



**Deutscher Fachverband für
Verhaltenstherapie e.V.**

Verhaltenstherapeutische Supervision in der Aus- und Weiterbildung

- Kurzfassung -

Qualitätsstandards des Deutschen Fachverbands für Verhaltenstherapie e.V. (DVT) für
Supervision und Supervisionscurricula

Stand: Juni 2022

1 Einleitung

Der Deutsche Fachverband für Verhaltenstherapie e.V. (DVT) verfolgt seit seiner Gründung hohe Qualitätsstandards in der verhaltenstherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in der ambulanten und stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Die Förderung der Qualitätssicherung in beiden Bereichen stellt ein wesentliches Ziel des Verbands dar.

Das vorliegende Dokument beschreibt **Kernkompetenzen**, über die eine Supervisorin bzw. ein Supervisor aus Sicht des DVT im Kontext der verhaltenstherapeutischen Aus- und Weiterbildung (PP, KJP, Facharzt-Weiterbildung, Weiterbildung zum/zur Fachpsychotherapeut/in) verfügen sollte. Das Dokument enthält darauf aufbauend entsprechende **Empfehlungen für Struktur und Inhalt von Supervisions-Curricula** mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung.

Dieser Leitfaden zu den Qualitätskriterien des DVT für verhaltenstherapeutische Supervision in der Aus- und Weiterbildung wurde durch eine eigens dafür eingesetzte Arbeitsgruppe (*Supervision im DVT*) erstellt. Dieser Arbeitsgruppe gehören an: Dr. Frauke Eibner (FAVT Freiburg), Dr. Kurt Quaschner (IVV Marburg), Dr. Claudia Stromberg (GAP Frankfurt), Dipl.-Psych. Kerstin Vogt (IFKV Bad Dürkheim), Dr. Gerhard Zarbock (IVAH Hamburg) sowie Dr. Jürgen Tripp, der 1. Vorsitzende des DVT.

2 Begriffsbestimmung

Um Supervision begrifflich zu fassen, unterscheiden Mattejat & Quaschner (2009) verschiedene Einsatzbereiche von Supervision. Sie unterscheiden zwischen **klinischer Supervision** und **nicht-klinischer Supervision**, d.h., Supervision, die außerhalb des Bereichs der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung stattfindet. Supervision ist prinzipiell eine Form der Beratung, die zur Reflexion eigenen Handelns anregen sowie Qualität professioneller Arbeit sichern und verbessern soll (vgl. Wikipedia).

2.1 Funktionen, Aufgaben und Zielsetzungen von Supervision

Über die Auflistung von definitorischen Merkmalen und Kriterien hinaus wird der Supervisionsbegriff dadurch weiter ausdifferenziert, dass **Funktionen, Aufgaben und Zielsetzungen** von Supervision konkreter aufgeführt werden:

- eine **lehrende, informationsvermittelnde** (didaktische) Funktion
- eine **helfende, unterstützende** (supportive) Funktion und
- eine **selbstreflexive, therapeutenbezogene** Funktion

Zur **Konkretisierung dieser Einteilung** sind im Folgenden die einschlägigen Ausführungen von **Milne (2007) und Lohmann (2010)** tabellarisch zusammengefasst:

Als Funktionen von Supervision nennt Milne (2007) folgende Punkte:

(1) Qualitätssicherung	einschließlich der Steuerung und Überwachung des Ausbildungsprozesses („Gatekeeping“) und des ethisch korrekten Vorgehens
(2) Aufrechterhaltung und Förderung von Kompetenzen und Fähigkeiten der Supervidierten	
(3) den Supervidierten helfen, wirksam und erfolgreich zu arbeiten	einschließlich <ul style="list-style-type: none"> • der Gewährleistung der qualitativ hochwertigen Patientenversorgung, • der Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, • der Fähigkeit zum überwiegend selbständigen Arbeiten, • der Entwicklung einer eigenen professionellen Identität, • der Verbesserung der Selbstwahrnehmung/ Selbsterfahrung, • einer erfolgreichen persönlichen Bewältigung des beruflichen Alltags, • der Entwicklung einer kritischen Reflexionsfähigkeit und einer Bereitschaft und Fähigkeit zum lebenslangen Lernen.

Von Lohmann (2010) schließlich werden als Funktionen von (Ausbildungs-) Supervision folgende Aufgaben und Zielsetzungen aufgeführt:

Fachwissen	In der Supervision wird den Auszubildenden Fachwissen vermittelt und aufgezeigt, wie dieses Wissen praktisch angewandt werden kann: Wie kann/soll ich die Therapie konkret durchführen?
Reflexion	Die Supervision dient weiterhin der Reflexion der beruflichen Tätigkeit: Wie komme ich in diesen Beruf hinein, wie schaffe ich es, mit diesem Beruf zurechtzukommen?

Unterstützung	Durch die Supervision sollen die Auszubildenden Unterstützung in schwierigen Situationen bekommen: Wie komme ich mit diesem Verhalten der Patientin/des Patienten zurecht? Wie kann ich mit meinen Arbeitsbedingungen zurechtkommen?
Fachaufsicht	Durch die Supervision soll die Fachaufsicht sichergestellt sein, um zu gewährleisten, dass die Therapie den professionellen Qualitätsstandards entspricht.

2.2 Setting

Ein weiteres Merkmal zur Kennzeichnung von Supervision ist das **Setting**, in dem diese stattfindet. Auch hier herrscht weitgehende Übereinstimmung, was die Unterscheidung der wesentlichen Settingformen angeht. Es können die folgenden Settings unterschieden werden:

- **Einzelsupervision:** Die Supervision findet im Einzelgespräch zwischen Supervisorin/Supervisor und Supervisandin/Supervisand statt.
- **Gruppensupervision:** Die Supervision findet im Gespräch zwischen einer Supervisorin/einem Supervisor und einer Gruppe von Supervidierten statt; dabei thematisiert jede Supervisandin/jeder Supervisand eigene Therapiefälle, die gemeinsam in der Gruppe besprochen werden.
- **Teamsupervision:** Eine Supervisorin oder ein Supervisor berät ein therapeutisches Team (z.B. einer Beratungsstelle oder einer psychiatrischen Station).

3 Konzepte zur Realisierung der Funktionen und Zielsetzungen von Supervision

Eng mit dem DVT verbunden sind das AZA-Modell von Lohmann (2010), das Modell in Haupt- und Unterprogrammen für die Fallsupervision von Lieb (2015, 2016) sowie das AKOS-Modell von Zarbock (2016).

3.1 Das AZA-Modell

Lohmann (2010) überträgt den von D’Zurilla und Goldfried (1971) in die Psychotherapie eingeführten **Problemlöseansatz** auf die Supervision. Supervision wird als ein gemeinsamer Problemlöseprozess betrachtet, der von einem Problem der Supervisandin/des Supervisanden (IST-Zustand) zu einem zufriedenstellenden ZIEL-Zustand führen soll.

In der anfänglichen Orientierungsphase benennt die Supervisandin/der Supervisand zunächst das **Anliegen (A)**, für welches im nächsten Schritt mit Unterstützung der Supervisorin/des Supervisors das **Ziel (Z)** der Supervisandin/des Supervisanden für diese Supervisionssequenz präzise herausgearbeitet wird. In einem dritten Schritt wird dann der **Auftrag (A)** an die Supervisorin/den Supervisor (oder die Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer) vergeben, worunter eine Handlungsanweisung zu verstehen ist, wie die Supervisorin/der Supervisor (bzw. die Gruppe) konkret dabei unterstützen kann, das zuvor festgelegte Supervisionsziel zu erreichen..

3.2 Das Modell in Haupt- und Unterprogrammen

Lieb (2015, 2016) beschreibt ebenfalls ein ziel- und lösungsorientiertes Vorgehen für die Fallsupervision.

Das **Hauptprogramm** gliedert sich in diesem Modell in die Auswahl eines Falles und einer Fragestellung, die gemeinsame Rekonstruktion dieses Falles und des Therapieverlaufes aus eventuell unterschiedlichen Blickrichtungen und die Lösungssuche.

Die **Unterprogramme** werden in der Regel von der Supervisorin/vom Supervisor transparent initiiert und haben das Ziel, die Arbeit im Hauptprogramm zu verbessern. Sie betreffen die **Interaktionsanalyse** (Patientin/Patient – Therapeutin/Therapeut oder Supervisandin/Supervisand – Supervisorin/Supervisor), die **Analyse des Kontextes** der Therapie oder Supervision, die **Selbstreflexion** der Supervidierten, **Teaching** z.B. bzgl. VT-Methoden und Techniken oder auch klar markierte **Therapieanweisungen**, falls die Supervisorin/der Supervisor auch Fallverantwortung trägt.

Das Modell beschreibt so zudem die verschiedenen Blickrichtungen von Supervision (auf den Fall, auf die Supervidierten, die gemeinsame Arbeit, den Kontext etc.).

3.3 Aufgaben- und kompetenzorientierte Supervision (AKOS)

Zarbock (2016) betont in seinem AKOS-Modell die **Kompetenzorientierung**. In einem strukturierten Vorgehen werden die Supervidierten systematisch zur erfolgreichen, kompe-

tennten Bewältigung von therapeutischen Aufgaben geführt. Dies geschieht in der „Kompetenz-Trainings-Spirale“ (KTS; Zarbock, Schweigert & Hampel, 2017), deren Grundidee ist, dass unter der Trainingsperspektive fünf große didaktische Kompetenzebenen unterschieden werden können. Dabei handelt es sich um:

- I. Faktenwissen (Wissen-1)
- II. Anwendungswissen (Wissen-2)
- III. Können in Trainingsumgebungen (Können-1)
- IV. Können unter Realbedingungen (Können-2)
- V. Reflexion und Selbstwissen (Reflexion)

4 Kernkompetenzen einer DVT-Supervisorin und eines DVT-Supervisors

Im Folgenden werden Kernkompetenzen einer Supervisorin/eines Supervisors dargestellt, die aus Sicht des DVT für eine qualitativ hochwertige verhaltenstherapeutische Supervision im Kontext der Aus- und Weiterbildung von wesentlicher Bedeutung sind. Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Supervision

- a. Je nach **Zielgruppe** (KJP, PP, Einzel- oder Gruppentherapie) sind an die Supervision unterschiedliche Anforderungen gestellt.
- b. Die Supervisorin / der Supervisor sollte die **Rahmenbedingungen** bzw. das Setting der Supervision **und die damit verbundenen Anforderungen und Aufträge reflektieren** und ihr/sein Vorgehen entsprechend anpassen.
- c. Die Supervisorin/der Supervisor sollte die **rechtlichen Bedingungen** der Supervision im jeweiligen Kontext kennen.
- d. Die Supervisorin/der Supervisor sollte über Hintergrundwissen und **theoretische und wissenschaftliche Kenntnisse zu Supervision** verfügen.

4.1 *Problembenennung und Formulierung des Supervisionsanliegens*

Der Gegenstand der jeweiligen Supervisionsstunde wird im Spannungsfeld zwischen den konkreten Anliegen der Supervidierten einerseits und den Ideen zur Fallführung der Supervisorin/des Supervisors („good clinical practice“) andererseits festgelegt. Im Einzelnen ergeben sich daraus folgende Aufgaben:

- Individuelle Lernziele und Optimierungsziele der Supervidierten erkennen und transparent festlegen
- Anliegen und Zielsetzungen der Supervidierten herausarbeiten, Fokus setzen
- (Problem-)Kategorien identifizieren, denen die von den Supervidierten geäußerten Anliegen zugeordnet werden können.

4.2 Beziehungsgestaltung

Die im Folgenden aufgeführten Kompetenzen zur Gestaltung einer tragfähigen und entwicklungsförderlichen Supervisionsbeziehung ergeben sich aus dem derzeitigen Stand der Supervisionsforschung. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich die Perspektiven von Supervisorinnen/Supervisoren und Supervidierten erheblich unterscheiden und in empirischer Perspektive mit "0" korrelieren können (Zarbock, Drews, Bodansky & Dahme, 2009). Daraus folgern wir, dass man günstigstenfalls immer beide Seiten befragt.

- a. Interaktionelle Gestaltung der Supervision:** Die Supervisorin/der Supervisor hat ein klares Verständnis bzgl. ihrer/seiner spezifischen Rolle und ist in der Lage, diese je nach Setting (Einzelsetting, Gruppensetting, Aus- und Weiterbildung/Fall- und Teamsupervision in klinischen Einrichtungen) zu reflektieren und ggf. anzupassen.
- b. Etablierung einer tragfähigen Supervisionsbeziehung:** Die Supervisorin/der Supervisor kann sowohl im Rahmen der Einzel- als auch der Gruppensupervision eine vertrauensvolle Supervisionsbeziehung etablieren und aufrechterhalten.
- c. Förderung einer vertrauensvolle Lernatmosphäre:** Eine vertrauensvolle Lernatmosphäre wird im Gruppensetting nicht nur durch eine gute Beziehung zwischen Supervisorin/Supervisor und Supervidierten erreicht, sondern darüber hinaus insbesondere auch über eine gute Gruppenkohäsion (Ladany & Inman, 2012).
- d. Berücksichtigung der besonderen Beziehung zwischen Supervidierten und Supervisorinnen/Supervisoren.** Die Supervisorin/der Supervisor ist sich der besonderen Beziehung zu den Supervidierten bewusst. Sie/er bleibt sensibel für etwaige Unterschiede in der subjektiv erlebten Hierarchie, für mögliches Angst- und Schamempfinden, erlebte und reale Abhängigkeiten und ggf. aktualisierte Grundüberzeugungen und Schemata auf Seiten der Supervidierten. Die Supervisorin/der Supervisor darf über die Beziehungsgestaltung keine narzisstischen, selbstdarstellerischen Bedürfnisse befriedigen, sie/er muss Abstinenz zur Supervisandin/zum Supervisanden einhalten und unangemessene Selbstöffnungen vermeiden.

4.3 *Intervenieren, steuern, lenken, informieren, regulieren*

Folgende supervisorische Kernkompetenzen zur Steuerung des Supervisionsprozesses werden aus Sicht des DVT für besonders relevant erachtet:

- a. **Strukturierungsfähigkeit:** Die Supervisorin/der Supervisor übernimmt die klare Verantwortung für die Struktur innerhalb einer Sitzung, jedoch auch für einen gesamten Supervisionsprozess.
- b. **Direktivität:** Die Supervisorin/der Supervisor sollte ein klares Führungsverhalten in der Supervision einnehmen und den Supervisionsprozess direktiv leiten. Sie/er orientiert sich hierbei an der individuellen Problemformulierung der Supervidierten, am Verlauf der Gesamttherapie und an den therapeutischen Aufgaben und Fragestellungen des aktuellen Therapieabschnittes (siehe "Hauptprogramm" der Supervision nach Lieb, 2015).
- c. **Transparenz:** Die Supervisorin/der Supervisor vermittelt die von ihr/ihm üblicherweise angewendete Struktur, so dass die Supervidierten sich gezielt auf die Supervision vorbereiten können (z.B. ein Anliegen formulieren, Umsetzung der Ergebnisse früherer Sitzungen verschriftlichen oder berichten). Die Supervisorin/der Supervisor erläutert ihr/sein supervisorisches Vorgehen und stimmt dieses mit den Supervidierten für eine kooperative Zusammenarbeit ab.
- d. **Fallkonzeptualisierung:** Die Supervisorin/der Supervisor sollte in der Lage sein, den Fall aus der Distanz zu konzeptualisieren, die Supervidierten in der Erarbeitung des Fallkonzepts zu unterstützen und es zu elaborieren. Sie/er ist hierfür in den Fall differenziert eingedacht und erhält alle schriftlichen Ausarbeitungen der Therapeutin/des Therapeuten.
- e. **Fördern der Anwendungskompetenz von therapeutischen Techniken:** Die Supervisorin/der Supervisor benennt indizierte, empirisch-fundierte therapeutische Techniken und fördert die Umsetzung, indem sie/er sich ein Bild über Wissen und Erfahrung der Supervisandin/des Supervisanden mit dieser Technik macht (z.B. über Videoaufzeichnungen) und konkrete Anleitung bzw. Anregungen zur Optimierung gibt.
- f. **Anwendung von Rating-Skalen:** Zur Erfassung der therapeutischen Kompetenz können Rating-Skalen wie die Cognitive Therapy Scale (CTS) von Young und Beck (deutsche Übersetzung Weck et. al., 2010; siehe auch Weck, 2019) eingesetzt werden.
- g. **Anwendung supervisorischer Techniken:** Auch in der Supervision sollten verhaltenstherapeutische Kompetenzen und Kenntnisse im Lernprozess systematisch und gezielt genutzt werden. Zu nennen sind hier z.B. Verstärkung über Shaping, verhaltensnahe und positive Rückmeldung, konkrete, nicht zu abstrakte Anweisungen, erfahrungsorientiertes,

aktives Vorgehen, wie z.B. durch das Einüben von Gesprächstechniken im Rollenspiel oder der Demonstration einer Technik im Rollentausch.

- h. Videogestützte Supervision** sollte einen zentralen Baustein verhaltenstherapeutisch orientierter Supervision darstellen, da hier in besonderem Maße Verhaltensbeobachtung und konkrete Rückmeldung möglich ist, Lernfortschritte herausgearbeitet und Entwicklungsaufgaben formuliert werden können. Zur Reduktion von Scham und Kritikängsten ist bei der Betrachtung einer Videosequenz besonders auf wertschätzende Rückmeldung und Orientierung an einer klaren Fragestellung zu achten, wie z.B. Rückmeldung zur Anwendung einer Therapietechnik, Analyse der Therapiebeziehung etc..
- i. Live-Supervision** (Bug-in-the-Eye (Bite) oder Einwegscheibe) ermöglicht die direkte Einflussnahme und Hilfestellung, die Verstärkung erfolgreicher und Hemmung erfolgloser Strategien sowie die Entwicklung alternativer Vorgehensweisen und kann je nach vorhandener technischer Voraussetzung in angemessener Weise integriert werden.
- j. Gesprächsführungskompetenz:** Bei Anwendung aller Supervisionsmethoden benötigt die Supervisorin/der Supervisor eine differenzierte Gesprächskompetenz, um Problemstellungen herauszuarbeiten und Rückmeldungen bzgl. besonderer Stärken aber auch Schwächen der therapeutischen Performanz wertschätzend zu formulieren, ohne die tragfähige Supervisionsbeziehung zu gefährden.
- k. Förderung der Selbstreflektion:** Neben der Bearbeitung fallbezogener Fragestellungen sollte die Supervisorin/der Supervisor zudem eine mögliche persönliche Betroffenheit der Therapeutin/des Therapeuten im Umgang mit Patientinnen und Patienten erkennen (z.B. Überengagement, Identifikation, Ängste, Überforderung), für entsprechende Fragestellungen offen sein und nach Wegen der (eventuell auch externen) Bearbeitung (z.B. in der Selbsterfahrung) suchen.
- l. Berichtssupervision:** Die Supervisorin/der Supervisor sollte mit den unterschiedlichen Anforderungen an Berichte (z.B. im Rahmen der Therapiebeantragung, für Mitbehandlerinnen und Mitbehandler, für die Falldokumentation im Rahmen der Ausbildung und Abschlussprüfung) vertraut sein, die Supervidierten bei der Formulierung unterstützen und z.B. über Korrekturen differenziert Rückmeldung geben.

4.4 Störungen und Schwierigkeiten im SV-Prozess

Die Konzeption des Supervisionsprozesses als Problemlöseprozess legt nahe, „Störungen und Schwierigkeiten“ in der Supervision als Probleme besonderer Art aufzufassen, die mit den gängigen Problemlösestrategien nicht oder nur unzureichend behandelt werden können.

Die folgende – sicher nicht vollständige – Auflistung ist daher sehr kurzgefasst und soll lediglich illustrieren, um welche Art von „Schwierigkeiten und Störungen“ es sich dabei handeln kann.

- a. Supervisionswiderstände erkennen, non-disclosure von Supervidierten auflösen:** Die Supervisorin/der Supervisor erkennt und beachtet Reaktionsmuster bei Supervidierten, die auf Widerstände sowie auf Schwierigkeiten im Hinblick auf die Offenlegung von therapeutischen Unsicherheiten, Fragen oder gar Fehlern hindeuten. Sie/er verfügt über Kompetenzen zur Thematisierung, Bearbeitung und Auflösung der für eine effektive Supervision ungünstigen Erlebens- und Verhaltensweise von Supervidierten (vgl. 3d).
- b. Kompetenzen zum Umgang mit schwierigen Supervisionssequenzen:** Die Supervisorin/der Supervisor verfügt über interpersonelle Kompetenzen sowie Fertigkeiten der Gesprächsführung, um interaktionellen Auffälligkeiten auf Seiten der Supervidierten (z.B. Supervisandin/Supervisand schweift ab, vermeidet, verhält sich unangemessen) konstruktiv zu begegnen. Sie/er ist in der Lage, Supervidierten ihre/seine Beobachtungen angemessen rückzumelden und eine günstige Veränderung zu unterstützen.
- c. Offenheit für (auch kritische) Rückmeldungen und Bedürfnisse von Supervidierten, Evaluation des SV-Prozesses:** Die Supervisorin/der Supervisor trägt zur Qualitätssicherung im Rahmen der Supervision bei, indem sie/er in regelmäßigen Abständen Rückmeldungen der Supervidierten zum Supervisionsprozess sowie zu deren Bedürfnissen einholt. Hierbei ist insbesondere eine Offenheit für kritische Rückmeldungen wünschenswert und für eine tragfähige Supervisionsbeziehung von wesentlicher Bedeutung (vgl. 3b).
- d. Arbeits- und Herangehensweise der Supervidierten an den Fall:**
 - Die Supervisandin/der Supervisand ist desorganisiert, unstrukturiert, unvorbereitet. Sie/er kann die (SV-)relevanten Informationen nicht angemessen zusammenfassen, auswählen, gewichten, strukturieren.
 - Die Supervisandin/der Supervisand kann eigene Probleme mit dem Fall nicht angemessen benennen. Die Formulierung von Fragestellung, Anliegen, Problemen ist unzureichend bzw. nicht angemessen.
 - Die Supervisandin/der Supervisand hat Schwierigkeiten in der Steuerung und Strukturierung einzelner Therapiestunden und des gesamten Therapieprozesses (z.B. häufige Therapieabbrüche).
- e. Haltung, Einstellung, Wertesystem, Kooperationsbereitschaft**
 - Die Supervisandin/der Supervisand kann Hilfestellung aus der Supervision nicht oder nur unzureichend annehmen. Er setzt Anregungen, Vorschläge, Vorgaben, Hinweise, Anordnungen nicht oder nur unzureichend um.
 - Die Supervisandin/der Supervisand hat (stark) abweichende Werthaltungen und Lebenseinstellungen (religiös, sexuell, politisch, kulturell).

- Die Supervisandin/der Supervisand weicht in Auftreten, Kleidung und Benehmen (stark) vom Normalen und Angemessenen ab.

f. Aspekte der Person, Persönlichkeitsakzente, -eigenschaften

- Die Supervisandin/der Supervisand zeigt hinderliche Emotionen, z.B. Ängste (Versagens-Ängste, themenbezogene Ängste, z.B. Sexualität, Religion etc.), Scham, Wut, Ärger, Aggression, Kränkbarkeit.
- Die Supervisandin/der Supervisand zeigt Auffälligkeiten im Kontakt (z.B. erhöht kränkbar, eingeschränkt kritikfähig, rivalisierend, konkurrierend, distanzlos, grenzüberschreitend)
- Psychische Störungen und Auffälligkeiten bei Supervidierten (schwere psychische Störungen).

4.5 Selbstreflexion des/der Supervisor/in

Auch die Supervisorierenden sollten sich fortlaufend in ihrem professionellen Handeln und ihren interaktionellen Stilen reflektieren und neben der Entwicklung eines persönlichen Arbeitsstils auch offen bleiben für die Bedürfnisse und Rückmeldungen der Supervidierten.

5 Empfehlungen für die Konzeption von Curricula zur Fortbildung in verhaltenstherapeutischer Supervision

Inhalte der Fortbildung:

Aus den bisherigen Ausführungen zu Supervision und supervisorischen Herausforderungen ergeben sich folgende Empfehlungen für die inhaltliche Gestaltung eines Fortbildungscurriculums:

Vermittlung von Wissen über Supervision:

Den Teilnehmenden sollte Wissen z.B. über verhaltenstherapeutische Supervisionskonzepte, Modelle zur therapeutischen Entwicklung, supervisorische Vorgehensweisen und zum Forschungsstand über Supervision vermittelt werden (weitere Inhalte siehe Leitfaden oben).

Vermittlung von Können:

Es wird empfohlen, die Workshops möglichst praxisorientiert zu gestalten:

- Kennenlernen von Techniken und Vorgehensweisen

- Ausreichend Übungselemente im Seminar (Kleingruppen, Rollenspiele mit Rückmeldung etc.)
- Einbringen und Diskutieren eigener Praxis

Notwendig ist:

- die eigene Supervisionstätigkeit der Teilnehmenden
- und die Supervision dieser Supervision (Vorstellen eigener Arbeitsfelder, Analysen von Videos eigener Supervisionen, Bearbeitung von Schwierigkeiten, Suche nach geeigneten Vorgehensweisen).

Zudem empfiehlt sich:

- eine teilnehmende Beobachtung/Hospitation bei erfahrenen Supervisorinnen und Supervisoren (Co-Supervision).

Vermittlung von Haltungen:

Dringend empfohlen werden Seminare zur Selbsterfahrung, Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle mit den Zielen,

- eine eigene Identität als Supervisorin/Supervisor zu finden,
- eine Haltung zu den Supervidierten zu entwickeln, die eine gute Balance zwischen Unterstützung, Wertschätzung und Kontrolle realisiert,
- und die Verantwortung für den supervisorischen Prozess klar übernehmen zu können.

Überprüfung des Kompetenzerwerbs:

Im Verlauf der Supervisionsfortbildung findet im Rahmen der Supervision der Supervision eine fortlaufende Evaluation des Kompetenzerwerbs und Feedback zur Kompetenzentwicklung statt. Dringend empfohlen wird eine Abschlussreflexion mit Videoband und kurzer schriftlicher Dokumentation des eingereichten Supervisionsvideos.

Stundenumfang

Auf Basis bisheriger Fortbildungskonzepte und Erfahrungen im DVT erscheinen folgende Stundenumfänge und Elemente notwendig bzw. empfehlenswert:

Workshops: mind. 130 UE

Selbsterfahrung: mind. 20 UE

Nachweis über eigene Supervisionstätigkeit: erforderlich (Stundenumfang offen)

Supervision der eigenen Supervisionstätigkeit: erforderlich (Stundenumfang offen)

Interventionsgruppen: empfohlen

Co-Supervision: empfohlen

Dauer: etwa 2 Jahre möglichst in geschlossener Gruppe

Teilnahmevoraussetzungen:

mind. 3 Jahre eigene therapeutische Tätigkeit nach Approbation als PP/KJP oder Abschluss der ärztlichen oder psychotherapeutischen Weiterbildung (da nach 5 Jahren Anerkennungsfähigkeit als Supervisor/in im Ausbildungskontext möglich). Diese Regelungen werden, falls erforderlich, an die Anforderungen der neuen Weiterbildung angepasst, wenn diese umgesetzt wird.

Dozententätigkeit: empfohlen¹

¹ Wird für die Anerkennung als Supervisorin/Supervisor im Kontext der staatlich anerkannten Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorausgesetzt.

6 Literatur

- Barret, M.S. & Barber, J.P. (2005).** A developmental approach to the supervision of therapists in training. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35 (2), 169-183.
- D’Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971).** Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Gray, L.A., Ladany, N., Walker, J.A. & Ancis, J.R. (2001).** Psychotherapy trainees' experience of counterproductive events in Supervision. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (4), 371-383.
- Johnston, H.L. & Milne, D.L. (2012).** How do supervisees learn during supervision? A Grounded Theory study of the perceived developmental process. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 5, 1-23.
- Kadushin A. (1979).** Supervisor – Supervisee: A Survey. In Munson, C.E. (Ed.). *Social Work Supervision: Classic Statements and Critical Issues*. New York: Free Press.
- Ladany, N. & Inman, A.G. (2012).** Training and supervision. In E. M. Altmaier & J.-I. C. Hansen (Eds.), *The Oxford handbook of counseling psychology* (Oxford library of psychology, pp. 179-207). New York: NY, US: Oxford University Press.
- Lieb, H. (2015).** Fallsupervision: Den passenden Fokus finden und dabei alles im Auge behalten. Ein Konzept in Haupt- und Unterprogrammen. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 30-35.
- Lieb, H. (2016).** *Verhaltenstherapeutische Einzelsupervision. Ein Modell in Haupt- und Unterprogrammen*. 3. überarb. Auflage. Bad Dürkheim: IFKV-Selbstverlag.
- Lohmann, B. (2010).** *Effiziente Supervision. Praxisorientierter Leitfaden für einzel- und Gruppensupervision*. 8. unveränderte Aufl. Schneider: Hohengehren.
- Mattejat & Quaschner (2009).** Supervision in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter* (S. 1001 – 1013). Heidelberg: Springer.
- Mehr, K.E., Ladany, N. & Caskie, G.I. (2010).** Trainee nondisclosure in supervision: What are they not telling you? *Counseling Psychotherapy Research*, 10, 103-113.
- Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 437-447.
- Milne, D.L. (2009).** *Evidence-Based Clinical Supervision*. Chichester: Wiley Blackwell.

- Quaschner, K. (2016).** Supervision als Kultur der (Selbst-)Hinterfragung und (Selbst-)Kritikfähigkeit. In G. Zarbock (Hrsg.), *Praxisbuch VT-Supervision* (S. 51-66). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Rakovshik, S.G. & McManus, F. (2013).** An anatomy of CBT training: supervisees' endorsement of elements, sources and modalities of learning during a postgraduate CBT training course. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 6, 1-12.
- Schmelzer, D. (1997).** *Verhaltenstherapeutische Supervision. Theorie und Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Törnquist, A., Rakovshik, S., Carlsson, J. & Norberg, J. (2018).** How supervisees on a foundation course in CBT perceive a supervision session and what they bring forward to the next therapy session. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46 (3), 302-317.
- Weck, F., Hautzinger, M., Heidenreich, T., et al. (2010).** Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen: Validierung einer deutschsprachigen Version der Cognitive Therapy Scale. *Zeitschrift für Klinische Psychologie u Psychotherapie*, 39, 244-250.
- Weck, F., Wald, A., & Kühne, F. (2019).** Erfassung psychotherapeutischer Kompetenzen in der Forschung und Praxis. *Psychotherapie im Dialog*, 20, 23-27.
- Zarbock, G. (Hrsg.) (2016).** *Praxisbuch VT-Supervision. Konzepte und Materialien für eine Aufgaben- und Kompetenzorientierte Supervision (AKOS) von Verhaltenstherapie*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Zarbock, G., Drews, M., Bodansky, A., Dahme, B., (2009).** The evaluation of supervision: Construction of brief questionnaires for the supervisor and supervisee. *Psychotherapy Research*, 19 (2), 194-204.
- Zarbock, G., Rodde, S., Ströhm, W., Schulz, H., & Watzke, B. (2012).** Kompetenzerwartungen in der Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendtherapeuten in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 22 (1), 27-35.
- Zarbock, G., Schweigert, E. & Hampel, J. (2017).** Die Kompetenz-Trainings-Spirale (KTS) – Ein Beitrag zur Kompetenzorientierung in der VT-Supervision. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 38, 3, 216-232.
- Zimmer, D. (2009).** Supervision in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (S. 925-936). Heidelberg: Springer.