



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

Verhaltenstherapeutische Supervision in der Aus- und Weiterbildung

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

Stand: Juni 2022

Inhalt

1	Einleitung	3
2	Begriffsbestimmung	4
2.1	Merkmale von Supervision	5
2.2	Funktionen, Aufgaben und Zielsetzungen von Supervision	6
2.3	Setting	8
3	Konzepte zur Realisierung der Funktionen und Zielsetzungen von Supervision	9
3.1	Das AZA-Modell	9
3.2	Das Modell in Haupt- und Unterprogrammen	10
3.3	Aufgaben- und kompetenzorientierte Supervision (AKOS)	10
4	Kernkompetenzen einer DVT-Supervisorin und eines DVT-Supervisors	11
4.1	Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Supervision	11
4.2	Problembenennung und Formulierung des Supervisionsanliegens	14
4.3	Beziehungsgestaltung	16
4.4	Intervenieren, steuern, lenken, informieren, regulieren	18
4.5	Störungen und Schwierigkeiten im SV-Prozess	20
4.6	Selbstreflexion der Supervisorinnen und Supervisoren	22
5	Empfehlungen für die Konzeption von Curricula zur Fortbildung in verhaltenstherapeutischer Supervision	23
6	Literatur	25

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.

Verhaltenstherapeutische Supervision spielt in diesem Zusammenhang eine bedeutsame Rolle, denn sie trägt zum einen im Kontext der Aus- und Weiterbildung wesentlich zur Entwicklung verhaltenstherapeutischer Kompetenzen bei und fördert somit indirekt eine hohe Qualität der psychotherapeutischen Versorgung. Zum anderen wird sie in Form von Team- und Fallsupervision in ambulanten und stationären psychotherapeutischen Einrichtungen in direkter Form zur Qualitätssicherung eingesetzt.

Aufgrund dieser und weiterer Funktionen von Supervision im Kontext von Ausbildung, Weiterbildung und Versorgung ergeben sich hohe Anforderungen an die Kompetenzen verhaltenstherapeutischer Supervisorinnen und Supervisoren, die idealerweise über entsprechend ausgestaltete Curricula vermittelt werden sollten.

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. Es kann damit angehenden und bereits aktiven Supervisorinnen und Supervisoren zur Orientierung dienen sowie Aus- und Weiterbildungsinstituten Anhaltspunkte für die Entwicklung und Implementierung von Supervisions-Curricula bieten. Weiterhin stellt es eine Grundlage für die Anerkennung als DVT-Supervisorin oder DVT-Supervisor sowie von Supervisions-Curricula durch den DVT dar.

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.

Die Arbeitsgruppe bediente sich bei der Erstellung des vorliegenden Leitfadens verschiedenster Quellen, so erfolgte zunächst eine ausführliche Sichtung des Forschungsstandes zur Supervision und es wurde durch die Expertenrunde in der

Arbeitsgruppe ein Expertenkonsens darüber erarbeitet, welche Qualitätskriterien für verhaltenstherapeutische Supervision gelten sollten. Zudem fanden qualitative Interviews einzelner Mitglieder der Arbeitsgruppe *Supervision im DVT* durch die beiden Wissenschaftlerinnen Prof. Dr. Antje Wolf (Professorin für Tourismus und Eventmanagement) und Prof. Dr. Nicole Fabisch (Professorin für Marketing und Internationales Management) zu Kriterien ausgewählter Kernkompetenzen verhaltenstherapeutischer Supervisorinnen und Supervisoren statt. Die beiden Professorinnen entwickelten aus diesen Kriterien einen Interviewleitfaden und führten eine qualitative Studie entsprechend der Critical Incident Technik (CIT) durch. Hierbei handelt es sich um eine in der qualitativen Sozialforschung genutzte Interview-Technik, durch die situative Bedingungen kritischer Vorkommnisse/Ereignisse (CI) sowie das Handeln der darin involvierten Personen aufgedeckt werden können. Die CIT eignet sich, um Handlungsversäumnisse, aber auch herausragende Kompetenz zu identifizieren. Mittels der CIT wurden durch die Forschergruppe um Prof. Wolf und Prof. Fabisch PiAs und neuapprobierte Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten zu ihren Supervisionserfahrungen im Rahmen ihrer Ausbildung befragt.

Zudem organisierte die Arbeitsgruppe *Supervision im DVT* ein Supervisionssymposium zum Austausch von Modellen und Konzepten, zu dem auch Begründerinnen und Begründer von bereits im DVT zugelassenen Supervisionscurricula eingeladen waren und jeweils Impulsreferate hielten. Im Rahmen dieses Symposiums fand eine zusätzliche Fokusgruppe mit Supervisorinnen und Supervisoren, Neuapprobierten und PiA statt, die im Wesentlichen im Sinne eines Member-Checks die Ergebnisse der qualitativen Studie bestätigte.

Im Folgenden wird zunächst einleitend eine Begriffsbestimmung zur verhaltenstherapeutischen Supervision vorgenommen (I.), ehe im Anschluss Kernkompetenzen verhaltenstherapeutischer Supervisorinnen und Supervisoren dargestellt werden (II). Abschließend werden Empfehlungen für die Konzeption von Supervisions-Curricula aufgeführt (III).

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. **Klinische Supervision** lässt sich einengen auf ein speziell am psychotherapeutischen Prozess ausgerichtetes Supervisionsverständnis. Sie kann sowohl im Kontext der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung nach dem Psychotherapeutengesetz als auch im Anschluss an die Aus- und

Weiterbildung der Kontrolle, Regulation und Reflexion psychotherapeutischer Behandlungsprozesse dienen. Der Fokus des vorliegenden Leitfadens ist **klinische Supervision**, wenn also im Folgenden von Supervision gesprochen wird, ist dieser Einsatzbereich gemeint.

Der Begriff der Supervision wird inhaltlich auf mehrfache Weise bestimmt und abgegrenzt werden. Zunächst geht es um eine ausführliche definitorische Kennzeichnung, die die wesentlichen **Merkmale** von Supervision enthält. Über diese definitorische Bestimmung hinaus sollen weitere Aspekte des Begriffs durch die Gegenüberstellung unterschiedlicher **Funktionen, Aufgaben und Zielsetzungen** von Supervision dargestellt werden. Schließlich werden unterschiedliche **Settings** von Supervision abgegrenzt.

2.1 Merkmale von Supervision

Eine differenzierte Definition des Supervisionsbegriffs legt u.a. Milne (2007) vor. Er definiert klinische Supervision als ein formal geregeltes Verfahren, bei dem berufserfahrene, qualifizierte Fachkräfte in einer intensiven, auf der Grundlage einer Beziehung stattfindenden und (zumeist) fallbezogenen Ausbildung und Schulung die Tätigkeit der Supervidierten unterstützen, anleiten und regulieren.

Die einzelnen **Merkmale von Supervision** werden von Milne (2007) wie folgt erläutert:

Supervision ist ...	Darunter versteht Milne ...
ein formal geregeltes Verfahren,	... dass eine für die Supervision zuständige Institution Vorgaben für die Umsetzung und Anerkennung von Supervision macht.
bei dem berufserfahrene , qualifizierte Fachkräfte	... dass eine Supervisorin/ein Supervisor eine Mindestzeit an eigener therapeutischer Berufserfahrung nachweisen muss.
in einer intensiven ,	... dass die Supervision fortlaufend stattfindet, einen festgelegten Zeitrahmen hat und häufig, aber nicht ausschließlich in einer 1 zu 1 Situation als Einzel-Supervision durchgeführt wird.
auf der Grundlage einer Beziehung stattfindenden und	... dass die Supervisionsbeziehung vertrauensvoll und kooperativ sein sowie auf einem empathisch-partizipativen Arbeitsbündnis beruhen soll.

Supervision ist ...	Darunter versteht Milne ...
zumeist fallbezogenen	... dass die Supervidierten fallrelevante Anliegen und Fragestellungen einbringen.
Ausbildung und Schulung	... dass Supervision sowohl dem Aufbau und der Erweiterung von spezifischen Kompetenzen als auch der Entwicklung einer allgemeinen Problemlösefähigkeit dient.
die Tätigkeit der Supervidierten	... dass sich Supervision auf die Tätigkeit der Supervidierten bezieht, ungeachtet ihres/seines Ausbildungsstandes.
unterstützen, anleiten und regulieren.	... dass Supervision neben fachlichen Fragen die Psychohygiene der Supervidierten einbezieht und wissenschaftsbasierte Techniken für Feedback und Evaluation einsetzt.

2.2 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. Diese Kennzeichnungen weisen ein hohes Maß an Übereinstimmung und Ähnlichkeit auf. Zusammenfassend können dabei vier große Funktionsbereiche und Aufgabenfelder unterschieden werden, die im Folgenden beschrieben sind:

- eine die **formalen und institutionellen** Rahmenbedingungen gewährleistende Funktion
- 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), Lohmann (2010) und Schmelzer (1997)** 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.

Schmelzer (1997 im Anschluss an Kadushin, 1979) nennt als Funktionen von Supervision folgende Punkte:

Edukative Funktion	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Wissen und Können • Training/Übung von Methoden und Vorgehensweisen • Förderung der professionellen Identität
Administrative Funktion	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätssicherung und Evaluation der Therapien • Sicherung des Patientenschutzes • Einhaltung von ethisch-berufsständischen Richtlinien
Supportive Funktion	<ul style="list-style-type: none"> • emotionale Unterstützung bei schwierigen Berufssituationen • Begleitung und Entlastung bei beruflichem Stress

	<ul style="list-style-type: none"> • persönliche Psychohygiene
Emanzipatorisch-aufklärerische Funktion	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexion, Aufdecken, Bewusstmachen und Verändern bislang unbekannter persönlicher, interaktioneller und institutioneller Bedingungen • Förderung der persönlichen Entwicklung

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.

2.3 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:

- **Einzel-supervision:** 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

Während sich viele Autorinnen und Autoren bzgl. der Merkmale, Funktionen und Zielsetzungen von Supervision einig sind, gibt es durchaus unterschiedliche Ansätze, um diese Zielsetzungen und Aufgaben von Supervision zu erreichen. Entsprechend haben sich national wie international eine Reihe von Supervisionsmodellen etabliert. 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. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Supervidierten in Bezug auf das benannte Problem nicht über ausreichende Problemlösekompetenzen verfügen. Die Supervisorin/der Supervisor hat daher die Aufgabe, in professioneller Weise die Entwicklung von Lösungsstrategien zu unterstützen. Hierfür werden IST- und ZIEL-Zustand analysiert, Hindernisse der Zielerreichung identifiziert und Lösungswege erarbeitet.

Der Problemlöseprozess umfasst verschiedene Phasen. 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. Erst nach Abschluss dieser

orientierenden Phase wird entsprechend des Auftrags eine Problem- und Mittelanalyse durchgeführt, die zu einer Lösung des benannten Problems führen sollen.

Dieses problemlösungsorientierte Phasenmodell wird als eine Metastruktur für Supervision betrachtet, die flexibel und methodenoffen ist, eine effiziente Supervision ermöglicht und die oben genannten Ziele und Funktionen von Supervision (siehe 2.2) realisiert.

3.2 Das Modell in Haupt- und Unterprogrammen

Lieb (2015, 2016) beschreibt ebenfalls ein ziel- und lösungsorientiertes Vorgehen für die Fallsupervision. Er geht von einem Hauptprogramm aus, in dem der eingebrachte Fall bzw. die Fragestellung bearbeitet werden. Wenn diese fallbezogene Supervision im Hauptprogramm zu stocken scheint oder Schwierigkeiten auftreten, schlägt er ein Umschalten auf sog. Unterprogramme vor. Das Modell hat zum Ziel, das komplexe Supervisionsgeschehen zu strukturieren und allen Beteiligten eine Orientierungshilfe zu bieten.

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 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, kompetenten 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)

Inhaltlich finden sich auch hier – akzentuiert durch den Umsetzungs- und Kompetenzbegriff - die Funktionen und Zielbereiche von Supervision wieder, die oben unter 2.2 aufgeführt sind.

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. Sie sollen auch als Orientierungshilfe für die Konzeption von Supervisions-Curricula betrachtet werden (siehe hierzu ergänzend auch Abschnitt III) und stellen somit die Grundlage für die Akkreditierung von Supervisions-Curricula durch den DVT dar.

Hinsichtlich der Kernkompetenzen einer DVT-Supervisorin/eines DVT Supervisors werden wir uns zunächst unter 1. den Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Supervision zuwenden. Hierbei wird auf Fragen der Zielgruppe, des Settings, rechtlicher Voraussetzungen sowie erforderlicher theoretischer Kenntnisse eingegangen. Unter 2. Problemnennung und Formulierung des Supervisionsanliegens erörtern wir, welche konkreten Kompetenzen zur Fokussierung in der Supervision benötigt werden. Unter Punkt 3 werden Aspekte der besonderen supervisorischen Beziehungsgestaltung dargelegt. Hierzu gehören die interaktionelle Gestaltung der Supervision, die Etablierung einer tragfähigen Supervisionsbeziehung und die Förderung einer vertrauensvollen Lernatmosphäre. 4. beleuchten wir Kernkompetenzen hinsichtlich des Intervenierens, Steuerns, Lenkens, Informierens und Regulierens der Supervision. Schließlich werden unter Punkt 5 erforderliche Kompetenzen zum Umgang mit Störungen und Schwierigkeiten im Supervisionsprozess beschrieben.

4.1 Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Durchführung von Supervision

- a. Je nach **Zielgruppe** (KJP, PP, Einzel- oder Gruppentherapie) sind an die Supervision unterschiedliche Anforderungen gestellt, um einen effektiven supervisorischen Prozess zu ermöglichen. Die notwendigen Voraussetzungen für die Supervision je Zielgruppe sollten reflektiert und von der Supervisorin/vom Supervisor geschaffen werden.

Exkurs: Die Besonderheiten der KJP-Supervision

Die Supervision von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie stellt besondere Anforderungen an die Supervisorin/den Supervisor. Sie hat zu berücksichtigen, dass die Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen sich durch zwei grundsätzliche Kriterien von der Erwachsenentherapie unterscheidet:

Entwicklungsdimension: Die Berücksichtigung des jeweiligen Entwicklungsstandes und die entwicklungsabhängigen Veränderungen sind für das Verständnis und die Behandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen von essenzieller Bedeutung.

Systemdimension: Leben und Verhalten bei Kindern und Jugendlichen sind enger auf die aktuelle Umwelt bezogen und stärker vom Entwicklungskontext abhängig als bei Erwachsenen. Dies bedeutet, dass Risiko- und Schutzfaktoren im sozialen Umfeld eine besondere Bedeutung haben und dementsprechend psychische Symptome häufig unmittelbare Reaktionen auf dieses Umfeld darstellen und in einem weiteren Sinne als Anpassungsversuche aufgefasst werden könnten.

Aus diesen Besonderheiten lassen sich eine Reihe von **speziellen Interventionsprinzipien** ableiten, die das therapeutische Vorgehen der Kinder- und Jugendlichenverhaltenstherapie – und dementsprechend auch die Komplexität des Supervisionsprozesses – in besonderer Weise kennzeichnen:

- **Störungsverständnis:** Die Möglichkeiten zu einem differenzierten Krankheits- und Störungsverständnis bilden sich bei Kindern und Jugendlichen erst im Laufe der Entwicklung heraus
- **Beziehungsgestaltung:** Neben der therapeutischen Rollenverteilung spielt im Verhältnis zwischen Patientin/Patient und Therapeutin/Therapeut der generationale Unterschied eine wesentliche Rolle. So kann die Entwicklungsaufgabe der Autonomiegewinnung mit Inhalten und Zielen der Therapie konfligieren. Das Generationsgefälle beeinflusst auch insofern die Steuerung des therapeutischen Prozesses als die Therapeutin/der Therapeut häufig eine direktivere Rolle einnimmt.
- **Spieltherapeutische und aktionale Methoden:** Zur Anpassung der Methoden und Techniken an den jeweiligen Alters- und Entwicklungsstand gehört insbesondere die Integration von praktischen, aktionalen und spielerischen Interaktionsmöglichkeiten; Therapie findet nicht nur im verbalen Medium statt.

- **Einbeziehung der Bezugsperson:** Je jünger das Kind ist, desto enger ist die Verzahnung zwischen individuellem und interpersonell-sozialem Bereich zu sehen. Vom Kleinkindalter bis zum Jugendalter variiert so die Bedeutung der Bezugspersonen innerhalb der Therapie in einem sehr großen Ausmaß.
- **Therapie in natürlichen Settings:** Die Therapie beschränkt sich nicht nur auf die klassische Therapiesituation im Therapiezimmer, sondern bezieht die Settings des realen Lebensumfeldes (allen voran Familie und Schule) in angemessenem Ausmaß mit ein.
- **Interdisziplinäre Zusammenarbeit:** Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sind schließlich in besonderer Weise auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit angewiesen. Es wird häufig eine ganze Reihe von Personen und Instanzen miteinbezogen, wenn es darum geht, therapeutische Interventionen wirksam und nachhaltig zu gestalten.

Dieser Komplexität sollte in einem Curriculum zur Supervision im Bereich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie in besonderer Weise Rechnung getragen werden.

Exkurs Ende.

- 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. Dies betrifft z.B. die Supervision einer Therapie in einer Ausbildungsambulanz, in der die Therapeutin/der Therapeut und die Supervisorin/der Supervisor die allein verantwortlichen Akteure darstellen, im Gegensatz zur Supervision einer stationären Therapie, in der die Fallverantwortlichen der Klinik mit zu berücksichtigen sind. Im Rahmen von Teamsupervisionen sind reine fallbezogene Fragestellungen zu unterscheiden von Aufträgen hinsichtlich der Zusammenarbeit im Team, möglichen Konflikten entlang von Berufsgruppen, Hierarchieaspekten oder strukturellen Defiziten einer Organisation.
- c. Supervisorinnen / Supervisoren, die im Rahmen der Aus- bzw. Weiterbildung tätig sind, sollten mit den gesetzlichen **Anforderungen und Rahmenbedingungen der Ausbildungsordnung** für PP u/o KJP vertraut sein, aber auch die jeweilige **Umsetzung am spezifischen Ausbildungsinstitut** gut kennen, um die Auszubildenden im gesamten Ausbildungsverlauf begleiten und unterstützen zu können.
- d. Die Supervisorin/der Supervisor sollte die **rechtlichen Bedingungen** der Supervision im jeweiligen Kontext kennen, wie z.B. die fachlich-rechtliche Fallverantwortung der Supervisorin/des Supervisors im Ausbildungskontext, die Pflicht zur Dokumentation oder Berichtspflichten im Binnenverhältnis zur Ausbildungsstätte.

- e. Die Supervisorin/der Supervisor sollte über Hintergrundwissen und **theoretische und wissenschaftliche Kenntnisse zu Supervision** verfügen, wie z.B. über den Stand der Forschung zu Qualitätskriterien von Supervision im Kontext von therapeutischer Kompetenzentwicklung oder über verschiedene Supervisionskonzepte.

4.2 *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.

Supervisorische Modelle können den „Auftrag an die Supervisorin / den Supervisor“ (wie er im AZA-Modell von Lohmann (2010) vorausgesetzt wird) betonen oder aber von einem Entwicklungsmodell der Kompetenzentwicklung geleitet sein, das spezifische Aufgaben für die Supervisorin/den Supervisor, wie z.B. Technikbegründungen, Repertoiretests (z.B. Zarbock, 2016) formuliert. Im supervisorischen Alltag ist davon auszugehen, dass das Anliegen bzw. die Fragestellung der Supervidierten keineswegs immer als gegeben vorausgesetzt werden kann, sondern das Anliegen kann unklar sein. In einem ersten Schritt im SV-Prozess sollte dann das „**präsentierte**“ Anliegen der Supervidierten in ein „**supervidierbares**“ oder auch „**notwendigerweise zu supervidierendes**“ (= aus Gründen der Qualitätssicherung oder der Kompetenzvermittlung) Anliegen überführt werden. Diese Überführung benötigt in Abhängigkeit vom Ausbildungsstand der Supervidierten ein unterschiedliches Maß an Direktivität bzw. Unterstützung durch die Supervisorin/den Supervisor.

Auf Seiten der Supervisorin/des Supervisors setzt dieser Schritt sowohl die **Kompetenz** voraus, das „präsentierte“ Anliegen einer Problem-Kategorie zuzuordnen („**Problemdiagnostik**“) als auch sich anschließend mit den Supervidierten auf ein **gemeinsames Supervisionsanliegen** zu einigen (z.B. Fokus setzen).

Vertiefend: Ergänzende Informationen zur „**Problemdiagnostik**“

Welchen **Kategorien von Problemen** kann das Anliegen zugeordnet werden? Im allgemeinen Prozess-Modell der Verhaltenstherapie geht es hier um einen ersten Schritt zur Formulierung des „IST-Zustandes“. Die auftretenden Probleme können i.d.R. drei großen Bereichen zugeordnet werden:

- 1. Probleme als Kompetenz-Defizite**
- 2. Interaktionsprobleme und Probleme in der therapeutischen Beziehung**
- 3. Probleme der Supervidierten und „Einstellungsprobleme“** (nach Lohmann, 2010)

Diese drei Ober-Kategorien beinhalten folgende Subkategorien:

Zu (1): Probleme als Kompetenz-Defizite

Hier handelt es sich um Defizite, die die Darstellung und Aufbereitung des Falles in folgenden Bereichen betreffen:

Ungenügend individualisierte Falldarstellung: Info-Defizite, Auswahl, unangemessene Reduktion, Gewichtung von (diagnostischen) Daten und Informationen.

Störungsmodell: Die Informationen werden fehlerhaft verarbeitet. Das Störungsmodell wird den vorliegenden Informationen (Biografie, Krankheitsanamnese, psychopathologischer Befund) nicht gerecht, ist in sich widersprüchlich und daher nicht tragfähig für die Ableitung therapeutischer Maßnahmen. Die vorgenommene Hypothesenbildung muss korrigiert, ergänzt, reformuliert werden.

Störungswissen: Das allgemein psychopathologische und individual-anamnestische Wissen über die im Behandlungsfall vorliegende(n) Störung(en) ist nicht ausreichend.

Veränderungswissen: Das Wissen über die im Behandlungsfall in Frage kommende Strategie und die einsetzbaren Techniken und Methoden ist nicht ausreichend.

Das *formale Therapiewissen* ist nicht ausreichend (z.B. Was ist Richtlinien-Therapie?, Differenzierung von manualbasierter Therapie und individualisierter Therapie auf Basis eines individualisierten Störungsmodells und einer individualisierten Therapieplanung).

Zu (2): Interaktionsprobleme und Probleme in der therapeutischen Beziehung

Hier handelt es sich um Probleme der Supervidierten, die die therapeutische Beziehungsgestaltung betreffen:

Probleme zu *Therapiebeginn*: Erstkontakt, Kontakt aufnehmen, Beziehungsaufbau.

Probleme bei der Klärung von Therapie- und Änderungsmotivation, Leidensdruck und individuellen Therapiezielen.

Probleme in der *therapeutischen Beziehungsgestaltung* im weiteren Verlauf der Therapie und bei der Steuerung des therapeutischen Prozesses.

Motivationale Aspekte in der therapeutischen Beziehungsgestaltung, wie z.B. Schwankungen der Therapiemotivation, mangelnde Mitarbeit, Widerstand in der Therapiesitzung oder im therapeutischen Prozess.

Probleme im *Umgang mit Eltern, Bezugspersonen oder Bezugssystemen*, z.B. Loyalität zwischen Patientin/Patient und Eltern/Bezugspersonen, kritische, unzufriedene Eltern/Bezugspersonen.

Zu (3): Probleme der Supervidierten und „Einstellungsprobleme“ (nach Lohmann, 2010)

Hindernisse in der *Lernfähigkeit der Supervidierten*.

„*Einstellungs-Probleme*“, wie Vorurteile und alltagspsychologische Konstrukte (z.B. ätiologische Vorstellungen).

Interaktionelle Auffälligkeiten (i.S. des Kiesler-Kreises, in Form von Beziehungstests).

Persönliche Eigenschaften der Supervidierten (z.B. impulsiv, narzisstisch, ängstlich-überevorsichtig), Abgrenzungsschwierigkeiten, Überengagement, Vermeidung etc.

Manifeste *psychische Probleme, Auffälligkeiten und Krisen* der Supervidierten.

4.3 Beziehungsgestaltung

Die im Folgenden aufgeführten Kompetenzen zur Gestaltung einer tragfähigen und entwicklungsförderlichen Supervisionsbeziehung ergeben sich aus dem derzeitigen Stand der Supervisionsforschung (einschließlich der vom DVT durchgeführten qualitativen Interviewstudie) sowie aus dem im Expertenaustausch erzielten Konsens. 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. Sie/er gestaltet die

Interaktionen in der Supervision konsistent und vermittelt den Supervidierten dadurch eine Rollen- und Aufgabenverteilung in der Supervision. In der Aus- und Weiterbildung berücksichtigt sie/er dabei auch die spezifischen Anforderungen an Supervision, da in diesem Kontext neben der Förderung der therapeutischen Entwicklung der Supervidierten auch die fachliche und rechtliche Verantwortung für die Patientenbehandlung von zentraler Bedeutung ist.

- 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. Diese sollte – ebenso wie eine tragfähige Therapiebeziehung – von einer offenen, empathisch-wertschätzenden, vertrauensvollen und konstruktiv-kritischen Haltung gegenüber Supervidierten geprägt sein (Barret & Barber, 2005). Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine kompetenzfördernde Supervision (Ladany & Inman, 2012; Mehr, Ladany & Caskie, 2010), in der sich Supervidierte hinsichtlich ihrer Anliegen öffnen und sich in einer selbsthinterfragenden und kritischen Weise mit ihrem psychotherapeutischen Handeln auseinandersetzen können (Quaschner, 2016). Die Zusammenarbeit wird als positiv und entwicklungsfördernd wahrgenommen, wenn die Supervisorin/der Supervisor sich in klarer Weise unterstützend für die Entwicklung der psychotherapeutischen Professionalität der Supervidierten zeigt, die entwicklungsspezifischen Bedürfnisse der Supervidierten berücksichtigt und positives Feedback gibt (Johnston & Milne, 2012; Milne, 2009; Rakovshik & McManus, 2013; Törnquist et al., 2018; Zarbock et al., 2012). Entsprechend ungünstig werden die Zufriedenheit und die Weiterentwicklung der angehenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beeinflusst, wenn Supervisorinnen und Supervisoren wenig empathisch sind, ausschließlich kritisches Feedback geben oder sich in unangemessener Art selbstöffnen (Gray et al., 2001; Johnston & Milne, 2012).
- 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). Durch eine offene und wertschätzende Grundhaltung gegenüber Supervidierten sowie durch die Etablierung und Einhaltung von Gruppenregeln, fördern Supervisorinnen und Supervisoren im Gruppensetting eine vertrauensvolle und konstruktive Umgangsweise unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Es soll möglich sein, sämtliche – auch schambesetzte – Anliegen offenzulegen und konstruktiv-kritische Rückmeldungen anzunehmen, was die Supervisorin/der Supervisor durch eine wohlwollende Haltung gegenüber Fehlern (Zimmer, 2009) ermöglicht.

- 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. Die supervisorische Beziehung hat Ähnlichkeit mit der therapeutischen Beziehung, weshalb die Supervisorin/der Supervisor aktualisierte ungünstige Reaktionsmuster der Supervidierten im Kontext der Supervision in einer empathischen und entwicklungsförderlichen Weise berücksichtigt und thematisiert.

4.4 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. Nach Auswahl des zu besprechenden Falles und Erarbeitung der Frage und Aufgabenstellung für die aktuelle Supervisionssitzung, sollte eine gemeinsame Problemanalyse erfolgen und es sollten konkrete hierauf bezogene Lösungsschritte erarbeitet werden (Zielorientierung). Hierbei sollten Aufgabenstellungen und Ergebnisse früherer Supervisionssitzungen berücksichtigt werden und damit auch ein konsequenter Verlauf des Supervisionsprozesses für den gesamten Therapiefall sichergestellt werden. Die Supervisorin/der Supervisor hat die Ergebnisverantwortung für die einzelne Sitzung, d.h. stellt sicher, dass am Ende der Sitzung eine konkrete Handlungsidee für die weitere Therapie entwickelt wurde, die auch die Supervisandin/der Supervisand ratifizieren kann.
- 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). Die Supervisorin/der Supervisor leitet neben der konkreten Fallbesprechung bei Bedarf ein Umschalten auf andere "Supervisions-Ebenen" ein, wie die Analyse der therapeutischen und auch supervisorischen Interaktion, Kontextanalysen, Selbstreferenz, VT-Teaching oder in Einzelfällen Therapieanweisungen (siehe "Unterprogramme der Supervision" nach

Lieb, 2015). Sie/er berücksichtigt hierbei den Entwicklungsstand und persönlichen Bedarf der Supervidierten (siehe auch entwicklungsorientierte Modelle zur Supervision, z.B. Hogan, 1964 oder Stoltenberg & Delworth, 1987, beide zit. nach Schmelzer, 1997).

- 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. Sie/er achtet hierbei auf Fehlerfreundlichkeit und Angstfreiheit und arbeitet gelungene therapeutische Interventionen heraus. Übergeordnetes Ziel stellt die Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortlichkeit der Supervidierten dar (siehe Lohmann, 2010).
- 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.

4.5 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. Diese „pathologischen“ Probleme stellen gewissermaßen einen Exzess des „normalen“ Supervisionsgeschehens dar und machen es meist erforderlich, den Prozess neu zu konzipieren und die „Störungen“ zu berücksichtigen oder aber – in extremen Fällen – das System „Supervisorin/Supervisor – Supervisandin/Supervisand“ ganz zu verlassen und systemübergreifende Schritte einzuleiten (z.B. Einschaltung der Aus- und Weiterbildungsleitung).

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).

4.6 Selbstreflexion der Supervisorinnen und Supervisoren

Zur Sicherstellung einer tragfähigen und förderlichen supervisorischen Beziehung in der Begleitung der unterschiedlichsten Therapeutinnen und Therapeuten in Aus- bzw. Weiterbildung (s.a. Absatz 4.3.) ist es notwendig, dass sich die Supervidierenden fortlaufend in ihrem professionellen Handeln und ihren interaktionellen Stilen reflektieren sowie sich ihrer persönlichen Erwartungen und eventuell auch Befürchtungen und Fallstricke bewusst sind. Sie sollten einen persönlichen Stil in die Supervision einbringen, eine eigene supervisorische Identität entwickeln, sich dieser jedoch bewusst sein und 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)

Intervisionsgruppen: 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.