht im Kontrast dazu, daß sie zu den psychisch kranken Menschen, die sie betreut, offenbar einen vertrauensvollen Kontakt unterhält. Als ich nach einigen Sitzungen nachfrage, ob es Rückmeldungen zur Supervision gibt, entschließt sie sich, ihre Zurückhaltung aufzugeben. Sie berichtet, daß sie aufgrund früherer Erfahrungen mit Supervision befürchtet hatte, bloßgestellt zu werden, wenn sie Problematisches aus ihrer Arbeit berichtet. Daher habe es einige Zeit gebraucht, um wieder Vertrauen zu fassen, nun fühle sie sich ausreichend sicher, um auch Schwierigkeiten zeigen zu können.

Kommentar: Für Frau A. stehen Supervision allgemein und auch ich als Supervisor auf dem Prüfstand. Es wird deutlich, wie wichtig es ist, einen kooperativen, wertschätzenden Umgang mit den Supervisanden zu vermitteln, der vor allem anfangs entängstigend wirkt und Vertrauen schafft. Im weiteren Verlauf der Sitzungen beschäftigt Frau A. sich dann zunehmend damit, unter welchem hohem Anspruchsdruck sie auch bei der Betreuungsarbeit oft steht. Aus der Mehrebenenperspektive gesehen zeigt sich, daß sie auch im Umgang mit ihren Klienten allmählich entspannter bzw. angstfreier wird.

Beispiel 1.2: Frau B. beschreibt in der Teamsupervision eine junge Heimbewohnerin mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ich gewinne den Eindruck, daß sie in einer guten Weise auch mütterlich mit der Patientin umgeht und teile ihr das mit. Daraufhin wird sie verlegen und beginnt sich zu rechtfertigen. Ich sage ihr, daß ich das mütterliche Element durchaus gut finde, woraufhin sie erleichtert aufatmet und im weiteren die Arbeit mit der Bewohnerin detailreich und unbefangen schildert.

Kommentar: In dieser Situation sind negative Bewertungen wirksam, nicht nur bei Frau B., sondern auch bei anderen Teammitgliedern, wie ich an deren Reaktionen merke. Mütterlichkeit wird mit Unprofessionalität gleichgesetzt. Durch meine Positionierung fühlte Frau B. sich darin

verstanden, daß sie als erfahrene Betreuerin sehr wohl weiß, was sie tut, wenn sie gegenüber der Bewohnerin mütterlich ist, und daß dies für sie nicht bedeutet, unprofessionell zu werden. Das Gegenteil ist der Fall, sie wird nun ermutigt, diese mütterlichen Elemente nicht zu verstecken, sondern reflektiert in ihre Arbeit zu integrieren.

Beispiel 1.3: Herr C. und Herr D. beschreiben ihre Arbeitssituation als Betreuer in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen als zunehmend belastend. Als ich ihnen anbiete, dies genauer zu explorieren, fällt Herrn C. auf, daß er sich schwer damit tut, sich überhaupt zu erlauben, darüber zu reden. Durch den gemeinsamen Austausch öffnet er sich aber und schildert anschaulich seine Arbeitswoche. Schließlich wird ihm klar, daß die Veränderung der letzten Jahre auch mit dem Älterwerden zu tun hat. „Es geht einfach nicht mehr so locker wie früher“, stellt er fest und blickt verwundert und berührt vor sich hin. Dann schaut er auf und lächelt den Kollegen und mich freundlich an. Es muß nun eigentlich nicht mehr viel gesagt werden, sondern es genügt, die Erkenntnis freundlich und wertschätzend aufzunehmen.

Kommentar: Ähnlich wie in den beiden ersten Beispielen wird hier besonders deutlich, daß der Faktor „Einfühlerndes Verstehen“ oft mehr durch die Art und Weise der Präsenz zur Wirkung kommt als durch bestimmte Handlungen bzw. Interventionen. Es genügt dann oft, - erfordert aber Konzentration und Einfühlungsvermögen -, durch Blicke, Körperhaltungen, Stimmlagen sowie die richtigen Fragen und Wortbeiträge an der passenden Stelle im Kontakt zu bleiben, damit der/die Andere sich auf gute Weise gehört und gesehen fühlen und öffnen kann.

2. Emotionale Annahme und Stütze: Positive Zuwendung, also Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, um das Selbstbild und den Selbstbezug zu verbessern und negative, selbstreferentielle Gedanken und Gefühle, z.B. von Minderwertigkeit, Scham oder Hilflosigkeit, abzubauen (*Petzold 2003a, 1038*).

Beispiel 2.1: Frau D. hat in der Teamsupervisionssitzung lange gewartet und ringt etwas um Fassung, als sie erzählt, Herr X., ein Mitglied ihrer Arbeitstherapiegruppe, habe einen Suizidversuch unternommen. Sie will sich „das nicht anziehen“, andererseits zweifelt sie, ob sie nicht etwas hätte anders machen können und sollen.

Im Sinne des ersten Faktors geht es nun zunächst darum, ihr durch einführendes Verstehen Raum zu geben. Im weiteren jedoch ist mehr Aktivität gefragt, d.h. ich spreche sie entlastend und zugewandt an. Das ist auch Modell für andere Teammitglieder, es entwickelt sich ein Austausch über Erfahrungen mit Suizidalität. Frau D. bleibt aber Mittelpunkt, der Fokus verschiebt sich nicht von ihr weg, die Äußerungen der anderen dienen weniger der Selbstentlastung als der emotionalen Annahme und Stütze von Frau D. Mit partieller Offenheit steuere auch ich ein Beispiel aus eigener Erfahrung bei. Dann bemühen wir uns, den Suizidversuch aus der Situation des Rehabilitanden, der seit vielen Jahren unter einer Schizophrenie leidet, zu verstehen. Schließlich zieht Frau D. das Fazit, es bleibe ein ambivalentes Gefühl: Einerseits ist es gut, sich nicht damit zu quälen, was aber nicht bedeutet, daß sie gleichgültig oder als Arbeitstherapeutin ungeeignet sei. Daß die Erinnerung nicht „abgeschaltet“ werden kann, ist nur menschlich, ohnehin ist man in diesem Arbeitsfeld nie vor schlimmen Erfahrungen gefeit.

Kommentar: Frau D. benötigt Raum, aber auch aktive Unterstützung. Haltgebend wirkt der gemeinsame Austausch unter Professionellen, die ähnliche Erfahrungen teilen und daher nicht den Fehler machen, das Erleben von Frau D. wegzureden oder emotional zuzudecken. Im weiteren ist es dann hilfreich für Frau D. - und hoffentlich für den Rehabilitanden, denn das ist ja letztlich Ziel der Supervision - , die Aufmerksamkeit auf die Situation von Herrn X. zu richten, d.h. auch auf seine Verzweiflung angesichts der langjährigen schweren psychischen Erkrankung.

Beispiel 2.2: Frau E. betreut eine Frau, die an einer Depression leidet und ihre Kinder vernachlässigt. In der Supervisionssitzung wird deutlich, wie schwer Frau E. dies fällt, weil ihr die Kindern leid tun. „Ich halte das einfach nicht aus“, sagt Frau E. und beschreibt Gefühle von Groll gegenüber der Klientin und von zunehmender Hilflosigkeit.

Auch hier geht es zunächst darum, diesen Gefühlen durch einführendes Verstehen Raum zu gestatten. Im weiteren aber aktiv und zugewandt zu intervenieren, um die anklingende Verzweiflung nicht überhand gewinnen zu lassen. Die Gefühle von Hilflosigkeit und Wut werden von mir angenommen und gemeinsam eingeordnet bzw. verstanden, wobei sich auch eigene biographische Einflüsse von Frau E. zeigen. Im Rollenspiel machen wir die Resonanzen von Frau E. auf die Klientin erfahrbar und erproben Möglichkeiten des Umgangs damit. Es folgt eine Phase der Erleichterung und des Durchatmens, bevor wir gemeinsam über Veränderungen

nachdenken. „Das war jetzt viel“, sagt Frau E. abschließend, sie wolle erst einmal darüber schlafen. Zumindest sei ihr die Notlage der Klientin nun wieder klar geworden.

Kommentar: Frau E. war hin- und hergerissen zwischen ihrem Anliegen, der Klientin zu helfen einerseits und der Empörung und dem Mitgefühl mit den Kindern andererseits. Hier ist es hilfreich, die Ambivalenz erst einmal zu benennen und anzunehmen, wodurch Verwirrung und verdeckte Schuldgefühle sich lösen können. So öffnet sich Blick auf Veränderungen, d.h. neue Erlebens- und Verhaltensweisen.

Beispiel 2.3: Herr F. beschreibt „Abgrenzungsprobleme“ gegenüber einem alkoholkranken Klienten im ambulant betreuten Wohnen. Das mache ihm, selbst trockener Alkoholiker, zu schaffen. Ob der Klient das vielleicht schon längst gemerkt habe? Er schäme sich dafür, auch hier in der Supervision, aber er wolle es auch nicht „vertuschen“.

Zunächst entlaste ich Herrn F., indem ich ihm Anerkennung für die Offenheit und für die Bereitschaft zur Reflexion gebe. Im weiteren Gespräch kommen wir darauf zu sprechen, dass er sich durch seine eigene Krankheitserfahrung gut in seinen Klienten einfühlen und recht genau einschätzen kann, was diesem hilft und was nicht.

Kommentar: Die von mir gegebene Wertschätzung bewirkt bei Herrn F. eine positive Veränderung der Selbstattribution, d.h. das, wofür er sich schämte, konnte zu etwas wenden, das er mit Anerkennung oder Stolz verbinden konnte. Die eigene Suchtproblematik wurde von ihm als potentielle Ressource der Betreuungsarbeit erkannt.

3. Hilfe bei der realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung, Lebenshilfe: Beratung und pragmatische, tätige Hilfe zur Bewältigung von konkreten Problemen der Lebensrealität (Petzold 2003a, 1039).

Beispiel 3.1: Frau G. ist ambulante Wohnbetreuerin einer alten Frau, einer Roma, die mit ihren beiden Söhnen in einem sozial schwachen Viertel von Köln lebt. Es fällt mir auf, daß Frau G. mehrmals Desorientierung erwähnt, sowohl bei der alten Frau, die sich im Viertel nur schwer zurechtfindet und paranoide Ängste hat, als auch bei sich selber. Sie findet sich in diesem

Viertel ebenfalls nur schwer zurecht. Manchmal begleitet sie die alte Frau beim Einkaufen und weiß dann nicht, wer von ihnen beiden mehr Angst hat, sich zu verlaufen.

Im Verlauf des Gesprächs komme ich auf den Gedanken, daß anschauliche Orientierung, d.h. nicht nur ein Stadtplan, sondern eine Skizze der Straßen, nützlich sein könnte. Wo ist die Wohnung der Frau, wo der Supermarkt, wie kommt man von da nach dort? Ich sage das Frau G. und wir fertigen gemeinsam eine solche Skizze an, Frau G. ist dabei eifrig bei der Sache. Schließlich ist sie erleichtert, „endlich mal einen Überblick zu haben“ und kann sich vorstellen, den Lageplan ihrer Klientin zu zeigen, und daß beide dann weniger Angst haben müssen.

Kommentar: Abgesehen von psychodynamischen und psychopathologischen Zusammenhängen kann Beratung, hier in der Supervision, auf ganz pragmatische Weise wirksam werden. Das ist für Supervisanden manchmal überraschend, aber auch erleichternd. Sie merken, dass Supervision nicht immer „tief“ gehen muß und übernehmen das, i. S. des Mehrebenenmodells, auch gerne für die Arbeit mit ihren Klienten.

Beispiel 3.2: Herr H. machen die langen und unregelmäßigen Dienstzeiten im Wohnheim zu schaffen. Oft gehe es für ihn ab der Mittagszeit „nur noch um's Durchhalten“, nach der Arbeit fühlt er sich erschöpft und überfordert. Wir geben dem zunächst Raum, Herr H. beschreibt seine Befindlichkeit und die Arbeitsumstände, so daß allmählich ein umfassendes Bild entsteht.

Im weiteren untersuche ich mit ihm Veränderungsmöglichkeiten, bis er feststellt, dass es da einen Kollegen gibt, dem es ähnlich geht. Mit dem könnte man sich ja vielleicht austauschen, also auch Dienste tauschen? Er wundert sich, nicht schon früher auf die Idee gekommen zu sein.

Kommentar: Pragmatische Hilfe entsteht hier aus Ko-kreativität, dem Austausch und dem gemeinsamen Überlegen. Das Finden eines Auswegs entlastet von dem Gefühl, selber allein daran „schuld“ zu sein, dass man überlastet ist. Lösungen finden meist eher auf der Verhaltensebene statt und wirken nachhaltig zurück auf das Erleben.

Beispiel 3.3: Frau I. beschreibt eine Betreuungsklientin, hinter der sie „nur noch herlaufe“. Die Klientin halte die Termine nicht ein, dann fahre Frau I. schließlich „mit der Faust in der Tasche“ zur Wohnung, in der Hoffnung, die Klientin vielleicht doch noch anzutreffen. Sie werde

zunehmend wütend und fühle sich benutzt, zumal die Entfernung zwischen dem Betreuungsbüro und der Wohnung besonders groß und daher die vergeblichen Fahrten zeitaufwändig sind. Nach dem Explorieren der Beziehung zwischen Frau I. und der Klientin kommen wir in pragmatischer Hinsicht darauf, dass es nützlich sein könnte, einen festen Termin an einem bestimmten Ort, der ungefähr auf halber Strecke zwischen der Wohnung der Klientin und dem Betreuungsbüro liegt, zu vereinbaren.

Kommentar: In diesem Beispiel ist der Zusammenhang zwischen Beziehungsdynamik und äußeren Umstände besonders deutlich. Daher ist es wichtig, die Beziehungsdynamik zu berücksichtigen, wenn man auf der pragmatischen Ebene interveniert. Das Aushandeln von Strukturen des Kontakts zwischen Betreuerin und Klientin soll die emotionale Verwicklung mindern.

4. Förderung emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft: Die „akzeptierende Präsenz“ (Petzold 2003a, 1039) des Therapeuten ermöglicht es dem Patienten, über seine Gefühle und Willensregungen zu sprechen, sich durch ihren Ausdruck zu entlasten und sie zu differenzieren. *Therapeutisches Ziel ist es, daß der Patient in seinen Beziehungen eine „positive emotionale Kultur und entscheidungs-freudige Willenskultur“ entwickelt. (ebd.)*

Beispiel 4.1.: Herr J. berichtet in der Teamsupervision über einen Betreuungsklienten, mit dem er nicht weiterkomme. Die Teammitglieder und ich überlegen, wie der Klient aus seiner Passivität herausfinden und Initiative entwickeln könnte. Dabei fällt allmählich auf, daß Herr J. unsere Vorschläge ablehnt, meist mit dem Hinweis darauf, das gehe doch „sowieso nicht“ u.ä. Ich gewinne den Eindruck, daß Herr J. den dysfunktional-depressiven Stil seines Klienten übernimmt und in der Supervisionssitzung wiederholt.

Ich mache ihn darauf aufmerksam, wir beginnen, das Augenmerk darauf zu richten, „was geht“. Dabei wird deutlich, daß die Willensregungen des Klienten von ihm selbst, aber auch von Herrn J. immer wieder rasch als vergeblich abgetan worden sind. Bei Herrn J. entsteht eine neue Art von Entschiedenheit, die ihn selbst überrascht.

Kommentar: Hier geht es um Differenzierungsarbeit, d.h. darum, zu unterscheiden, inwieweit der depressiv-emotionale Stil, der vom Klienten ausgeht, von Herrn J. übernommen wird, und

welche Erlebens- und Verhaltensmuster Herr J. selbst dazu beisteuert, daß es für beide so schwierig ist, Initiative und Willen zu entwickeln. Es wird deutlich, daß Herr J. unbewußt die eigene Passivität mit der des Klienten vermischt und erklärt hat.

Beispiel 4.2: Frau K. beschreibt die Beziehung zu ihrer Klientin Frau G., insbesondere wie sie sich „immer wieder zusammenreißen“ müsse, um Frau G. nicht zu sagen, was sie wirklich denke, fühle und von ihr wolle. Das sei ohnehin zu gefährlich, „nachher gehen da noch die Pferde mir durch.“

Ich schlage Frau K. vor, diese Gefühle näher zu explorieren. Wenn Sie „Klartext“ gegenüber Frau G. reden könnte, was würde sie ihr sagen wollen? Frau K. beginnt, ärgerlich und verächtlich zu sprechen: Wie ihr die Faulheit und Ansprüchlichkeit von Frau G. auf die Nerven gingen, wie sie Frau G. „am liebsten mal so richtig in den Arsch treten“ könnte u.ä. Im Lauf dieses Ausbruchs nehme ich wahr, wie sich die Stimmung verändert, hinter der Gereiztheit macht sich allmählich Trauer bemerkbar.

Als ich Frau K. darauf aufmerksam mache, wird sie still und nachdenklich. Dann erzählt sie, daß sie an ihr eigenes Verhältnis zu ihrer Mutter denken müsse, in dem sie Gefühls- und Willensäußerungen weitgehend habe unterdrücken müssen. Über diese Verknüpfungen möchte sie nun erst einmal in Ruhe nachdenken, vermutet aber, daß sich ihre Haltung gegenüber Frau G. verändern wird.

Kommentar: Unterstützung und Erlaubnis des emotionalen Ausdrucks erlauben es uns, die Gefühle und Willensimpulse im weiteren zu explorieren und zu differenzieren, so daß dahinterliegende Stimmungen und Erinnerungen sich zeigen können. Frau K. gewinnt ein vollständigeres Bild dessen, was in der Beziehung zwischen ihr und der Klientin mitspielt und wirkt.

Beispiel 4.3: Frau M. berichtet, daß sie im Kontakt mit einer Klientin, die an einer Borderline-Störung leidet, immer wieder in heftige „Gefühlsverwirrungen, wie ein Propeller“ gerate, so daß sie nicht mehr wisse, „wo eigentlich hinten und vorne ist“. Ich ermutige, diese Gefühle zu zeigen und auszudrücken. Anfangs ist es eine diffuse Mischung aus Enttäuschung, Vorwürfen, Sympathie, Ärger u.ä. Allmählich wird das Bild dann klarer, es werden Zusammenhänge und Ursachen deutlich. Die anderen Teammitglieder geben Gefühlsresonanzen wieder, die zur Klärung beitragen. Zum Schluß beschreibt Frau M. ihre Befindlichkeit als klarer, sie wisse jetzt wieder, worum es gehe, und wie sie weiter vorgehen wolle.

Kommentar: Emotionaler Ausdruck bewirkt Differenzierung und Exzentrizität, gefördert zudem durch die Mehrperspektivität in der Teamsupervision. Dieser Weg kann geübt werden, denn gerade im Umgang mit Menschen, die an einer Borderlinestörung leiden, ist es für Betreuer schwierig, aus den kaum zu vermeidenden Verwicklungen heraus wieder inneren Abstand und Entschiedenheit zu gewinnen.

5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen: Zusammenhänge, Hintergründe, Ursachen und Wirkungen in bezug auf Lebenssituation, Probleme und Krankheitsbedingungen verstehen und verbinden, um „handlungsleitende Explikationsfolien“ (Petzold 2003a, S. 1040) für die Bewältigung des Lebensalltags zu erhalten. Einsichten werden den Patientinnen und Patienten nicht übermittelt, sondern gemeinsam erarbeitet (ebd.).

Beispiel 5.1: Frau N. betreut eine depressive Klientin und schildert ihre Zweifel am Sinn der Betreuung: Sie wisse oft nicht mehr, „was das alles eigentlich noch soll.“ Nun steht ein Antrag auf Verlängerung der Betreuung an, sie weiß nicht recht, was sie zur Begründung schreiben soll. Denn eigentlich hat sie das Gefühl, viel zu wenig für die Klientin zu tun und kaum etwas zu bewirken.

Wir sprechen über die Klientin, es wird Frau N. klar, daß sie sich von deren Sinnlosigkeitsgefühlen hat anstecken lassen. Es ist „wie so eine ständige depressive Unzufriedenheit“, nie ist etwas genug oder gut genug. Dann konzentrieren wir uns darauf, worin eigentlich ihre Betreuung im Moment besteht, und es wird deutlich, wie sehr sie der Klientin hilft, basale Strukturen aufrechtzuerhalten, d.h. Tagesablauf, Haushalt, Körperpflege etc. Außerdem bemüht sie sich in den Gesprächen mit der Klientin, ihr Mut zu machen und der depressiven Ohnmacht immer wieder etwas entgegenzusetzen.

Kommentar: Die Frage nach dem Sinn ist sowohl für ihre depressive Klientin als auch für Frau N. wichtig. Dazu hilft das Verständnis der Zusammenhänge und die Übersicht auf die Betreuung, die deutlich werden läßt, wie sehr Frau N. der Klientin hilft, und wie begründet die Verlängerung der Betreuung ist.

Beispiel 5.2: Frau O. beschreibt eine ältere Klientin, mit der sie in einen Machtkampf verwickelt sei. Ständig müsse sie sich behaupten, nie nehme die Klientin etwas von ihr an. Das liege wohl daran, daß „die total zwanghaft“ sei.

Wir explorieren gemeinsam die Situation der Klientin und die Beziehungskonstellation. Dabei werden für Frau O. zunehmend eigene biographische Bezüge, nämlich jahrelange Machtkämpfe mit ihrer Mutter deutlich. Sie ist erstaunt, daß ihr das „die ganze Zeit nicht aufgefallen ist“ und stellt betroffen fest, daß sie da wohl „einen blinden Fleck“ hatte und nicht alles an der Klientin liegt.

Kommentar: Durch die Erkenntnis der eigenen, biographisch begründeten Anteile an der Verwicklung und die damit einhergehende Betroffenheit verändert sich auch die Sicht von Frau O. auf ihre Klientin, deren Verhalten sie nun nicht mehr aus dem Ärger des Machtkampfes heraus problematisiert bzw. pathologisiert.

Beispiel 5.3: Herr P. beschreibt seinen Betreuungsklienten Herrn E. als „anhänglich, wie ein Baby“. Er verstehe das gar nicht, denn eigentlich wirke Herr E. „doch relativ gesund“. Er unterhalte sich mit ihm über Fußball, da Herr E. im Verein gespielt habe und auch so wirke, „wie die Fußballer halt sind: handfest, unkompliziert...“ Umso mehr wundere ihn, daß Herr E. offenbar nur schwer Vertrauen zum ihm als Betreuer entwickeln könne, schließlich fasse er ihn doch ohnehin schon mit Samthandschuhen an. Neulich habe Herr E. sogar ein Gespräch mit Tränen in den Augen abbrechen wollen.

Im unserem weiteren Gespräch fällt auf, daß Herr P. kaum etwas über den biographischen Hintergrund weiß. Ich schlage ihm vor, zu recherchieren. In der nächsten Sitzung spricht Herr P. anders über Herrn E., der ohne den leiblichen Vater aufgewachsen und vom Stiefvater jahrelang sexuell mißbraucht worden sei. Der Fußballverein sei Ersatzfamilie gewesen, ohne die er nicht überlebt hätte. Herr P. hat nun nichts mehr dagegen, Herrn E. „auch mal mit Samthandschuhen anzufassen“, man könne sich ja trotzdem auch weiter über Fußball unterhalten.

Kommentar: Es geht m.E. darum, wie Herr P. stabile und labile, m.a.W. regressive und progressive Anteile von Herrn E. in die Betreuungsarbeit integrieren kann. Dazu ist es erforderlich, daß Herr P. sie im eigenen Erleben als zwar äußerlich widersprüchlich erscheinend, im Grunde aber sinnvoll zusammenhängend verstehen kann. Der psychologische Sinnzusammenhang könnte darin bestehen, daß der Anteil des handfesten Fußballers auch einen Schutz gegen psychische Folgen erfahrener Schädigungen darstellt.

6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit: Entwicklung von sozialer Wahrnehmung, Rollenflexibilität, „social skills“, Ausdrucksvermögen, Empathie. Hilfestellungen, um Kommunikationsmöglichkeiten zu erschließen, zu erproben und im Alltag umzusetzen. Der Therapeut bzw. das therapeutische Gespräch haben Modellfunktion (Petzold 2003a, 1040 f.).

Beispiel 6.1: Herr Q. stellt den Prozess in der Arbeitstherapie mit Herrn A. vor. Dieser sei „einfach unglaublich langsam“, auch in der Kommunikation. Er reagiere kaum, wenn Herr Q. ihn anspreche. Auch sage er immer wieder, er wolle in den früheren Beruf zurück, obwohl dies nach Einschätzung von Herrn Q. völlig unrealistisch sei. Wie könne er Herrn Q. davon überzeugen, ohne ihn zu sehr zu kränken? Er zähle ihm immer wieder „alle möglichen Gründe“ auf, aber erreiche ihn damit nicht.

Auf meine Anregung beschreibt Herr Q. Kontext und Kontinuum. Demnach ist Herr A. vor etwa einem Jahr psychotisch dekompenziert, nachdem er seine Arbeitsstelle verloren hatte. Er hat fast ein halbes Jahr in der Klinik verbracht und nimmt ein hochdosiertes Neuroleptikum ein. Im Kontakt sei er verschlossen und zeige kaum Emotionen.

Es ergibt sich das Bild eines schwer erkrankten Menschen, der rasch überfordert ist, wenn zu vieles zu schnell von ihm gefordert ist. Ich schlage Herrn Q. daher vor, die Kontaktanforderungen an Herrn Q. zu senken, wenn er mit ihm spricht, d.h. anstatt „alle möglichen Gründe“ lieber nur einen davon zu nennen, außerdem langsam zu sprechen, ohne Herrn A. mit Blicken, Mimik und Gestik zu nahe zu kommen. Dies ist Herr Q. unmittelbar einsichtig, er nimmt Herrn A. nun deutlich empathischer wahr.

Kommentar: Die eingeschränkte Schwingungs- bzw. Resonanzfähigkeit von Herrn A. machte Herrn Q. gereizt und ungeduldig. Mir fiel auf, daß Herr Q. in der Supervisionssitzung die Prozessbeschreibung schnell und abgehackt vortrug, so daß es mir schwerfiel, ihm zu folgen und mich einzufühlen. Es geht also darum, wie Herr Q. sich im Kontakt mit Herrn A. anrühren lassen kann, um selber schwingungs- und resonanzfähiger zu sein.

Beispiel 6.2: Frau R. beklagt in der Teamsupervision, daß ihre Kollegin Frau S., die im Sekretariat des betreuten Wohnens arbeitet, unfreundlich zu ihr sei, sie habe das Gefühl, „gegen eine Mauer“ zu laufen. Frau S. nimmt normalerweise nicht an der Supervision teil, heute

ist sie aber dabei, weil sie den Kontakt ebenfalls schwierig findet. Sie schildert, daß Frau R. ihr einfach zu sprunghaft und emotional aufgereggt sei, das gehe ihr auf die Nerven.

Im weiteren Austausch wird deutlich, daß beide offenbar nicht nur sehr verschieden im Temperament sind, sondern auch im sprachlichen Ausdruck. So versteht oft die eine nicht, was die andere meint, und sie reden aneinander vorbei. Danach fühlen sie sich gereizt und ärgerlich. Frau R. reagiert dann aufgebracht, Frau S. wird eher gleichgültig, was wiederum Frau R. noch mehr aufregt.

Anhand einer typischen Szene aus der alltäglichen Zusammenarbeit wird dies veranschaulicht und beiden ermöglicht, sich in die andere einzufühlen. Es fließen auch persönliche Erinnerungen mit ein, die etwas vom biographischen Hintergrund zeigen und das Verständnis vertiefen. Schließlich ist man sich einig, die andere nun besser zu verstehen und sich um einen besseren Umgang miteinander zu bemühen.

Kommentar: Ein wesentlicher Schritt zur Klärung und Entlastung bestand darin, daß beide während des Gesprächs allmählich erkannten, wie verschieden sie sind. Auf dieser Grundlage konnte die Andersartigkeit, die daraus erwachsenden Mißverständnisse und Kränkungen weiter exploriert und verstanden werden. Die Art der Anderen bleibt fremd, aber zumindest weiß man darum und kann berücksichtigen, daß es keine böse Absicht ist, bevor man beim nächsten Mal sauer aufeinander wird.

Beispiel 6.3: In der Supervision des betreuten Wohnens beschreiben die Teammitglieder einen gesetzlichen Betreuer, der wenig kooperativ sei. Er verzögere wichtige Angelegenheiten der Klienten und sei überhaupt unzuverlässig.

In einem Rollenspiel setzen wir ein Gespräch in Szene: Eine der Betreuerinnen übernimmt die Rolle des gesetzlichen Betreuers, eine weitere spielt sich selbst, ein anderer einen Klienten, der nun schon lange auf sein Geld wartet. Es zeigt sich, daß der gesetzliche Betreuer durch geschicktes Ausweichen erreicht, daß man sich schließlich „sprachlos vor Ärger“ fühlt. Der Klient wird immer wütender, aber fühlt sich „hoffnungslos unterlegen“.

Durch mehrere Rollenwechsel erarbeiten wir Einfühlung in die verschiedenen Perspektiven, schließlich entsteht ein Bild davon, wie es „klappen“ könnte: Hartnäckig dranbleiben, sachlich bleiben, den Klienten immer wieder einbeziehen und bei Gelegenheit ein grundsätzliches Gespräch vorschlagen.

In der Reflexion beschreiben die Teammitglieder, nun wieder mehr Spielraum zu haben, was aus Wut und Sprachlosigkeit heraushilft.

Kommentar: Das Rollenspiel ist hier besonders geeignet, auf mehreren Ebenen zugleich zu arbeiten: Wie ist die Beziehungsdynamik zwischen Klient und BeWo-Betreuerin einerseits und dem gesetzlichen Betreuer andererseits? Wie steht es zwischen den Teammitgliedern bezüglich dieser Thematik, und wie zwischen ihnen und mir als Supervisor? Durch die Inszenierung wird die komplexe Verflechtung der Beteiligten in verdichteter Form veranschaulicht.

7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung:

Bewußtes Wahrnehmen und Regulieren von leiblichen Rhythmen wie An- und Entspannung, Bewegtheit und Ruhe etc., die sich auch in Gefühlen ausdrücken; Entwicklung eines bewegungsaktiven Lebensstils (*Petzold* 2003a, 1041).

Beispiel 7.1.: Die Teammitglieder beschreiben Herrn K., einen Bewohner mit der Diagnose einer Schizophrenie, der durch seine starre, angespannte Körperhaltung auffällt. Es wird deutlich, daß die Anspannung unmittelbarer Ausdruck einer Angst ist, die sich bis zu Panikattacken steigern kann. Gibt es überhaupt Situationen, in denen Herr K. sich etwas entspannen kann? Wenn man ihn ganz in Ruhe läßt, z.B. wenn er allein auf seinem Balkon sitzen kann. Aber in Kontaktsituationen geht das offenbar kaum.

Schließlich finden wir doch noch etwas: Beim Feldenkrais-Kurs liegt Herr K. zwar meistens „stocksteif wie ein Brett“ auf dem Boden, scheint aber doch etwas zur Ruhe zu kommen. Wir arbeiten genauer heraus, was Herr K. beim Feldenkrais erleben mag, nämlich daß es wohl vor allem die langsamen, kleinen Bewegungen im gemeinsamen, non-verbalen Üben ohne Leistungsanforderungen sind, die ihm gut tun.

Wir kommen überein, daß die Betreuerinnen dies nach Möglichkeit mit ihm besprechen und ansonsten darauf achten, solche Qualitäten auch im Alltag von Herrn K. zu fördern.

Kommentar: In der Supervisionssitzung fiel auf, wie ausführlich und anschaulich die Teammitglieder die Anspannung von Herrn K. schildern konnten. Dadurch verdichtete sich auch die Gesprächsatmosphäre spürbar. Es fiel schwer, Entspannung im Alltag von Herrn K. zu finden. Umso mehr veränderte sich die Atmosphäre in der Supervisionsrunde, als dies dann doch noch gelang. Die Entspannung war für mich nun auch deutlich bei den Betreuerinnen wahrnehmbar.

Beispiel 7.2: In einer Supervisionssitzung, die üblicherweise über einen ganzen Vormittag geht, wirkten die Supervisandinnen nach der Besprechung eines ersten, sehr schwierigen Prozesses angestrengt und erschöpft. Als wir nach einer kurzen Pause wieder zusammenkamen, stellte ich kaum Erholung fest, stattdessen las ich in den Gesichtern und Körperhaltungen nach wie vor Müdigkeit und zunehmende Lustlosigkeit. Als Intervention schlug ich eine Körperübung vor, in der Art wie sie am FPI oft durchgeführt wird: Durch den Raum gehen, den Körper spüren, die eigene Gestimmtheit, Impulse aus Körper und Bewegung heraus, sich strecken, dehnen – also in den Körper kommen, Leib-Selbsterfahrung.

Damit lockerte sich die Atmosphäre für alle spürbar, es wurden Witze und tiefe Atemzüge gemacht. Danach war die Veränderung in den Blicken, im Sprechen, im ganzen Ausdrucksverhalten wahrnehmbar.

Kommentar: Die Intervention ist den Supervisandinnen seitdem zur angenehmen Gewohnheit geworden. Wenn ich die Übung vergesse, erinnern sie mich daran. Manche berichten, daß sie so etwas nun in ihren Arbeitsalltag einbauen und sogar mit ihren Klientinnen durchführen.

Beispiel 7.3: Im Team der Arbeitstherapie stellt Herr T. seinen Prozess mit einer Klientin vor, die wenig zugänglich bzw. erreichbar sei. Wenn er sie anspreche, könne sie ihn kaum anschauen, stattdessen bleibe sie einsilbig und verschließe sich. Wir explorieren gemeinsam Kontext und Kontinuum, wobei sich zeigt, daß Frau X. früher jahrelang gerne Sport getrieben hat, und daß sie lebendig und lockerer wirkt, wenn die Gruppe sich im Freien bewegt. Wir kommen überein, daß Herr T. es darüber versuchen möchte, einen Zugang zu finden.

In der nächsten Sitzung berichtet Herr T., daß er neben Frau X. gejoggt sei, und sie ihn von sich aus angesprochen habe, sogar auf eine humorvolle Art. Seitdem habe er selber nicht mehr den Anspruch, durch Gespräche „etwas aus ihr herauszubekommen“.

Kommentar: Es fiel auf, daß Herr T. lockerer und auch körperlich lebhafter wurde, als er von dem Joggen mit Frau X. erzählte. Die Bewegung hat beide entspannt und belebt, außerdem knüpft sie an einen Lebensbereich an, mit dem Frau X. leiblich spürbar ein positives Selbstwertgefühl verbindet.

8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen: Welche Lernstile wurden in Eltern-haus, Schule, Ausbildung und Beruf, im Lebensalltag entwickelt, welche Interessen

wurden gefördert, welche gehindert? Leben, auch der therapeutische Prozess, wird als ständiges Lernen gesehen (*Petzold* 2003a, 1041 f.).

Beispiel 8.1: Herr U. beschreibt in der Teamsupervision einen Heimbewohner, der „einfach nicht lernfähig sei“. Wenn man ihm etwas sage, ändere er zwar sein Verhalten, habe aber offenbar „ein Gedächtnis wie ein Sieb“, denn am nächsten Tag sei alles wieder vergessen. Da verliere man einfach irgendwann die Geduld. Als Beispiel nennt Herr U. die Tagesstruktur: Immer wieder bespreche er mit dem Klienten den morgendlichen Ablauf, aber der wirke weiterhin orientierungslos. Will der nicht oder kann er nicht?

Die nähere Exploration ergibt, daß der Klient, Herr N., als Rußlanddeutscher im Alter von sechzehn Jahren mit der Mutter nach Deutschland kam. Mit 25 Jahren erkrankte er an Schizophrenie. Er ist jetzt zweiunddreißig Jahre alt, seine Deutschkenntnisse immer noch sehr mangelhaft. Die Eltern trennten sich, als er zwölf Jahre alt war, der Vater blieb in Rußland, inzwischen sind beide verstorben, zuletzt der Vater an einer Krebserkrankung.

In einem Rollenspiel veranschaulichen wir die Beziehung zwischen Betreuer und Klient. Es wird deutlich, daß tatsächlich kaum zu unterscheiden ist, ob Herr N. nicht will oder nicht kann, daß aber jedenfalls hinter seinem Verhalten ein Schutzbedürfnis, Resignation und Leid stehen. In der Reflektion nach dem Rollenspiel vereinbaren wir, den Fokus darauf zu legen, wie Herr U. als Betreuer das Vertrauen von Herrn N. gewinnen kann. Und wie kann Herr N. Vertrauen in sich selbst, Sinn und Hoffnung fassen?

Kommentar: Das Lernen in Auseinandersetzung mit dem Kontext erscheint bei Herrn N. durch die unbeständige Lebenssituation bzw. die Brüche darin besonders erschwert. Zwischen Rußland und Deutschland, zwischen Vater und Mutter, schließlich ohne die Eltern mutet es fast bedrohlich an, sich selbst durch Lernen zu verändern und stabile Persönlichkeitsstrukturen, d.h. Selbst, Ich und Identität, herauszubilden. In der Supervision der Betreuer stellt sich die Frage, inwieweit sie selber lernfähig sind, und bereit, sich damit auseinanderzusetzen, anstatt dem Klienten die Stagnation zuzuschreiben.

Beispiel 8.2: Die Leiterin eines Pflorgeteams möchte ihre beste Mitarbeiterin zu ihrer Stellvertreterin aufbauen. In der Supervisionssitzung geht es darum, wie Frau P. während des anstehenden Urlaubs der Chefin angemessen mit einem unkooperativen Kollegen umgehen kann. Im ko-kreativen Rollenspiel explorieren und veranschaulichen wir Möglichkeiten der

Gesprächsführung. Die Chefin zeigt, wie sie es machen würde, ich steuere Ideen bei. Die Mitarbeiterin experimentiert und lernt am Modell, sich selbst dabei intensiv erfahrend. Schließlich sagt sie, daß sie nun genügend „Input“ habe, wir verbleiben so, daß sie das erst einmal „sacken lassen“ und dann schauen kann, was für sie stimmig und umsetzbar ist.

Kommentar: Am Modell zu lernen erfahre ich als für die Supervisanden oft sehr nützlich. Wenn ich, nach sorgfältiger Reflexion, vorschlage, es in der Sitzung „einfach mal auszuprobieren“, reagieren sie nicht selten zunächst zögerlich. Wenn es ihnen jedoch gelingt, sich einzulassen, profitieren sie meist sehr.

Beispiel 8.3: In der Supervision eines arbeitstherapeutischen Teams wird eine Klientin beschrieben, die in zwei Bereichen, dem Büro und der Schreinerei, tätig sei und sich nicht zwischen diesen Bereichen entscheiden könne. Das sei auch der Grund, weshalb sie weder im einen noch im anderen Bereich etwas lerne, immer wenn sie hier sei, wolle sie gleich dorthin. Im Supervisionsgespräch wird für mich dabei auch unterschwellige Konkurrenz zwischen den beiden Bereichstherapeuten spürbar, beide lassen die Erfahrungen des anderen kaum gelten.

Im Verlauf der Sitzung kommen wir auf Konkurrenz zu sprechen. Die beiden Arbeitstherapeuten meinen, daß die Klientin sie gegeneinander ausspielt. Man ist eigentlich ständig mit Beziehungsproblemen beschäftigt, die Beschäftigung mit dem Schreinern oder der Büroarbeit ist nebensächlich geworden. Während des Gesprächs gewinnen beide Therapeuten, unterstützt durch die Kommentare ihrer Kolleginnen, an Exzentrizität bzw. ein Bild vom Beziehungsgeschehen mit der Klientin, das durch Angaben über Biographie und über die Erkrankung mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ergänzt wird.

Die Atmosphäre zwischen den beiden Therapeuten entspannt sich deutlich, sie hören einander zu und beginnen, den Umgang mit der Klientin gemeinsam zu bearbeiten.

Kommentar: Das Thema des Lernens ist hier auf mehreren Ebenen wirksam. Die Klientin lernt nach dem Eindruck der Therapeuten weder im einen noch im anderen Arbeitsbereich. Die beiden Therapeuten lernen nicht voneinander, d.h. sie können die vom anderen gemachten Erfahrungen mit der Klientin nicht annehmen. In der Supervisionssitzung kommt es erst allmählich zu einem Lernprozess, indem alle Beteiligten beginnen, ko-kreativ zusammenzuarbeiten.

9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte: Kreativität entsteht im Prozess von Wahrnehmung, Resonanz, Erleben, Ausdruck und Gestaltung. Wahrnehmung an sich kann bereits schöpferisch sein und das Realitätserleben fördern, Natur- und Kunsterleben können heilsam wirken und eigenes kreatives Gestalten anregen, das der Entlastung und Entfaltung dient. Kreative Medien eröffnen Zugänge zu Gestaltungs- und Selbstheilungskräften (*Petzold* 2003a, 1042).

Beispiel 9.1: Herr V. sieht einen Betreuungsklienten, Herrn S., stark eingeschränkt durch Phasen von psychotischem Erleben, das er mit Alkohol zu betäuben sucht. Die Wohnung sei trotz intensiver Betreuung ziemlich heruntergekommen. Spürbar wird eine depressive, düstere Atmosphäre.

Eigentlich gebe es nur eine Sache, die Herrn S. etwas zu bedeuten scheine: Auf seinem Kleiderschrank bewahre er eine alte Fender-Stratocaster-E-Gitarre auf. Aus der Beschreibung des biographischen Hintergrunds wird deutlich, daß Herr S. in seiner Jugend anspruchsvolle Pläne hatte, u.a. hat er in einer recht erfolgreichen Rockband gespielt. An diesem Punkt schaltet sich ein anderer Betreuer ein, der während der Beschreibung zunehmend nervös geworden ist. Er sei ja ebenfalls ein „alter Rocker“ und habe früher in einer Band gespielt. Die „Strat“ von Herrn S. sei offenbar wirklich eine Rarität, ob er da vielleicht mal mitkommen könnte? Es entspinnt sich nun ein lebhafter Austausch unter reger Beteiligung fast aller Teammitglieder darüber, mit welcher Musik man aufgewachsen ist. Es stellt sich heraus, daß auch eine Schlagzeugin anwesend ist.

Ich fördere das Gespräch durch interessiert Nachfragen und auch mit einer eigenen Jugenderinnerung. Schließlich mache ich die Teammitglieder auf die deutliche Stimmungsveränderung aufmerksam. Ich rege ich an, die Strat und all das, was sich mit ihr verbindet, als bisher versteckte Ressource nun mehr zu fördern, also mit Herrn S. zunächst darüber zu sprechen, um zu sehen, ob die Belebung auch ihn ergreift.

Kommentar: Die belebende Kraft von Kreativität wird am Verhalten und Erleber der Supervisorinnen deutlich. Dies gilt es nun auf die Betreuungsarbeit mit Herrn S. zu übertragen. Möglicherweise liegt hier ja auch ein Ansatz für weitere kreative Potentiale.

Beispiel 9.2: Eine Supervisorin in der ergotherapeutischen Praxis beschreibt eine junge Patientin, die keine Idee habe, was sie beruflich wolle. Auf meine Frage, in welcher Berufs-

tätigkeit sie selbst sich die Patientin vorstellen könne, weiß die Supervisandin auch nach längerem Überlegen nichts zu sagen. Auch ihre Kolleginnen scheinen ratlos. Ich setze dies nun als Fokus: Wie kann man Zugang zu Phantasien und Wünschen bekommen? Ich schlage eine Übung zur leiblichen Selbsterfahrung vor: Durch den Raum gehen, den Körper spüren, Befindlichkeiten und Bewegungsimpulse wahrnehmen, ihnen Raum geben. Sich einen Platz im Raum suchen, Gefühle und Gedanken wahrnehmen, Bilder, Erinnerungen, Assoziationen zulassen. Als wir wieder in der Runde sitzen, bitte ich die Supervisandinnen, sich mitzuteilen, auch wenn die Inhalte irrational erscheinen mögen.

Es kommt nun einiges in Gang: Kindheitserinnerungen, Bilder aus Film oder Fernsehen, Urlaubsphantasien, Träume, Körperempfindungen werden mitgeteilt. Ich mache die Supervisandinnen auf diesen Reichtum aufmerksam. Ob die Patientin wohl auch ein reiches psychisches Innenleben hat? Die Supervisandin sagt abschließend, sie sei nun richtig neugierig darauf, die Patientin mehr kennenzulernen.

Kommentar: Der Zugang zur Ko-kreativität öffnet sich über das gemeinsame leibliche Erleben. Eigenleibliches Spüren bringt „bottom up“ in Kontakt mit Befindlichkeiten, Gefühlen, Gedanken und Phantasien, - die wiederum „top down“ Gefühle und körperliche Resonanzen bewirken. So wird zum einen individuell etwas in Bewegung gebracht, durch das gemeinsame Tun und Erleben in der Zwischenleiblichkeit aber auch gemeinsam etwas ko-kreiert.

Beispiel 9.3: Frau W. beschreibt eine Klientin aus dem ambulant-betreuten Wohnen, die, nun in ihren Fünfzigern, seit vielen Jahren an einer chronischen Schizophrenie erkrankt ist. Die Klientin wirke stark verlangsamt, verlasse die Wohnung kaum und interessiere sich eigentlich nur noch für bestimmte Fernsehserien (Doku-Soaps), von denen ihr Tagesablauf bestimmt werde. Frau W. wirkt bei dieser Darstellung humorvoll-distanziert, ebenso verfügt wohl auch die Klientin Frau M. verfügt über einen bodenständig trockenen Humor. Es werden aber auch Gefühle von Bedauern und Mitgefühl spürbar. Wir explorieren gemeinsam Kontext und Kontinuum, dabei zeigen sich weitere Interessen: Frau M. hat früher gerne Handarbeiten gemacht und ist gerne ins Kino gegangen. Frau W. bemerkt, daß sie eigentlich auch gerne ins Kino geht, und daß es ein Stadtteil-Kino mit vergünstigtem Angebot für Geringverdiener gibt.

Wir vereinbaren, daß Frau W. diese kreativen Potentiale von Frau M. ausloten und fördern möchte. Dies soll in erster Linie Frau M. zugute kommen, aber auch Frau W. in ihrer Betreuungsarbeit, weil sie in eine empathischere, leichtere Stimmung kommt.

Kommentar: Hier wird deutlich, wie grundlegend Kreativität zum persönlichen Alltagsleben gehört, und wie sie durch psychische Erkrankung überdeckt bzw. eingeschränkt werden kann. Dann wird es erforderlich, die Aufmerksamkeit in der Betreuung gezielt darauf zu richten und nach kreativen Resten oder brachliegenden Potentialen zu suchen. Bei dieser Wiederbelebung gewinnt auch die Betreuungsarbeit wieder an Lebendigkeit und an Perspektiven.

10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven: Beschäftigung mit und Förderung von Zielen, Plänen, Visionen, denn „die Identität eines Menschen gründet nicht nur in der Vergangenheit, sie umfaßt auch seine Zukunftsentwürfe“ (Petzold 2003a, S. 1042) Psychische Krisen und Erkrankungen sind u.a. oft durch einen Zusammenbruch der Perspektiven bedingt, so daß Zukunftsängste ab- und Hoffnungen wieder aufgebaut werden müssen (ebd.).

Beispiel 10.1: In einer Supervisionssitzung von Wohnbetreuern ist die Stimmung bedrückt. Die BetreuerInnen sind durch „Umstrukturierungen“ beunruhigt, d.h. zwei Kollegen wurden versetzt, es ist fraglich, ob die Stellen neu besetzt werden. Wie soll man unter diesem „Damoklesschwert“ den Heimbewohnern noch Hoffnung vermitteln?

Wir explorieren die Situation gründlich und loten die Handlungsmöglichkeiten aus, die dem Team noch bleiben. Man kann der Vorgesetzten über die Lage informieren und desweiteren darauf achten, daß die Zukunftsängste nicht in Aggressivität und Bitterkeit im Umgang miteinander umschlägt, sondern daß man sich so gut wie möglich unterstützt, indem man gegenseitige Solidarität und Wertschätzung aufrechterhält. Ansonsten gilt es, sich kreativ anzupassen, also anstatt zu resignieren vielmehr danach zu suchen, wie man noch vorhandene Spielräume nutzen kann. „Eigentlich ist das ja so ziemlich genau das, was wir mit den Bewohnern versuchen, wenn sie durch die Erkrankung entmutigt sind.“

Kommentar: An diesem Beispiel sind Wirkungen auf mehreren Ebenen wahrzunehmen. Zunächst die Stimmung in der Supervision, die auch mich ergreift, dann auf der Institutionsebene, schließlich in der Betreuung im Wohnheim. Positiv gewendet heißt das, daß die Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven auf dieser Ebene sich auch auf den anderen auswirkt.

Beispiel 10.2: In der Teamsupervision des ambulant betreuten Wohnens schildert eine Betreuerin ihre Schwierigkeiten mit der Erstellung eines Hilfeplans. Ist die weitere Betreuung der Klientin nicht eher schädlich, weil sie die Abhängigkeit fördert? Das Leben der Klientin sei

ohnehin „wie eine Sackgasse“. Die Leiterin des Teams weist darauf hin, daß nicht zuletzt auch die Arbeitsstellen der Mitarbeiter davon abhängen, daß durch die Hilfepläne ein Betreuungsbedarf verdeutlicht wird.

Wir sprechen zunächst über die Ambivalenz der Betreuerin, einerseits ihrer Klientin bei der Erarbeitung einer Perspektive helfen zu wollen, andererseits aber, auch beeinflusst durch die chronisch schwere Depressivität der Klientin, eigentlich kaum noch Hoffnung für sie zu haben.

Dies wiederum betrifft auch die Institution insofern, als es allgemein in der Betreuungsarbeit darauf ankommt, zu nüchtern-realistischen Einschätzungen zu kommen, zugleich aber Zukunftsperspektiven zu entwickeln, die Fortsetzungen von Betreuungen den Kostenträgern gegenüber rechtfertigen.

Kommentar: Der Zusammenbruch von Zukunftsperspektiven durch psychische Erkrankung führt meist in die Abhängigkeit von Behandlungs- und Betreuungsinstitutionen. Diese haben die Aufgabe, wieder die Eigenständigkeit zu fördern, was zeitweilig als Widerspruch in sich erlebt werden kann: Abhängigkeit soll der Eigenständigkeit dienen. Nicht nur für Patientinnen und Klientinnen, auch für die Betreuerinnen ist diese Ambivalenz zu bewältigen, d.h. sowohl Halt als auch Hoffnung zu vermitteln.

Beispiel 10.3: „Wer Visionen hat, soll zum Arzt gehen“, mit diesem Zitat kommentiert ein Betreuer verlegen lachend seinen Bericht über die Hoffnungen und Wünsche einer Klientin, die davon träume, im reifen Alter von 47 Jahren doch noch Gärtnerin zu werden. Aus meiner Erfahrung in der beruflichen Rehabilitation weiß ich, daß so etwas nicht unmöglich ist, was aber der Betreuer kaum glauben mag. Immerhin läßt er sich darauf ein, gemeinsam mit den anderen Teammitgliedern die Sache zu besprechen und zu explorieren. Dabei wird allmählich deutlich, daß er, wie er selbst einräumt, immer sehr darauf achtet, bloß nicht für „abgehoben“ gehalten zu werden, vor allem nicht auf der Hilfeplankonferenz. Dort sei ihm das einmal von einer Psychologin vorgehalten worden, was ihn gekränkt habe. Wir überlegen nun gemeinsam, wie man die „Visionen“ der Klientin ernstnehmen und mit ihr besprechen, zugleich einen realistischen Plan für die Umsetzung machen könnte.

Kommentar: Bei der Betreuung stehen alle Beteiligten oft unter starkem Druck, unter dem dann Träume und Visionen als anrüchig gelten können, weil der Realitätsbezug, so wie bei psychischen Erkrankungen, als zu locker erscheint. Auch bei den Supervisionssitzungen empfinde ich

manchmal einen ziemlichen Druck, effektiv und rational zu sein. Gerade dann tut es gut, mich selbst und die Supervisanden daran zu erinnern, wie wichtig, und dann wiederum auch nützlich und effektiv, gemeinsames ko-kreatives Tagträumen und Phantasieren sein kann.

11.Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs: Persönliche Werte und Normen innerhalb sozialer Kontexte bilden in der Integrativen Therapie eine der „Fünf Säulen der Identität“, die es zu entwickeln und zu festigen gilt. Psychotherapie und Beratung an sich bedeutet immer auch Bewertung. Die „Bewertung der Werte“ (Petzold 2003, S. 1043) ist somit ein zentraler Punkt (ebd., S. 1042f.).

Beispiel 11.1: In der Teamsupervision im Wohnheim stellt Frau X. eine junge Klientin vor, der gegenüber sie auch mütterliche Gefühle hege. Offenbar ist ihr das peinlich, auch von Kolleginnen kommen wertende Äußerungen, die erkennen lassen, daß solche Gefühle nicht geschätzt werden. Ich stelle die Frage, warum das so ist? Als Antwort wird deutlich gemacht, daß so etwas „unprofessionell“ sei und zu wenig Distanz erkennen lasse. Ich mache darauf aufmerksam, daß hier offenbar eine Norm besteht, die man aber durchaus im Einzelfall hinterfragen kann. Ob es im Gegenteil in diesem Fall nicht vielleicht gerade auch heilend wirken könne, die Klientin zeitweilig emotional zu adoptieren?

Darauf folgt in der Runde nachdenkliches Schweigen, bei Frau X. aber erleichtertes Durchatmen und dann ein breites Lächeln. Das fände sie gut, schließlich sei sie auch erfahren genug und merke durchaus, wenn die Distanz verloren gehe. Wir vereinbaren, daß sie sich und der Klienten das gönnt, es zulassen will, um dann zu sehen, welche Wirkung es hat.

Kommentar: Gelegentlich mache ich in Supervisionen die Erfahrung, daß eigentlich nützliche Normen, wie hier die der Abgrenzung und der Professionalität, dann hinderlich werden, wenn sie den Blick auf die Phänomene zu sehr verstellen. In diesem Fall schien es mir sinnvoll, die Normen zu hinterfragen, damit die Supervisandin selber Erfahrungen mit dem mütterlichen Verhalten machen und sich mehr darauf konzentrieren kann, wie das auf ihre Klientin wirkt als darauf, wie das vom Team bewertet wird.

Beispiel 11.2: Herr Y. beklagt, daß er sich von einem Klienten ständig schlecht bewertet fühle, das merke er allein schon in dessen Blick. Er könne ihm eigentlich nie etwas recht machen.

Nachdem er sich anfangs besonders große Mühe mit der Betreuung gegeben habe, verliere er nun allmählich die Lust und denke oft: Soll er doch sehen, wie er klar kommt. Die Beschreibung in der Supervisionssitzung erbringt zunächst keine Entwicklung, ich bekomme ein Bild wie von zwei Häftlingen in einem engen Kellerloch, die nicht voneinander loskönnen, aber auch nichts voneinander halten.

Das teile ich mit und erhalte zustimmende Resonanz. Daraufhin schlage ich vor, die Szene nachzustellen. Zwei Supervisanden erklären sich dazu bereit, Herr Y. schaut es sich von außen an. Alle bleiben stumm, es entsteht eine eher beklemmende Atmosphäre.

In der Reflektion beschreibt Herr Y. einen zwiespältigen Eindruck: Einerseits hocken die da zusammen, und nichts hat irgendeinen Wert, sie ziehen sich gegenseitig immer weiter herunter. Andererseits wirken sie darin auch solidarisch, sie scheinen sich irgendwie zu mögen. Nach seinen Gefühlen befragt, überlegt er und äußert dann eine Erinnerung an seinen Vater, mit dem er auch früher so sprachlos, aber eigentlich voller Sehnsucht nach Anerkennung und Nähe zusammengeschockt habe. Mit dieser Erzählung hat sich die Atmosphäre gewandelt, es sind Gefühle von Wertschätzung aufgekommen.

Kommentar: Die Abwertung wird hier kaum über Worte, sondern über eher unterschwellig über Blicke und emotionale Atmosphären vermittelt. Durch die In-szenierung kann sie anschaulich gemacht werden, und es entsteht Raum für eine Um- bzw. Aufwertung.

Beispiel 11.3: Das Team von Wohnbetreuern beklagt den zunehmenden Druck durch die wachsende Anzahl von Bewohnern bei sinkendem Personalbestand. Einem der Betreuer macht insbesondere zu schaffen, daß er seine Werte in der Betreuungsarbeit „eigentlich im Stich lassen“ müsse. Um Erläuterung gebeten, nennt er, daß ihm v.a. immer wichtig gewesen sei, sich die nötige Zeit zu nehmen, um auf die Bewohner eingehen, aber auch, um sich mit Kollegen austauschen zu können. Wenn das nicht mehr ginge, könnte man genauso gut Roboter einsetzen, meint er.

Im weiteren Verlauf rege ich ko-kreativen Austausch an, also genau das, was der Betreuer vermisst. Im Gespräch geht es dann darum, wie man sich noch vorhandene Gestaltungsräume erhalten und neue erschließen kann. Das Gefühl der Entfremdung von sich selbst und den eigenen Werten läßt dadurch bei den Supervisanden nach.

Kommentar: Werte und Entfremdung kommen hier in einen engen Zusammenhang, die eigenen Werte „im Stich lassen“ wird als Entfremdung von sich selbst erlebt, bis hin zum roboterhaften Funktionieren. Auch der Zusammenhang zwischen Gefühlen von Wirkmächtigkeit und Selbstwert wird deutlich.

12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens: Das Persönlichkeitsmodell der Integrativen Therapie unterscheidet die Grundstrukturen *Selbst*, *Ich* und *Identität*. Aus dem *Leib-Selbst* entwickelt sich *Identität* (mit den fünf „Identitätssäulen“: Leib; soziales Netzwerk; Arbeit, Leistung und Freizeit; materielle Sicherheit; Werte und Normen) indem das *Ich*, das als „Selbst-in-actu“ definiert wird, Fremd- und Selbstzuschreibungen (Attributionen) verinnerlicht bzw. zur Identität synthetisiert. In der Therapie gilt es, negative Attributionen, Bewertungen und Internalisierungen zu erkennen, abzubauen bzw. positiv zu verändern (*Petzold* 2003a, 1043 f.).

Beispiel 12.1: Herr Z. beschreibt in der Teamsupervision eine Klientin, an der „eigentlich alles schwammig“ sei, nicht nur der Körper, auch die ganze Lebenssituation sei völlig unklar. Er werde überhaupt nicht schlau aus ihr, weder sei klar, was sie von ihm als Betreuer brauche und wolle, noch habe er das Gefühl, sie verstehen zu können.

Während Herr Z. spricht, nehme ich eine Wiederholung der von ihm beschriebenen Diffusität wahr: Die Teammitglieder wirken ratlos, müde oder gelangweilt, keiner scheint recht zu verstehen, was Herr M. eigentlich meint, oder was sein Anliegen ist.

In der weiteren Exploration wird dieses Phänomen allmählich verständlicher. Die Klientin hatte offenbar traumatische Erfahrungen von Übergriffigkeit in Kindheit und Jugend, offenbar konnte sie nie ein Gefühl von Selbstsicherheit gewinnen. Das schwammige Gefühl, wie vernebelt zu werden, verstehen wir in der Supervisionsrunde gemeinsam als Ausdruck einer Angst, sich überhaupt jemandem zu zeigen, geschweige denn Herrn Z., der sie als Betreuer erst wenige Wochen kennt.

Kommentar: Dies ist ein gutes Beispiel dafür, wie Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie sich in der Praxis verbinden, d.h. die Schädigungen in Kindheit und Jugend der Klientin erklären das aktuelle Kontaktverhalten der Klientin. Dies hilft dem Betreuer, seine eigenen emotionalen

Resonanzen von Ärger und Ungeduld einzuordnen, d.h. also auch sich selbst besser zu verstehen, um handlungs- bzw. betreuungsfähig zu sein.

Beispiel 12.2: In der Teamsupervision der ergotherapeutischen Praxis wird eine Patientin mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgestellt. Die Ergotherapeutinnen empfinden den Kontakt zur Patientin als schwierig, denn „die macht einfach was sie will“.

Versuche der Zurechtweisung würden von der Patientin abgeschmettert mit dem Hinweis, sie sei „eben Borderlinerin“, so als sei „die da auch noch stolz drauf“, wie eine Supervisandin meint.

Es wird deutlich, daß die Patientin aufgrund dauerhafter traumatischer Erfahrungen ansonsten kaum Identität entwickeln konnte, die Säulen der Identität sind schwach ausgebildet. Allmählich entsteht im Supervisionsgespräch der Eindruck, als sei „Borderline“ immerhin so etwas wie Identität für die Patientin, denn „außer ihr Borderline hat die ja eigentlich kaum was im Leben“.

Kommentar: Paradoxerweise wird hier die psychische Erkrankung, durch die sich keine stabile Identität entwickeln konnte, zur Identifikationsmöglichkeit. „Etikettierungen“ durch Diagnosen wie „chronisch schizophren“ oder „persönlichkeitsgestört“ können im Sinne einer Stigmatisierung wirken, oft bleibt dann aber die Frage: Wer war und bin ich eigentlich abgesehen von meiner Erkrankung?

In der Supervision finde ich es normalerweise wichtig, übertriebenen Pathologisierungen entgegenzuwirken. In diesem Fall ging es darum, wie die Supervisandinnen damit umgehen können, daß die Patient ihre Diagnose dazwischen stellt und so als Mensch kaum zugänglich ist.

Beispiel 12.3: In der Supervision eines arbeitstherapeutischen Teams wird deutlich, daß das Team sich als „Siphon“ der Gesamt-Institution sieht, „alles landet irgendwann bei uns, und wir sollen dann sehen, ob noch was zu machen ist mit den Leuten.“ Es besteht die Ambivalenz, daß man einerseits stolz darauf ist, „letztlich jeden“ zu nehmen und einen besonders guten Teamzusammenhalt zu haben. Andererseits fühlt man sich benutzt und „irgendwie nicht ganz so wertvoll wie die anderen“. Daher fürchtet man, nicht respektvoll behandelt zu werden.

Wir besprechen zunächst die Geschichte des Teams in der Institution, wobei sich zeigt, daß es nicht immer so war. Früher war der Austausch mit den anderen Abteilungen „mehr auf Augenhöhe“, man war weniger für sich. Es wächst nun der Wunsch, wieder mehr gesehen zu werden und sich mehr als Teil des Ganzen fühlen zu können.

Kommentar: Hier geht es um die Identität als Team, die, wie in der individuellen Entwicklung, sich durch Fremd- und Selbstattributionen entwickelt hat und erhält. Das Team spürt, daß es sich verändern möchte, dazu ist erst einmal die Beschreibung und Klärung dieser Identitäts-Zuschreibungen erforderlich.

13.Förderung tragfähiger, sozialer Netzwerke: Angehörige, Freundinnen und Freunde, Kollegen, Eltern oder Kinder sind von großer Bedeutung für das seelische Wohlbefinden und bei Störungen bzw. Erkrankungen. Aufbau und Stabilisierung eines supportiven Netzwerkes haben einen entsprechenden Stellenwert in der Integrativen Therapie. Eine individuelle Therapie wirkt nicht nur auf die Person selber, sondern auch auf das Netzwerk ein und wird von diesem beeinflusst (*Petzold 2003a, 1044 f.*).

Beispiel 13.1: Frau Aa. stellt eine Klientin vor, die sie ambulant betreut. Sorgfältig und ausführlich beschreibt sie den Kontakt mit der Klientin und das Verhalten der Klientin ihr gegenüber. Es entsteht ein Bild von großer Nähe und bei mir zunehmend der Eindruck von Unvollständigkeit. Schließlich frage ich: Wie lebt sie denn sonst so? Diese Frage erstaunt Frau Aa., sie merkt, daß sie kaum etwas dazu weiß. Als Hintergrund erfahre ich, daß Frau Aa. gerade mit der Betreuungsarbeit begonnen hat, um sich damit während ihrer Psychotherapie-Ausbildung zu finanzieren. Sie ist sich vor allem an individuellen Aspekten, wie Symptomen, Kontaktverhalten, Biographie und dergleichen, interessiert sowie daran, wie sie psychotherapeutisch bei der Klientin intervenieren könnte.

Mit Hilfe der anderen Supervisanden, die die Klientin auch kennen und zum Teil mitbetreuen, beginnen wir, die Beschreibung zu erweitern und zu ergänzen. Es ergibt sich ein neues Bild, in dem vielfältige, aber zumeist hochbelastete Beziehungen eine große Rolle spielen. Damit verlagert sich der Schwerpunkt der Betreuungsarbeit, indem er nun mehr darauf liegen soll, wie die Klientin zwischen schädigenden und stützenden Kontakten unterscheiden, und ihr Netzwerk dementsprechend verändert werden kann.

Kommentar: An diesem Beispiel wird die grundsätzlich Bedeutung der Beachtung von Kontext und Netzwerken deutlich, gerade wenn, wie hier, das Individuelle überbetont wurde.

Beispiel 13.2: Herr Bb. stellt einen Betreuungsklienten vor, der seit langem an einer chronischen Schizophrenie erkrankt ist. Betätigungen und Kontakte sind stark eingeschränkt, die einzige beständige Bezugsperson scheint ein Kioskbesitzer zu sein, bei dem der Klient vormittags einen Kaffee trinkt und sich unterhält, was sich meistens bis mittags hinzieht.

Der Betreuer möchte nun das Netzwerk erweitern, hat aber den Eindruck, auf einen „unsichtbaren Widerstand“ zu stossen, den er sich nicht erklären kann. Denn zunächst hat der Klient zugestimmt und selber darüber geklagt, wie wenig Kontakte er habe.

Im weiteren Verlauf wird deutlich, daß der Klient eine einfache, seit langem festgelegte Tagesstruktur einhält, die auf den Betreuer „etwas trostlos“ wirkt, aber offenbar Sicherheit gibt. Der Kioskbesitzer und die täglich in der gleichen Reihenfolge einkehrenden Kunden sind für ihn einerseits vertraut, andererseits nicht zu nah.

Der Betreuer hat bisher zudem übersehen, daß er selber nun auch zum Netzwerk gehört. Auf Nachfrage fällt ihm nun auf, wie sehr sich der Klient über seine Besuche freut.

Wie verbleiben so, daß der Betreuer seinen Anspruchsdruck auf sich selbst und auf den Klienten senken möchte. Unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes sind wohlwollende Angebote und Vorschläge für Gruppenaktivitäten u.ä. angezeigt, aber ansonsten gilt es, zu akzeptieren, daß der Klient sich durchaus ein funktionierendes kleines Netzwerk geschaffen hat, auch wenn das bisher nicht den Ansprüchen des Betreuers gerecht wurde.

Kommentar: Bei der Frage nach Kontakten bzw. sozialen Netzwerken mache ich gelegentlich die Erfahrung, daß Betreuer ihre KlientInnen zu etwas bringen wollen, was sie selbst gerne hätten und daher meinen, daß es allgemein gesund und erstrebenswert sei. Es ist dann wichtig, zunächst einmal sorgfältig zu explorieren, wie die Betreute lebt, und ob Vorstellungen und Ansprüche des Betreuers passend sind.

Beispiel 13.3: Herr Bb. „wurstele so herum“, meint er, mit einem Klienten, und das seit Jahren. Der Prozess sei „irgendwie eingeschlafen“, es gehe nicht recht weiter. Herr X. neige dazu, sich zurück-zuziehen, sei passiv gebe alle Verantwortung ab. Bei der weiteren Exploration wird deutlich, daß die Lebenssituation des Klienten zwar reduziert wirkt, d.h. er hat wenige Kontakte und kaum Aktivitäten, aber der Überblick zeigt für den Betreuer doch überraschend mehr an Bezugspersonen, als er zuletzt im Blick hatte. Herr Bb. kommt es so vor, als habe sich seine

Wahrnehmung auf die Lebenssituation von Herrn X. in den Jahren der Betreuung allmählich immer weiter eingeengt.

So zeigt sich, daß Herr X. einen Bruder und eine Schwester in der Nähe hat, und auch die Eltern sind gut erreichbar. Es bestehen Kontakte zu Nachbarn und ehemaligen Mitpatienten aus der Klinik, Herr X. besucht zudem wöchentlich das Sozialpsychiatrische Zentrum.

Im supervisorischen Gespräch entstehen Phantasien, „die mal zusammenzubringen“, z.B. am Geburtstag von Herrn X. Die Atmosphäre verändert sich, Herr Bb. wirkt belebt und nimmt sich vor, gemeinsam mit Herrn X. dessen soziales Netzwerk mehr kennenzulernen und zu beleben.

Kommentar: Im Sprechen darüber eröffnet sich allmählich der Blick auf das soziale Netzwerk. Das ko-kreative Refektieren und Phantasieren über tatsächliche und mögliche Kontakte wirkt aktivierend. In den folgenden Supervisionssitzungen berichtet Herr Bb., er habe die Belegung aus der Supervisionssitzung in den Kontakt mit Herrn X. übertragen. Herr X. beginne, Kontaktwünsche zu äußern und sei sogar schon einmal mit in die Kreativ-Gruppe gekommen.

14. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen: „Engagiertes Eintreten“ (Petzold, H.G. 2003a, S. 1045) für den anderen und Solidarität spielen insbesondere in Therapie- und Selbsthilfegruppen eine entscheidende Rolle. Oft hat es gerade an diesen Punkten gefehlt, wenn Menschen erkrankt sind (ebd.).

Beispiel 14.1: Frau Cc. schildert, wie wütend es sie mache, daß die Finanzierung der weiteren Betreuung einer ihrer Klientinnen nicht gesichert sei, bei eigentlich unverändert hohem Bedarf. Aber sie habe eigentlich schon resigniert. Schließlich dürfe sie sich ja auch nicht allzusehr für die Klientin einsetzen, sondern müsse „professionelle Distanz“ halten.

Dies stelle ich im Supervisionsgespräch in Frage. Es wird deutlich, daß es auf mehreren Ebenen an gezeigter bzw. praktizierter Solidarität mangelt. Nicht nur scheut sich Frau Cc., für ihre Klientin so engagiert einzutreten, wie es ihrem Empfinden entspricht, auch stelle ich in der Teamsupervision eine kühle Zurückhaltung der anderen Supervisandinnen ihrer Kollegin gegenüber fest.

Im weiteren Gespräch zeigt sich, daß man hier meint, daß entschiedener Einsatz „irgendwie zuviel des Guten“ sein könnte. Man will den Eindruck vermeiden, „auf dem Helfer-Trip“ zu sein und sich „nicht abgrenzen“ zu können.

Kommentar: Diese Art von Zurückhaltung bis hin zur Ablehnung begegnet mir immer wieder einmal in Supervisionssitzungen. Als sei der tatkräftige, auch emotional engagierte Einsatz für den Klienten etwas Unprofessionelles. Die Supervisanden reagieren manchmal zunächst etwas erstaunt, dann aber auch erleichtert, wenn ich vertrete, wie wichtig und nützlich solidarisches Engagement ist.

Beispiel 14.2: Herr Dd. beschreibt sich zuspitzende Beziehungsprobleme mit einem Heimbewohner, der immer mehr fordere, „ein Fass ohne Boden“. Herr X. werfe ihm vor, ihn nicht hinreichend zu unterstützen, kein Herz für ihn zu haben u.ä. Wir explorieren die Situation von Herrn X. weiter in der Teamsupervision, dabei wird deutlich, daß die Dynamik nicht allein mit seiner „kindlichen Bedürftigkeit“, wie Herr Dd. es anfangs ausdrückte, zu tun hat, sondern offenbar auch mit Herrn Dd. selbst. Er vertritt nämlich die Auffassung, man dürfe die Bewohner keinesfalls schonen, das mache sie nur noch abhängiger bzw. verhindere die Entwicklung von Eigenständigkeit.

Im Verlauf des Gesprächs verdichtet sich der Eindruck, daß Herr Dd. es damit offenbar übertreibt und nicht nur Herrn X. gegen sich aufbringt, indem er Rückhalt und Unterstützung verweigert und „das Problem“ stattdessen an die Bewohner zurückgibt. Es kommt damit Herr Dd. selbst mehr in den Blick, seine Härte sich selbst und anderen gegenüber.

Kommentar: Beim Ermöglichen von Solidaritätserfahrung geht es also darum, tatkräftigen Rückhalt zu geben, gerade um Erfahrungen von Selbstwirksamkeit und Weiterentwicklung zu ermöglichen. Dazu kann auch manchmal Schonung gehören. Das muß unterschieden werden zur Bevormundung, die dem Anderen wenig zutraut und seine Handlungsmöglichkeiten vorwegnimmt.

Beispiel 14.3: In der Supervision der Wohnbetreuer berichten die Teammitglieder, daß eine Bewohnerin einen Herzinfarkt erlitten habe und auf der Intensivstation liege. Eine Kollegin war allein im Dienst, habe sich richtig verhalten, d.h. versucht, zu reanimieren und den Krankenwagen gerufen. Sie habe sich also nichts vorzuwerfen, sei aber „völlig fertig“ und erst einmal krankgeschrieben. Die anderen Heimbewohner waren Zeugen des Vorfalles und machen sich nun Gedanken und Sorgen um die Mitbewohnerin und die Betreuerin. Sie fragen oft danach, ob sie etwas tun oder beitragen können.

Im Supervisionsgespräch geht es darum, wie auf beiden Ebenen, d.h. von Bewohnerinnen und von Betreuerinnen, Mitgefühl und Solidarität angemessen ausgedrückt werden können. Man entscheidet schließlich, eine Hausversammlung einzuberufen, auf der alle die Möglichkeit haben, sich zu äußern und gemeinsam Kontaktmöglichkeiten zu erwägen. Im Betreuungsteam will man ebenfalls mit der Kollegin telefonisch Kontakt aufzunehmen und sie zu entlasten und weitere Hilfe anzubieten.

Kommentar: Hier geht es um konkrete mitmenschliche Hilfe. Die Supervisionssitzung dient dazu, dem altruistischen Bedürfnis Raum zu geben und Umsetzung zu ermöglichen. Schädlich für Heimbewohner und Betreuer würde m.E. eher wirken, wenn keine Wege gefunden würden, sich unterstützend zu betätigen. Es ist heilsam, Solidarität zu erfahren, aber auch, sie geben zu können.

Zusammenfassung: Die vierzehn Heil- und Wirkfaktoren des Integrativen Ansatzes in der Supervision

In dieser Arbeit wird anhand von Beispielen dargestellt, wie die von H.G. Petzold und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern herausgearbeiteten vierzehn Heil- und Wirkfaktoren der „Integrativen Therapie“ in der Supervision zur Anwendung kommen können. Die vorgestellten Beispiele entstammen Supervisionssitzungen, ausgewählt wurden insbesondere kurze, konkret anschauliche Situationen. Die spezifischen Wirkweisen der einzelnen Faktoren werden anhand von jeweils drei Beispielen prägnant und erlebensnah dargestellt und anschliessend kurz kommentiert, um zu verdeutlichen, was innerhalb der jeweiligen Situation gewirkt hat.

Schlüsselwörter: Integrativer Ansatz, Integrative Supervision, 14 Heil- und Wirkfaktoren, Wirkweisen, Supervisionssitzungen

Summary: The fourteen healing-factors of the Integrative Approach in Supervision

This paper shows how the fourteen healing-factors of the “Integrative Therapy”, which has been worked out by H.G. Petzold and his co-workers, can be applied in the field supervision. Examples have been taken from supervision sessions, there have been chosen especially short and concrete situations. The specific effects of each factor have been taken from three direct, but concise examples, and, in closing, are briefly commented to make clear what actually worked in the respective situations.

Keywords: Integrative Approach, Integrative Supervision, 14 Healing Factors, Effects, Supervision sessions

Literatur

Ebert, W., Könnicke-Ebert, B. (2004): Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken. In: Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (Hrsg.) (2004): Integrative Sucht-Therapie – Theorien, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Holloway, E.L., (1995): Clinical supervision: a systems approach, Sage Publications Thousand Oaks

Leitner, A. (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien, NewYork: Springer.

Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie – Modelle, Theorien und Methoden einer schulen-übergreifenden Psychotherapie. 3 Bde. 2. Überarb. u. erw. Aufl. von (1992a). Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1998, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage 2007): „Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis“. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften