

Ist Supervision konzeptabhängig?

Gedanken zur (Fall-)Supervision im Ericksonschen Stil

Von Anne M. Lang

Historisch gesehen kommt der Begriff von Supervision von einem tiefenpsychologischen Therapiemodell mit entsprechendem Störungs- und Behandlungskonzept. Hier geht es in der Supervision darum, die als „Behandlungsinstrument“ angesehene therapeutische Beziehung hinsichtlich der Gegenübertragung zu überprüfen und blinde Flecken zu enthüllen.

PatientInnen und TherapeutInnen sollen durch Assoziationen und Interpretationen der KollegInnen besser verstehbar werden. So wurde sie neben der Einzellehrsupervision auch als Gruppensupervision wie z.B. in der Balintgruppe entwickelt. Klassischerweise ist daher tiefenpsychologische Supervision verbunden mit dem Sammeln von Assoziationen, Interpretationen und Empfindungen zu einer nur seitens der Therapeutin vorgetragenen Fallgeschichte.

Demgegenüber arbeitet konstruktivistisch systemische (Fall-)Supervision im Ericksonschen Sinne mit grundsätzlich anderen Inputs. Dieser Artikel stellt Supervisionsüberlegungen im Ericksonschen Stil dar.

Eine spezifisch Ericksonsche Vorgehensweise geht nicht von einem tiefenpsychologischen Modell aus, sondern ist eher in der Nähe eines konstruktivistischen Verständnisses angesiedelt. Wenn Supervision konsistent zu den dahinterliegenden Modellen von Veränderung ist, dann hat Supervision hier andere Aufgaben. Zunächst heißt konstruktivistisch, dass es immer um das Anstoßen individueller Selbstorganisation des Klienten geht. **Nur dieser entscheidet also, ob eine noch so gut gemeinte Intervention wirkt oder nicht.** Die Klientin wird also zur alleinigen Entscheiderin, nicht die Theorie.

Aus der Relativität von Wirklichkeitskonstruktionen leitet sich hier ab, dass der spezifische Fokus auf anderen Möglichkeiten liegt als der vom Klienten mitgebrachten Problemtrance oder Pathologieperspektive. Wenn wir ohnehin Wirklichkeit unzureichend reduzieren müssen, dann wird hier daran gearbeitet wie andere Beobachtungsausschnitte wieder Störungsausnahmen erfassen, vorsichtige Veränderungsversuche verstärken, Möglichkeiten erweitern und so andere Wirklichkeit entstehen lassen. Darüber hinaus hinterfragt konstruktivistisches Vorgehen die Wirklichkeitserfindung durch Sprache und Kommunikation, also Phänomene wie selbsterfüllenden Suggestionen und zirkulären Phänomene. Es geht darum, welche Implikationen durch Fragen, Aufgaben und Interventionen entstehen, da hierbei immer implizite Vorannahmen transportiert werden. Dies vor allem, wenn KlientInnen selbst bereits mit eingeeingter Problemtrance kommen und einen Sog in diese Richtung suggerieren.

Zu Ericksons Arbeit gehört als besonderes Spezifikum, die Utilisation. Sie ist zugleich Haltung und Tool und verkörpert ein konstruktivistisches Prinzip. Es geht dabei um die Aufhebung fester Interpretationen und um die Verwendung jeder Kommunikation als Ressource. Sie benötigt eine hohe Flexibilität, die die verschiedensten Aspekte eines Phänomens, seine Vorteile erfasst und zur Wirkung bringt.

Was heißt das für die Aufgabe der Supervision bei konstruktivistischem Vorgehen bzw. Vorgehen nach M. Erickson :

- 1. Die Supervision mit den KlientInnen in der Stunde selbst**
- 2. Die Supervision in der KollegInnenrunde**

1. Die Supervision mit den KlientInnen in der Stunde selbst

Die Konsequenz ist, dass Supervision in erster Linie zusammen mit den KlientInnen selbst in der Sitzung erfolgt, da diese allein sich selbst und der Therapeutin Auskunft darüber geben können, was sie weiterbringt oder nicht. Dies immer wieder- vor allem wenn der Prozess stagniert. Jeder Mensch ist so als Einzelfall zu betrachten - ganz im Sinne M. Ericksons. Dies entspricht auch der systemischen Methode des „Reflektierenden Teams“, bei der in Anwesenheit des Klienten das Therapeutinnenteam öffentlich reflektiert, um danach wiederum das Klientenfeedback dazu zu bekommen. Fragen dazu: Läuft die Entwicklung in

ihren Augen so, dass Sie ihr Ziel erreichen? Was könnten wir dafür noch verbessern? Was können wir tun um die Therapie zu behindern oder effektiv machen?

- **Das heißt auch, dass „Konstrukte“ mit dem Klienten zusammen zu überprüfen sind:** Was heißt für Sie, Sie sind therapiebedürftig? Es ist auch die Wirksamkeit von Ankern als günstige Konstrukte abzuklären: Was hilft Ihnen, das zu bewahren?

- **In einer konstruktivistischen Vorgehensweise werden die Auswirkungen von Aufmerksamkeitsfokussierung** mit dem Klienten zusammen reflektiert. Verfestigende „Schubladen“ und „zementierende“ Selbstzuschreibungen sind durch Ausnahmenperspektiven aufzuweichen. Andererseits werden Ziele, Zukunft, Ressourcen, Anker als günstige Konstrukte aus diffusen Vorstellungen herausgearbeitet, was ebenfalls wirklichkeitsschaffende Auswirkung hat. Wir fragen: Wozu verhelfen oder was verhindern bestimmte Zuschreibungen, was schließen sie aus, was ist die Konsequenz bestimmter möglicher Sichtweisen? Es zeigt sich, dass viele therapeutische und psychologische Konstrukte eher davon abhalten, kreative Ideen jenseits der Grenzen psychischer Krankheitsdiagnostik oder Verfahrenstechnik zu erfinden und das berühmte „Nicht(schon)wissen“ zu praktizieren. Letzteres fordert den Klienten besonders auf, seinen Zustand erklärend zu erkunden.

- **Wie werden vorhandene und entstehende Ressourcen fokussiert?**

Ein wichtiger Aspekt ist, wie die Therapeutin die - erst durch ihre Beachtung oder Fokussierung entstehenden - Ressourcen (er)findet. Wenn wir von komplexer Wirklichkeit ausgehen, gibt es immer noch weitere Möglichkeiten, etwas zu sehen oder zu erleben. Ressourcen werden auch gerade durch ihre therapeutische „Unterstellung“ zu Tage befördert, durch innere Klärungs- und Suchprozesse. Auch wenn dies der beharrlichen therapeutischen Nachfrage bedarf; ungefragt und nicht fokussiert können sie für einen problemorientierten Patienten schnell untergehen. Was hat sich in der Zwischenzeit an Entwicklung getan? Was haben Sie neben der Therapie noch für ihre Entwicklung nutzen können? Wie haben Sie die Themen der letzten Stunde verwertet? Wie werden sie die heutige Erfahrung der Stunde oder der Aufgabe nutzen?

- **Wie werden die Erklärungsversuche von KlientInnen für Störungen und Veränderungen aufgegriffen und verändert?**

Hier geht es um die Glaubensannahmen des Klienten und deren Implikationen und wie diese den therapeutischen Prozess beeinflussen. Wie wirkt es sich aus, dass Sie z.B. denken, eine Veränderung dauert so lange wie die Störung selbst bestand? Wie wirkt sich z.B. die Erklärung Ihrer Situation auf Ihr Befinden oder Ihre Veränderungsmotivation aus?

- **Wie wird – wieder mit dem Klienten- der Einfluss des Kontextes hinterfragt?**

Der Kontext der Psychotherapie bestimmt als Rahmenbedingung den Verlauf der Therapie. In welchem Kontext findet die Therapie statt? Was wird damit verbunden? Unter welchen Bedingungen der Überweisung und Erwartung ist sie zustande gekommen?

- **Was ist der Einsatz des Klienten?**

Wie sieht die Motivation aus? Wie die Zuversicht der Klientin? Welche Erwartungen, Befürchtungen, direkte oder indirekte Einwirkungen bestehen von allen beteiligten Seiten?

- **Wie ist die Ziel- und Auftragsklärung?**

Arbeiten wir mit der inneren Selbstorganisation eines Menschen d.h. mit einem Begriff der Verantwortlichkeit für die eigene Wirklichkeit, so führt das dazu, dem Klienten eine ausführliche Befragung zur Ziel- und Auftragsklärung „abzufordern“. Natürlich kommen Patienten in einem Problemzustand, der gerade dadurch gekennzeichnet ist, dass er ohne eigene Eingreifmöglichkeit erlebt wird. Hier in einer Problemtrance kann die Zielklärung nicht sofort gelingen. Die als Therapie-Interventionen zu verstehende Zielfrage betrifft eine zentrale Stelle der Patientensituation. Die Frage nach den Zielen zu stellen, impliziert die Suggestion, den Klienten wieder zur Antwort fähig zu halten! Dieser bedarf zur Antwort seiner (auch noch) existierenden eigenständigen Seite. Diese Frage zu stellen heißt in den meisten Fällen, noch nicht direkt eine Antwort bekommen zu können, aber einen Fokus zu setzen, der weiterwirkt. Wenn dieses erste Aussteigen in eine andere Möglichkeit zunächst in der Vorstellung vollzogen wird, profitieren gerade chronifizierte PatientInnen. Im ganzen weiteren Verlauf bleibt die Klärung und Diskussion von Ziel, Auftrag, Hindernissen und Ambivalenzen als Intervention jede Sitzung präsent. So wird der entstehende Prozess aus

der Beobachterperspektive mitlaufend supervidiert. Wie sieht der Prozess aus der Perspektive der Klientin aus? Was kann sie machen, dass es hakt oder weitergeht? Welche Nachteile hat eine Veränderung, auch wenn sie noch so sehr gewünscht ist?

- Es geht auch um die systemische **Reflektion des Therapiesystems**, zu dem neben Therapeutin und Klienten auch Mitbehandlerin, Bezugsperson usw. gehören. Ein Symptom bildet um sich herum ein Behandlungssystem aus, das dann den weiteren Prozess mitprägt. Was kann der Therapeut machen, um das System in dieser spezifischen Weise ohne Veränderung aufrechtzuerhalten? Wie tragen u. U. unterschiedliche MitbehandlerInnen zur Systemdynamik bei, z.B. bei der Behandlung von Psychosomatik? Wie relevante Bezugspersonen, die gerade bei chronifizierten Symptomen die Veränderungsdynamik beeinflussen?

Alle diese Supervisionsfragen gehören in die Therapie selbst und sind mit den KlientInnen selbst zu reflektieren.

2. Was kann dann über diese Supervision mit den Klientinnen die in der KollegInnenrunde bieten?

- **Hier geht es um das Erlangen größerer Flexibilität im Vorgehen**

Das betrifft z.B.: verschiedene Tranceinduktions- und Interventionsmethoden und deren flexible Anwendung je nach Klient, je nach Ziel, je nach Symptom; das Einrichten einer Konversationstrance durch Aufmerksamkeitsfokussierung und konsequente Ressourcenarbeit.

- **Es gilt auch zu reflektieren, wie die Rahmenbedingungen der eigenen Therapie bestimmte Effekte hervorbringen.**

Geht man davon aus, dass Erickson in der Regel kurz arbeitete und nicht im Kontext des deutschen Gesundheitswesens, dann umging er viele Therapieeffekte wie z.B. sich bedingende Rollen von Abhängigkeiten- also aktiver Behandler- passiver Patient, Standardmanuale, vorherrschende Diagnosebestimmtheit. Erickson arbeitete nicht mit Gutachterwesen und Pathologiereduzierung, er hatte durch sein Renommee eine starke Bühne und unorthodoxes Arbeiten und Hypnose waren sein Markenzeichen. Fragen hierzu könnten sein: Wie kann eine Krankheitsdiagnose wie z.B. „Borderline“ wieder in Beschreibungen von Tun überführt werden? Wie reduziert diese Diagnose Wirklichkeit und prägt mein Vorgehen? Angenommen die Klientin (und die Therapeutin) würde nicht die Diagnose „Borderline“ gebrauchen, wie würde sie sich dann anders beschreiben? Welche anderen Fokussierungen tauchten auf? Angenommen es geht um eine Zielklärung als Gegenpool zur Krankheitsdiagnose- was käme dann anderes in den Aufmerksamkeitsfokus? Gerade breites therapeutisches „Störungswissen und Behandlungswissen“ können auch gefangen machen. Hier kann eine unorthodoxe Ericksonsche Supervision befreiend wirken und die Leichtigkeit der Ressourcenarbeit wieder einbringen.

- **Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Reflektion der Erklärungen/ Glaubensannahmen für Störungen seitens der BehandlerInnen.**

Was hält die Therapeutin selbst für wichtig und ausschlaggebend um Veränderungen zu erreichen? Wie kommen die Veränderungen ihrer Meinung nach zustande? Was denkt sie über den speziellen Klienten, über seine Veränderungsfähigkeiten und Ressourcen?

- **Die Person der Therapeutin ist als Person selbst eine äußerst wichtige Suggestion.** Wie drückt Sie implizit eine Ressourcenhaltung aus und die Annahme, dass es immer noch Ressourcen gibt? Mit welchen Interventionen, Fragen und Aufgaben? Wie bringt sie die Wirkfaktorenvariable „Zuversicht“ in den Prozess? Und kann sie das aufgrund ihrer eigenen persönlichen Erfahrungen? Ressourcenorientierung und unorthodoxes Vorgehen erfordern Mut und je stimmiger sie praktiziert werden, desto mehr bewirken sie.

- **Die KollegInnenrunde kann als kreativer Pool für Metaphern und Geschichten, für Reframen zur Fallgeschichte dienen. Es ist sinnvoll sie den KlientInnen gegenüber offen zu legen.**

In Anbetracht dessen, dass wir nicht die Perspektive der Klientin in der Kolleginnensupervision zur Verfügung haben, kann nur unsere Kreativität im Austausch angeregt werden. Es bleibt aber zu betonen, dass letztendlich die Klientin über die Bedeutsamkeit einer Intervention entscheidet. So ist es sinnvoll, das eigene

Supervisionsergebnis offenzulegen und von den Ideen der KollegInnen zu erzählen: Als ich mit KollegInnen darüber redete, welche Geschichte diesen zu ihrer Situation einfiel, bekam ich folgende Anregungen.....oder: als ich diese Geschichte meinen KollegInnen erzählte, erzählte eine Kollegin einen ähnlichen Fall, der so gelöst wurde.....

- **Ein weiterer wichtiger Punkt wäre die Stärkung der eigenen therapeutischen Wirksamkeit:**

Dazu können Fragen zum Selbstcoaching helfen: Angenommen ich hielte mich für eine wirksame Therapeutin, was würde ich dann wie machen? Gibt es Situationen in denen mehr therapeutische Sicherheit gut wäre, andere wo sie weniger gut wäre? Was bräuchte ich an flexiblem Rollenverhalten z.B. zur Hypnosearbeit? Wo sind meine besonderen Stärken?

Fazit: Supervision ist nicht gleich Supervision!

Die in der Supervision genutzten Methoden sind immer kongruent zum dahinter liegenden Modell der Veränderung. Supervision im Ericksonsches Vorgehen heißt unorthodox wie er war, selbst auch unsere herkömmlichen eigenen und professionellen Supervisionsmodelle zu hinterfragen. Es heißt weniger mit festen Modellen und Theorien als mit der Selbstorganisation der KlientInnen zu arbeiten. Dies hinsichtlich des Ericksonschen Geistes von Ressourcenorientierung, Utilisation und unorthodoxer Kreativität.

- Anne M. Lang
- Milton Erickson Institut/ M.E.G. Bonn
- Institut Systeme Anne M. Lang, Partner
- www.institut-systeme.de
- Email: Anne M. Lang@t-online.de