



Kern • Schuhler

# Supervision in der Praxis



E-Book inside auf  
[psychotherapie.tools](https://psychotherapie.tools)

**BELTZ**

Dr. Ernst Kern  
Psychologischer Psychotherapeut  
Private Praxis für Supervision und Psychotherapie  
Gustav-Bruch-Str. 18  
66123 Saarbrücken  
E-Mail: [ernst.kern@t-online.de](mailto:ernst.kern@t-online.de)

Dr. phil. Petra Schuhler, Psycholog. Psychotherapeutin  
Praxis für Psychotherapie und Supervision  
Mainzerstraße 62  
66121 Saarbrücken  
E-Mail: [info@schuhler.de](mailto:info@schuhler.de)  
schuhler.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Beltz Verlagsgruppe behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor. Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-29376-1 Print  
ISBN 978-3-621-29377-8 E-Book (PDF)

1. Auflage 2026

© 2026 Programm Beltz Psychotherapie & Psychologie  
Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
[service@beltz.de](mailto:service@beltz.de)  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Charlotte Fischer  
Umschlagbild: DrAfter123 / Getty Images  
Herstellung: Sonja Droste  
Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, Birkenau  
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Einführung                                                                                | 10  |
| <b>I Das allgemeine Supervisionsmodell</b>                                                |     |
| 1 Merkmale guter Supervision                                                              | 16  |
| 2 Methodenvielfalt: Verfahrenstreue oder Evidenzbasierung?                                | 22  |
| 3 Was wirkt? Beziehung oder Technik?                                                      | 27  |
| 4 Die therapeutische Haltung                                                              | 34  |
| <b>II Theoretische Grundlagen, therapeutische Ansätze und methodische Vorgehensweisen</b> |     |
| 5 Aufbau des Modells                                                                      | 44  |
| 6 Theoretische Grundlagen                                                                 | 48  |
| 7 Methodische Vorgehensweisen                                                             | 118 |
| 8 Die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie nach Fonagy                                  | 135 |
| 9 Supervision: Mehrebenenstruktur und leitende Prinzipien                                 | 147 |
| <b>III Integrativer Supervisionsansatz in der Praxis</b>                                  |     |
| 10 Die verkörperte Supervision                                                            | 164 |
| 11 Fallvignetten mit Mehrebenenanalysen und methodischem Fokus                            | 181 |
| <b>IV Gruppentherapie: Integrativer Supervisionsansatz</b>                                |     |
| 12 Theoretische Ansätze                                                                   | 286 |
| 13 Methodik                                                                               | 294 |
| <b>Anhang</b>                                                                             |     |
| Schlussbemerkung                                                                          | 310 |
| Literatur                                                                                 | 311 |
| Sachwortverzeichnis                                                                       | 320 |

# Inhalt

|            |    |
|------------|----|
| Einführung | 10 |
|------------|----|

## I Das allgemeine Supervisionsmodell

|     |                                                          |    |
|-----|----------------------------------------------------------|----|
| 1   | Merkmale guter Supervision                               | 16 |
| 2   | Methodenvielfalt: Verfahrenstreue oder Evidenzbasierung? | 22 |
| 3   | Was wirkt? Beziehung oder Technik?                       | 27 |
| 4   | Die therapeutische Haltung                               | 34 |
| 4.1 | Die Bedeutung von Emotion, Resonanz und Körperbezug      | 36 |
| 4.2 | Prozessorientierung                                      | 38 |

## II Theoretische Grundlagen, therapeutische Ansätze und methodische Vorgehensweisen

|       |                                                                  |     |
|-------|------------------------------------------------------------------|-----|
| 5     | Aufbau des Modells                                               | 44  |
| 6     | Theoretische Grundlagen                                          | 48  |
| 6.1   | Modelle der allgemeinen Entwicklung: Piaget, Vygotskij und Stern | 48  |
| 6.1.1 | Das Entwicklungsmodell von Jean Piaget                           | 49  |
| 6.1.2 | Die Entwicklungstheorie von Lev Vygotskij                        | 51  |
| 6.1.3 | Die Theorie der Selbstentwicklung nach Stern                     | 54  |
| 6.2   | Fuchs' Modell der verkörperten Psyche                            | 58  |
| 6.3   | Modelle der Achtsamkeit                                          | 66  |
| 6.4   | Rogers' Modell der Bedeutung des einfühlenden Verstehens         | 74  |
| 6.5   | Gendlins Modell der Basis von Emotionen im Körpererleben         | 83  |
| 6.6   | Körperpsychotherapeutische Modelle                               | 95  |
| 6.7   | Greenbergs Modell der Veränderung von Gefühlen über Gefühle      | 109 |
| 7     | Methodische Vorgehensweisen                                      | 118 |
| 7.1   | Szenisches Verstehen                                             | 118 |
| 7.2   | Szenische Konstruktion                                           | 121 |
| 7.3   | Plausible Modelle, Metaphern, Narrative und kreative Medien      | 124 |

|          |                                                                |            |
|----------|----------------------------------------------------------------|------------|
| <b>8</b> | <b>Die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie nach Fonagy</b>  | <b>135</b> |
| <b>9</b> | <b>Supervision: Mehrebenenstruktur und leitende Prinzipien</b> | <b>147</b> |
| 9.1      | Rekursives Mehrebenenmodell mit Perspektivenkoordination       | 147        |
| 9.2      | Perspektiven                                                   | 154        |
| 9.3      | Unsere Prinzipien der Supervision                              | 159        |

### III Integrativer Supervisionsansatz in der Praxis

|           |                                                                    |            |
|-----------|--------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>10</b> | <b>Die verkörperte Supervision</b>                                 | <b>164</b> |
| 10.1      | Grundhaltung und methodische Ausrichtung                           | 164        |
| 10.2      | Doppelte Rahmung                                                   | 166        |
| 10.3      | Die Bedeutung von Intuition                                        | 170        |
| 10.4      | Fallverständnis und supervisorischer Kontext                       | 173        |
| <b>11</b> | <b>Fallvignetten mit Mehrebenenanalysen und methodischem Fokus</b> | <b>181</b> |
| 11.1      | Achtsamkeit                                                        | 182        |
| 11.1.1    | Mehrebenenanalyse                                                  | 183        |
| 11.1.2    | Methodischer Fokus                                                 | 185        |
| 11.2      | Einführendes Verstehen                                             | 187        |
| 11.2.1    | Mehrebenenanalysen                                                 | 187        |
| 11.2.2    | Methodischer Fokus                                                 | 193        |
| 11.3      | Therapeutische Beziehung                                           | 197        |
| 11.3.1    | Mehrebenenanalysen                                                 | 197        |
| 11.3.2    | Methodischer Fokus                                                 | 200        |
| 11.4      | Emotionsfokussierung                                               | 204        |
| 11.4.1    | Mehrebenenanalyse                                                  | 204        |
| 11.4.2    | Methodischer Fokus                                                 | 209        |
| 11.5      | Focusing                                                           | 213        |
| 11.5.1    | Mehrebenenanalysen                                                 | 214        |
| 11.5.2    | Methodischer Fokus                                                 | 219        |
| 11.6      | Körperpsychotherapie                                               | 226        |
| 11.6.1    | Mehrebenenanalysen                                                 | 226        |
| 11.6.2    | Methodischer Fokus: Zugang über die Körperebene                    | 234        |
| 11.7      | Szenisches Verstehen                                               | 238        |
| 11.7.1    | Mehrebenenanalysen                                                 | 238        |
| 11.7.2    | Methodischer Fokus                                                 | 245        |
| 11.8      | Szenische Konstruktion                                             | 246        |
| 11.8.1    | Mehrebenenanalysen                                                 | 247        |
| 11.8.2    | Methodischer Fokus                                                 | 250        |
| 11.9      | Zone der nächsten Entwicklung                                      | 254        |
| 11.9.1    | Mehrebenenanalysen                                                 | 254        |
| 11.9.2    | Methodischer Fokus                                                 | 256        |

|         |                            |     |
|---------|----------------------------|-----|
| 11.10   | Plausible Modelle          | 259 |
| 11.10.1 | Mehrebenenanalysen         | 260 |
| 11.10.2 | Methodischer Fokus         | 266 |
| 11.11   | Verkörperte Mentalisierung | 273 |
| 11.11.1 | Mehrebenenanalysen         | 273 |
| 11.11.2 | Methodischer Fokus         | 281 |

## **IV Gruppentherapie: Integrativer Supervisionsansatz**

|           |                             |            |
|-----------|-----------------------------|------------|
| <b>12</b> | <b>Theoretische Ansätze</b> | <b>286</b> |
|-----------|-----------------------------|------------|

|           |                        |            |
|-----------|------------------------|------------|
| <b>13</b> | <b>Methodik</b>        | <b>294</b> |
| 13.1      | Probleme des Formings  | 297        |
| 13.2      | Probleme des Stormings | 298        |
| 13.2.1    | Mehrperspektivität     | 301        |
| 13.2.2    | Mehrebenenanalyse      | 304        |

### **Anhang**

|                     |     |
|---------------------|-----|
| Schlussbemerkung    | 310 |
| Literatur           | 311 |
| Sachwortverzeichnis | 320 |

# Einführung

Psychotherapeutisch und supervisorisch in der Psychotherapie zu arbeiten bedeutet, in einem sehr komplexen Praxisfeld tätig zu sein. Daher bedarf es einer sinnvollen Reduktion der Komplexität, ohne dadurch die wesentlichen Merkmale von Therapie zu vernachlässigen. Als möglicher Lösungsansatz scheinen strukturierte, teils standardisierte Vorgehensweisen nahezuliegen: Die Reduktion des therapeutischen Handelns auf Techniken und Manuale – bis hin zu stark eingegrenzten Verfahren – suggeriert dabei Handlungssicherheit.

Gerade für angehende Psychotherapeutinnen ist es verführerisch, sich ganz auf das Aneignen von Techniken und auf die möglichst genaue Anwendung von manualisierten Konzepten zu konzentrieren. Neben dem sinnvollen und notwendigen Erlernen von Wissen und der Vermittlung von Konzepten braucht es aus unserer Sicht aber den Bezug auf ganz andere Aspekte von Psychotherapie, wie z. B. auf die therapeutische Beziehung, das emotionale Erleben des Patienten und auf die eigene innere Resonanz. Es braucht eine gleichzeitige Aufmerksamkeit auf implizite Prozesse, eine Achtsamkeit darauf, wie die eigene Person als Therapeutin hilfreich sein kann und will. Daher kommt der Supervision (und Selbsterfahrung bzw. Lehrtherapie) in der Aus- und Weiterbildung eine zentrale Rolle zu, neben dem klinischen Wissen über Störungsbilder, diagnostischen Kriterien und therapeutischen Konzepte. Die konkrete Ausgestaltung der Supervision kann dabei, je nach zugrunde liegendem Konzept, sehr unterschiedlich sein.

In diesem Buch wird ein integratives praxisnahes Konzept der Supervision vorgestellt, das aus unserer jahrzehntelangen psychotherapeutischen, supervisorischen und ausbilderischen Tätigkeit entstanden ist. Es bezieht sich in erster Linie auf die Supervision von Psychotherapie, ist aber sicherlich auch anwendbar für intensivere Beratung. Das Buch will beginnende und erfahrene Supervisoren unterstützen, die eigene supervisorische Tätigkeit vertieft zu reflektieren, und möchte Anregung geben zu einer lebendigen, multiperspektivischen Supervision. Gleichzeitig will das Buch diejenigen, die in Kliniken, Institutionen, Lehrpraxen und Ausbildungsinstituten mit der Supervision beauftragt sind, an diese wichtige Aufgabe heranführen. Durch die wenig geglückte Reform der Psychotherapieausbildung ist hier großer Bedarf entstanden, da die bewährte Supervisionsstruktur aufgelöst wurde. Damit sind viele Fragen und Probleme aufgeworfen worden, die erhebliche Herausforderungen für die Qualität der Supervision mit sich bringen. Das Buch möchte dazu beitragen, auf der Basis aktueller theoretischer und methodischer Ansätze klare Orientierungen und Hilfestellungen in der Supervision zu geben.

Was meinen wir nun genau mit »integrativ«? Wir wollen neben den klassischen Domänen der Supervision, wie Störungsspezifität oder Fallkonzeption, weitere Sichtweisen eröffnen, die sich aus unserer Erfahrung als besonders relevant und hilfreich erwiesen haben. Insbesondere geht es uns dabei um den Fokus auf Beziehung, Emotionen, Achtsamkeit und Körperbezug – konstitutive Elemente, die in unser Konzept einer

verkörpert Mentalisierungsfähigkeit münden. Die Aktivierung des Erlebens wird als wesentlicher Motor von Therapie verstanden, was wir auch intensiv in der Supervisorfortbildung nutzen, damit dies in der eigenen Supervisionstätigkeit wirksam vertreten werden kann. Wir sind davon überzeugt, dass die eigene Erfahrung und das Erleben im Hier-und-Jetzt in der Supervision oft überzeugender sind als hauptsächlich kognitive Wissensvermittlung.

Die konkreten Vorgehensweisen, die wir auf dieser Basis entwickelt haben, entfalten sich unter der Prämisse, dass die therapeutische Beziehung den Boden für Vertrauen, Motivation, Entwicklung und Wachstum darstellt. Wir sehen sie als den Megafaktor für Psychotherapie an. Damit schließen wir an den integrativen Perspektiven in der Psychotherapieforschung an, die sich an den »common factors« von Psychotherapie orientieren. Unter diesen spielt die therapeutische Beziehung eine zentrale Rolle. Dabei rücken Prozesse, Intuition, Synchronizität, Responsivität, Beziehungsresonanz und Bindung in den Mittelpunkt. Wichtige neue Ansätze aller Grundverfahren konvergieren auch in diese Richtung, nehmen wir nur Greenbergs emotionsfokussierte Therapie, die Mentalisierungsbasierte Therapie nach Fonagy oder Linehans Dialektisch-Behaviorale Therapie.

Weiterhin durchzieht unser Konzept eine entwicklungspsychologische Perspektive, die zum einen die frühen Bindungserfahrungen in einer Entwicklungslinie verbindet mit dem Vermitteln von Konzepten (innerer) Achtsamkeit, emotionaler Kompetenz, Emotionsregulation, Körperbezug und darin gipfelter Mentalisierungsfähigkeit. Wir wollen dazu befähigen, den Entwicklungsstand in der psychotherapeutischen Arbeit zu erkennen, Entwicklungsprozesse anzustoßen und den jeweils nächsten Schritt zu initiieren. Hier greifen wir Piagets Konzept von Assimilation und Akkommodation auf sowie das der Zone der nächsten Entwicklung von Vygotski.

Vor diesem Hintergrund geht es vor allem um die Ausbildung, Reflexion und Schärfung einer supervisorischen Haltung, aus der dann die konkreten Vorgehensweisen hervorgehen. Der Bezug auf Grundannahmen und dahinterliegende Menschenbilder wird dabei immer wieder aufgezeigt, da es nach unserer Überzeugung keine theoriefreien Konzepte gibt und die jeweiligen Menschenbildaspekte wichtige Implikationen für Verstehen und Handeln haben.

Wir gehen nun nicht davon aus, dass es nur eine »richtige« Sichtweise gebe, sondern betrachten das Innewerden der unvermeidlichen Mehrperspektivität als Schwerpunkt, sowie das kunstvolle »Verbindenkönnen« paralleler, aber nicht immer synchroner Sichtweisen. Die seit Freuds Ursprüngen entstandene Vielfalt der psychotherapeutischen Hauptverfahren, der Psychoanalyse bzw. Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, Humanistischen Therapie und der Systemischen Therapie wird als großer Reichtum verstanden. Alle nehmen wichtige Aspekte von Psychotherapie auf, haben sich weiterentwickelt und können viel beitragen. Wo immer möglich, versuchen wir den Bezug auf ein Konzept aufzuzeigen. Wir haben bewusst darauf verzichtet, den alten Verfahrensstreit weiterzuführen.

Als Tiefenstruktur und zugrunde liegendes Paradigma beziehen wir uns auf die Leibphänomenologie in der Tradition von Merleau-Ponty und Husserl, wie es Thomas Fuchs

für den psychiatrischen und psychotherapeutischen Kontext ausformuliert hat. Hierauf beruht auch unsere starke Betonung der Verkörperung allen Erlebens (und im weiteren Sinne allen Lebens). Alle theoretischen Konzepte, die unseren empfohlenen superviso-  
rischen Vorgehensweisen zugrunde liegen, sind mit der Leibphänomenologie in Ein-  
klang zu bringen, wenn sie sich auch nicht immer explizit auf diese stützen, außer den  
humanistischen Therapieansätzen, die inhärent enge Bezüge zur Leibphänomenologie  
aufweisen. In der Entwicklung des Konzepts hat es uns phasenweise selbst erstaunt, mit  
welcher Konsequenz sich dieses Grundkonzept in der Supervision umsetzen lässt und  
welche zum Teil nicht alltäglichen, weittragenden Perspektiven daraus gewonnen wer-  
den können. Wir nennen den von uns vertretenen Ansatz daher auch »verkörperte Su-  
pervision«, um die Bedeutung dieser Ausrichtung zu unterstreichen.

Als besonders wichtig für die Entwicklung unseres Supervisionsansatzes erwiesen  
sich unsere eigenen Aus- und Weiterbildungen in mehreren Verfahren, die von Psy-  
choanalyse und Personenzentrierter Therapie reichen über Körperpsychotherapie und  
Verhaltenstherapie bis hin zu sprecherischer Gestaltung und darstellendem Spiel. Wir  
verfügen auf dieser Basis über eine jahrzehntelange psychotherapeutische Praxis im  
ambulanten und stationären Rahmen, in Einzel- und Gruppentherapien und eine fast  
ebenso lange Supervisionspraxis im Einzel- und Gruppensetting, die auch häufig grup-  
pentherapeutische Prozesse einbezieht. Außerdem konnten wir für das Schreiben des  
Buchs von unseren langjährigen Dozenturen in der theoretischen Psychotherapieaus-  
bildung an mehreren Ausbildungsinstituten verschiedener therapeutischer Schulen pro-  
fitieren. Als besonders gewinnbringend erwies sich schließlich unsere fast zehnjährige  
gemeinsame Arbeit an Konzeption und Leitung von Curricula für die Meta-Supervi-  
sion, d. h. die Supervision von Supervisionen, sowie für den Erwerb der Fachkunde  
Gruppentherapie.

Wir sind uns bewusst, dass unser Konzept etwas vom »Mainstream« abweicht. Man-  
che der von uns vertretenen Sichtweisen sind unseres Erachtens zu Unrecht aus den  
Augen verloren gegangen. Dazu zählt insbesondere die Personenzentrierte Therapie von  
Rogers, die mit dem Konzept des einführenden Verstehens eine Schlüsselkompetenz für  
Verlauf und Ergebnis von Therapie und Supervision bereitstellt. Ermutigt hat uns, dass  
gerade diese Vorgehensweise sich in vielen Supervisionsstunden und in der Superviso-  
renfortbildung als hilfreich und weiterführend erwiesen hat.

Da man in der Supervision von der eigenen Auffassung guter Therapie ausgehen  
muss, halten wir es für sehr wichtig, dass man als Supervisor sein eigenes Therapiemo-  
dell (das natürlich von unserem abweichen kann) kennt und reflektiert. Wir haben uns  
bemüht, dafür viele Anregungen zu geben.

Im ersten Teil (Kap. I und II) des Buchs stellen wir die Modelle und Theorien, die wir  
in unserem integrativen Supervisionsmodell verbinden, ausführlich dar und zeigen schon  
im Ansatz auf, wie diese in der Supervision vermittelt und praktisch umgesetzt werden  
können. Als Kondensat der empfohlenen praktischen Vorgehensweise können die am  
Ende von Kapitel II aufgelisteten Supervisionsperspektiven gelten, die die Verbindung  
zum dritten Kapitel des Buches herstellen, in dem die praktische Umsetzung in der Su-  
pervision detailliert ausgeführt wird. Kapitel IV ist – in kürzerer Form als in Kapitel III,

das sich auf Einzeltherapie bezieht – der Umsetzung unseres Supervisionsansatzes auf gruppentherapeutische Prozesse gewidmet.

In den Kapiteln III und IV, die sich ganz dem konkreten supervisorischen Handeln widmen, verbinden wir rekursive Mehrebenenperspektiven mit Beispielen aus der Praxis der Supervision und machen sie damit anschaulich. Die Supervisionsperspektiven dienen dabei als Orientierung für die supervisorischen Entscheidungen und setzen den jeweiligen Fokus. Wir möchten mit dem Buch dazu einladen, das dargestellte supervisorische Vorgehen nachzuvollziehen, anzuwenden und in der eigenen supervisorischen Praxis weiterzuentwickeln.

### **Vorbemerkung**

Zur sprachlichen Gleichbehandlung der Geschlechter werden weibliche und männliche Personenbezeichnungen abwechselnd verwandt. Sämtliche Bezeichnungen sind geschlechtsübergreifend zu verstehen, einschließlich nicht-binärer und diverser Geschlechtsidentitäten.



# Das allgemeine Supervisionsmodell

- 1 Merkmale guter Supervision
- 2 Methodenvielfalt: Verfahrenstreue  
oder Evidenzbasierung?
- 3 Was wirkt? Beziehung oder Technik?
- 4 Die therapeutische Haltung

# 1 Merkmale guter Supervision

Supervision nimmt eine Schlüsselrolle ein, wenn es um die Qualität der Psychotherapie geht. Dies wird offensichtlich auch von angehenden Psychotherapeutinnen so wahrgenommen: Werden sie danach gefragt, wo sie am meisten psychotherapeutische Kompetenz erwerben, wird an erster Stelle die Supervision genannt (Livni et al., 2012).

Supervision wird auch in der Fachliteratur als wesentliches Instrument zur Reflexion und Weiterentwicklung professionellen Handelns in der Psychotherapie verstanden. Dabei werden unterschiedliche Schwerpunkte für die Supervision gesetzt: Sulz und Gräff-Rudolph (2020) verstehen Supervision als strukturierten, verhaltenstherapeutisch orientierten Lernprozess. Zarbock (2017) betont stärker die Bedeutung einer ressourcen- und lösungsorientierten Ausrichtung. Möller und Lohmer (2017) begreifen Supervision als reflexiven, dialogischen Prozess. Gödde et al. (2022) legen aus tiefenpsychologischer Sicht den Schwerpunkt auf unbewusste Prozesse.

Unser allgemeines Supervisionsmodell lässt sich in eine phänomenologisch fundierte, leiblich-affektive Perspektive einordnen, mit den Schwerpunkten Emotion, Resonanz, Körperbezug und Mentalisierung. Im Folgenden werden die Grundlagen dieses Ansatzes näher beleuchtet.

## **Supervision als zentraler Bestandteil der psychotherapeutischen Praxis und Ausbildung**

Supervision ist zentraler Bestandteil der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung. Im Mittelpunkt der Supervision steht in methodischer Hinsicht, was sich im therapeutischen Prozess zeigt. Der Aufgabenbereich reicht von der Reflexion psychotherapeutischer Fälle über die Arbeit mit komplexen, multiperspektivischen Prozessen bis hin zur Entwicklung von Haltung und therapeutischer Beziehungsgestaltung. Es geht darum, zu vermitteln, wie Vertrauen und Zuversicht bei Menschen aufgebaut werden können, die sich in einer Notlage befinden und deren Lebenskräfte erschöpft oder doch erheblich eingeschränkt sind. Und das ist nicht immer so leicht. Es wird um Fühlen und Nachspüren gehen, um Entwicklung und Heilung. Supervision bedeutet, diesen Weg einfühlsam zu begleiten und zu vermitteln, wie Nähe in der Psychotherapie entsteht – durch gutes Zuhören, emotional getragenes Verstehen und ein verlässliches Dasein mit Rat und Tat. Kurz – Supervision ist ein anspruchsvolles Unterfangen.

Was steht im Mittelpunkt? In erster Linie sollte aus unserer Sicht Beziehungsverstehen aufgebaut werden, um eine tragfähige, vertrauensvolle therapeutische Beziehung zu entwickeln. Wichtig ist dabei, den eigenen Anteil an positiven und negativen Bewegungen im Therapieprozess hinterfragen zu können. Nicht weniger wichtig ist es, die methodischen und therapeutischen Fähigkeiten, abgestimmt auf die kontextuellen Erfordernisse, auszuwählen, anzubieten und zu vermitteln. Dabei gilt es, solche auszuwählen, die für diesen speziellen Fall, bei diesem besonderen Menschen in der Therapiestunde und an dieser Stelle im therapeutischen Prozess geeignet sind. Vor diesem Hintergrund

gehören diagnostische Kompetenz, klinische Methoden und Interventionstechniken zum Handwerkszeug, das in der Supervision weitergegeben werden soll. Aber auch die Kunst der Psychotherapie soll gelehrt werden, nicht allein die Technik, sondern auch das Feingefühl, der Einfallsreichtum, die Kreativität im psychotherapeutischen Vorgehen. Auch wenn dieses hohe Ziel vielleicht nicht in jeder Supervisionsstunde erreicht werden kann, ist es dennoch wichtig, es klar zu formulieren. Nur so kann es den Stil und Charakter der Supervision mitprägen.

Wenn die Qualität der therapeutischen Beziehung eine Schlüsselrolle spielt (s. Abschn. 11.3), stellt sich die zentrale Frage, wie es gelingen kann, anderen in deren Psychotherapieführung dabei behilflich zu sein, zu deren Entwicklung beizutragen. Das sollte in jeder Supervision besondere Bedeutung haben, weil nur dann erwartet werden kann, dass die therapeutischen Botschaften als relevant erachtet und internalisiert werden können. Vor allem der personenzentrierte Ansatz von Rogers und bindungstheoretische Modelle geben Aufschluss darüber, wie man dorthin gelangt. Feinfühligkeit im Sinn empathischen Verstehens ist besonders wichtig und sollte deshalb in der Supervision unterstützt werden. Nur so ist es möglich, sich in der individuellen Therapie an den Bedürfnissen des Einzelnen zu orientieren. Es leuchtet unmittelbar ein, dass dies am besten durch das empathische Modell des Supervisors gelingt. Deshalb widmen wir uns der supervisorischen Fähigkeit, Empathie zu zeigen und zu vermitteln, in besonderem Maß (s. Abschn. 6.4 und 11.2). Als einen weiteren zentralen Bezugspunkt für Therapie und Supervision sehen wir den Körper, die Verkörperung und die Körperresonanz, weswegen wir unser Modell »verkörperte Supervision« genannt haben (s. Abschn. 6.4 und 6.7). Konzepte der Körperlichkeit prägen entsprechend sowohl die theoretische Rahmung als auch die methodischen Zugänge zur Supervision. Vor dem Hintergrund der vielfältigen Anforderungen an die supervisorische Kompetenz werden im Folgenden die Grundlagen, Wirkfaktoren und didaktischen Prinzipien der Supervision beleuchtet, die unseren Supervisionsansatz prägen.

**Was ist gute Supervision?** Wir bemühen uns, die zugrunde liegenden Annahmen unseres integrativen Modells differenziert so darzulegen, dass deren argumentative Tragweite deutlich wird. Indem wir diese transparent machen, wollen wir nicht nur eine Basis für unsere methodischen Vorgehensweisen schaffen. Vielmehr gehen wir von der Prämisse aus, dass Supervision und Psychotherapie nicht auf Methoden und Techniken reduziert werden sollten, da sie immer auf einem bestimmten Menschenbild, dem Paradigma, beruhen, auch wenn dieses nicht expliziert wird. Techniken und Methoden erschließen sich deshalb erst vor dem Hintergrund dieser impliziten Annahmen in ihrer klinischen Bedeutung.

**Paradigmen psychotherapeutischer Modelle.** Wir beziehen uns auf Kuhn (1976), der in seinem aufsehenerregenden Buch »Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen« herausgearbeitet hat, dass Wissenschaft sich nicht durch Anhäufung von Wissen fortentwickelt, sondern durch fundamentale Paradigmenwechsel, in denen bestehende Modelle durch grundlegend neue ersetzt werden. Dies geschieht deshalb, weil das neue Paradigma erklärungsmächtiger ist und Fragestellungen umfassender oder aus einem neuen Blickwinkel beantworten kann. Solche Wechsel nennt Kuhn »wissenschaftliche

Revolutionen«, die eine neue Perspektive eröffnen auf das, was Wissenschaft ist, auf die bestimmenden Fragestellungen der Forschung, welche Methoden – davon abhängig – als valide gelten und auf dieser Basis einem Menschenbild verpflichtet sind. Ein Paradigma beeinflusst auch das spezifische methodische Vorgehen; Paradigma und Methode müssen sich entsprechen. Kuhn stellt fest, dass es keine Konzepte ohne paradigmatische Grundannahmen gibt. Das gilt auch für die verschiedenen Arten von Psychotherapien. Diese formen sich jeweils aus gemeinsam geteilten Überzeugungen und Werten, die eine Fachgemeinschaft oder wissenschaftliche Community in der Psychotherapie teilt. Dadurch werden die Herangehensweisen an Fragestellungen beeinflusst, die Entscheidungen darüber, welche Daten als relevant erachtet werden, und die Art, wie Ergebnisse interpretiert werden. Sie basieren auf bestimmten Vorstellungen über den Menschen, die man nicht empirisch beweisen kann. Jede therapeutische Schule hat somit ihr spezifisches Paradigma, das – wenn es auch nicht immer ausformuliert wird – ihre methodischen Entscheidungen und ihren praktischen Zugang zur Psychotherapie beeinflusst.

Grundannahmen können hinsichtlich ihrer »Wahrheit« empirisch letztlich nicht mehr bewiesen werden. Sie enthalten die zentralen Wertsetzungen eines Modells und geben im Falle der Psychotherapie Auskunft darüber, welche Aspekte des Menschen als wesentlich angesehen werden. Aus diesen Grundannahmen entspringen das Krankheitsverständnis sowie die Methoden und Techniken.

Eine wichtige Aufgabe von Supervision ist es, auf die Bedeutung der Grundannahmen aufmerksam zu machen und für den bewussten Umgang damit zu sensibilisieren. Das setzt voraus, dass sich auch die supervisorische Person selbst ihrer Grundannahmen und therapeutischen Haltung bewusst ist (s. Abschn. 4). Das heißt, sie sollte sich im Klaren darüber sein, was in ihren Augen wirksame Psychotherapie ausmacht. Daher werden wir in diesem Buch unsere Paradigmen erläutern, nicht weil wir sie für die einzig richtigen halten, sondern weil wir vielmehr zur Reflexion über das eigene Menschenbild anregen wollen.

Daher ist auch ein Teil dieses Buches der Darstellung der konzeptuellen Ansätze gewidmet, die wir in unserem Modell einer verkörperten Supervision integrieren wollen. Supervision beruht eben sehr auf den Überzeugungen des Supervisors, was eine gute und wirksame Therapie ausmacht. Vor diesem Hintergrund wollen wir supervisorisch Tätige dafür sensibilisieren, sich ihrer eigenen Überzeugungen (die nicht mit unseren übereinstimmen müssen) bewusst zu werden. Da Psychotherapie multiperspektivisch und multiparadigmatisch ist, kann eine solchermaßen reflektierte Haltung und ein erweiterter Blick viel zur Qualität einer Supervision beitragen.

### **Paradigmen in der Psychotherapie und korrespondierende Methoden**

Im Folgenden werden zentrale psychotherapeutische Ansätze umrissen, bei denen sich das jeweils zugrunde liegende Paradigma ableiten lässt.

**Psychoanalyse.** Der Mensch wird durch unbewusste Prozesse, frühkindliche Beziehungserfahrungen und intersubjektive Dynamiken geprägt. Psychische Entwicklung, Selbstverständnis und Affektregulation vollziehen sich über die Lebensspanne in wechsel-

seitigen Beziehungsprozessen. Methoden: hermeneutische Verfahren (Verstehen statt Messen) wie Analysen von Fallmaterial, Träumen, Symbolen, Gesprächssequenzen in der Therapie, qualitative Methoden wie Analyse unbewusster Bedeutungen in Symbolisierungen und in der analytischen Beziehung, klinische Interviews, Therapietranskripte, Einzelfallforschung. Ausgangspunkt der psychoanalytischen Behandlung: Der Mensch kann zum Stillstand gebrachte Entwicklung auflösen und weiterentwickeln, wenn ihm geholfen wird, sich und andere auf einer emotionalen Ebene zu verstehen. Wichtig ist dabei, dass das Ziel der Psychoanalyse immer emotionales Wachstum ist, das in Selbstentwicklung eingebettet ist.

**Behaviorismus.** Der Mensch wird primär als durch Reize von außen und Verstärkermechanismen bestimmtes Wesen betrachtet, beeinflusst von Reiz-Reaktionsbildungen im Sinn der respondenten oder operanten Konditionierung als Ergebnissen von Lernprozessen (Skinner, 1953/1973; Watson, 1924/1976). Im Zentrum stehen die Annahmen, dass menschliches Verhalten primär durch Konditionierungs- und Verstärkungsprozesse geformt ist und wissenschaftlich über beobachtbares Verhalten erfasst werden kann. Methoden: Verhaltensexperimente, objektiv messbare Größen, standardisierte Erhebungstechnik, quantitative Daten. Beispiele für psychotherapeutische Methoden: Expositionen bei Angststörungen oder systematische Desensibilisierung in der Traumatherapie, Verstärkerpläne in der Behandlung von Kindern, Verhaltensaktivierung in der Behandlung von Depressionen.

**Kognitive Verhaltenstherapie.** Das Paradigma der kognitiven Verhaltenstherapie ist maßgeblich von Beck et al. (2017) geprägt worden. Der Mensch wird als grundsätzlich selbstreflexives Wesen betrachtet. Psychisches Erleben und Verhalten werden wesentlich durch individuelle Denk- und Bewertungsmuster bestimmt. Diese sind erlernt und können verändert werden durch die weichenstellende Veränderungspotenz des Denkens. Methoden: Fragebögen zur Erfassung von »Denkfehlern« im Sinn kognitiver Verzerrungen, auch Verhaltensbeobachtungen. Bedingungsanalysen mit Fokus auf der Schlüsselposition, die das Denken einnimmt, kognitive Umstrukturierung, Aufschlussgeben über Störungsbilder (Psychoedukation), Anleitung zum Führen von Protokollen und Tagebüchern sowie Hausaufgaben entsprechen der Grundannahme, dass der Mensch in der Lage ist, sich selbst kognitiv zu erfassen und zu regulieren.

**Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie.** Diese Weiterentwicklung, initial maßgeblich geprägt von der Akzeptanz- und Commitment-Therapie – ACT (Hayes et al., 2014) und der dialektisch-behavioralen Therapie – DBT von Linehan (2016a,b), integriert Konzepte und Strategien aus verschiedenen Schulen und Therapieansätzen; auch solche, die nicht als vorwiegend kognitiv oder behavioral eingestuft werden können, vor allem achtsamkeitsbasierte (Heidenreich & Michalak, 2009) und emotionsorientierte Techniken (Greenberg, 2006, 2016). In der ACT-Therapie wird eine flexible Haltung gegenüber Beschwerden oder Schmerzen angestrebt durch Achtsamkeit und die Entwicklung einer förderlichen Distanz zu belastenden Gedanken, im Gegensatz zur bloßen Beseitigung von Symptomen.

Paradigmatisch betrachtet ist die »Dritte Welle« durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- (a) Vom Inhalt zum Prozess, d. h., eine Meta-Ebene wird eröffnet.
- (b) Die Veränderung der Beziehung zu Gedanken, deren Kontext und Akzeptanz sind wichtiger als die Veränderung der Gedanken selbst. Metakognition und Achtsamkeit sind dabei einzuschlagende Wege.
- (c) Der Mensch ist nicht mehr nur noch »Symptomträger«, sondern wird auch als wer-tegeleitetes Individuum in einem Lebenskontext verstanden. Werte und Sinnfindung dienen als Anker, um eine zu enge störungszentrierte Perspektive zu überwinden. Sinn, Werte und Akzeptanz gehören zum menschlichen Wachstum dazu: Seiner selbst gewahr werden zu können via Achtsamkeit ist dabei ein Schlüsselfaktor.
- (d) Emotionen, auch negativen Gefühlen, wird ein großer Stellenwert hinsichtlich ihrer Akzeptanz und flexiblen Regulation eingeräumt. Pointiert formuliert: Negative Emotionen sind nicht das Problem, das Vermeidungsbestreben ist das Problem.
- (e) Die Methoden der Dritten Welle verbinden quantitative Methodik mit prozessbezogenen qualitativen Ansätzen, auch neurowissenschaftliche Verfahren werden zunehmend eingesetzt, z. B., um die spezifische Aktivierung von Gehirnnarealen beim Achtsamkeitstraining zu erfassen.
- (f) Der therapeutischen Beziehung wird als eigenem Wirkfaktor wieder mehr Bedeutung zugemessen. Die DBT setzt das z. B. im Konzept der dialektischen Beziehungsführung um; CBASP entwickelt eine »Übertragungshypothese«. Psychotherapeutische Methoden: Akzeptanzübungen, Werteklärungen, Achtsamkeitstraining, Emotionstraining, Arbeit mit dem inneren Kritiker.

**Humanistische Psychotherapie.** Der Mensch wird ganzheitlich betrachtet, als ein Wesen, das nach Entfaltung und Selbstverwirklichung (Selbstaktualisierung) strebt. Er hat großes positives Potenzial in sich (wenn die Umwelt dieses nicht hemmt). Im Mittelpunkt der Therapie steht das subjektive Erleben der Person im Hier und Jetzt. Aus einem einfühlenden und annehmenden Beziehungsangebot heraus versucht die Therapeutin, die innere Welt des Patienten zu verstehen und seinen Selbstbezug und sein emotionales Erleben zu vertiefen.

Forschungsmethoden: qualitative Vorgehensweisen wie klinische Interviews, narrative Ansätze, teilnehmende Beobachtungen, Prozessforschung, Fallstudien. Das individuelle Erleben steht im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Ausgangspunkt in der Psychotherapie ist die Grundannahme, dass der Mensch die Lösung seiner Probleme in sich trägt, wenn ihm in der therapeutischen Beziehung entsprechende Wachstumsbedingungen erschlossen werden, durch Empathie, Authentizität und Wertschätzung im Sinn einer grundlegenden Haltung. Techniken werden auf dieser Basis vielfach in humanistischer Tradition bereitgestellt, wobei die Verfahren der Körperpsychotherapie hier besonders verwurzelt sind und viel zur Therapie beitragen können.

**Körperpsychotherapeutische Ansätze.** Diese beruhen auf einem ganzheitlichen Menschenbild, das Körper, Psyche, Emotion, Verhalten und Beziehung verbindet. Im Gegensatz zu dualistischen Vorstellungen (»Ich denke, also bin ich«) wird der Mensch nicht dualistisch betrachtet – hier die Seele, dort der Körper –, sondern in einer integrierten Sichtweise, bei der die körperliche Seite psychischer Prozesse berücksichtigt wird. Körperpsychotherapeutische Ansätze werden aus allen Verfahren heraus formuliert.

**Die Mentalisierungsbasierte Therapie.** Diese sieht den Menschen nicht aus einem defizit-orientierten Blickwinkel, sondern als relational geprägtes Subjekt, das Entwicklungsimpulse vor allem in sicher gebundenen Beziehungen erfährt. Die Mentalisierungsfähigkeit wird primär im Kontext früher Beziehungserfahrungen angebahnt, die bei späteren Störungen und Problemen im geeigneten therapeutischen Kontext entfaltet werden kann. Die Mentalisierungstheorie (s. Abschn. 8) folgt einem relational-entwicklungspsychologischen Paradigma, das selbstregulatorische und sozial-interaktive Aktivität als Ergebnis früher Bindungs- und Beziehungserfahrungen begreift. Sie postuliert unbewusste Prozesse und innere Repräsentationen anderer als Teil des Selbst und folgt einem konstruktivistischen, auf Beziehung ausgelegten Paradigma. In unserem Konzept ordnen wir die Mentalisierungsbasierte Therapie in ein übergeordnetes Verkörperungsmodell ein (s. Abschn. 11.11).

**Eine phänomenologisch orientierte therapeutische Arbeitsweise.** Diese richtet sich auf die differenzierte Beschreibung des Erlebens im Hier-und-Jetzt, schaut genau hin, bevor sie urteilt. Statt schnell eine Deutung oder Erklärung zu liefern, nimmt sie sich Zeit für das, was unmittelbar wahrgenommen werden kann, und stellt dieses unmittelbare Erleben in den Vordergrund.

In den gegenwärtigen Psychotherapiemodellen findet sich dieses Leitprinzip implizit in unterschiedlichen Ansätzen wieder: So betonen achtsamkeitsbasierte Verfahren eine nicht-wertende Wahrnehmung gegenwärtiger Erfahrung: Rogers stellt mit dem einführenden Verstehen eine besondere Methode bereit, die das unmittelbare Erleben fokussiert (s. Abschn. 6.4 und 11.2). Im Focusing von Gendlin ist die tastend-explorierende, nicht festgelegte Hinwendung zum leiblich gespürten »Felt Sense« zentral (s. Abschn. 6.5 und 11.5). Körperorientierte Therapieverfahren richten sich auf leibliche Prozesse und Resonanzen im situativen Kontext (s. Abschn. 6.6 und 11.6). Trotz unterschiedlicher theoretischer Rahmungen gehen diese Konzepte in eine ähnliche Richtung – sie lösen sich von vorschnellen Bedeutungszuschreibungen und widmen sich einem suchenden Erkunden.

Die zuvor aufgeführten Ansätze tragen maßgeblich unseren Supervisionsansatz, der sich entsprechend aus einer phänomenologisch fundierten, leiblich-affektiven Perspektive entwickelt hat. Wie ist nun der Zusammenhang dieser verschiedenen Ansätze zu verstehen? Dafür soll im Folgenden zunächst die Diskussion über Methodenvielfalt versus Verfahrenstreue betrachtet werden.

## 2 Methodenvielfalt: Verfahrenstreue oder Evidenzbasierung?

Die Qualität von Supervision hängt davon ab, welches Verständnis von guter Psychotherapie ihr zugrunde gelegt wird. Dabei spielt die Unterscheidung zwischen allgemeinen und spezifischen Wirkmodellen eine zentrale Rolle. Das allgemeine Wirkmodell betont die heilende Kraft der therapeutischen Beziehung, während spezifische Modelle auf einzelne Techniken setzen, wie z.B. die Exposition in der Verhaltenstherapie, die Traumdeutung in der tiefenpsychologisch orientierten Therapie oder die Technik des »leeren Stuhls« in der Gestalttherapie. Diese in der Psychotherapieforschung seit langem geführte Debatte wird gegenwärtig erweitert um Fragen der Evidenzbasierung und des Spannungsfeldes zwischen individualisierter Therapie und störungsspezifischen Ansätzen.

Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie können und sollten auch theoriebezogen identifiziert werden; bestes Beispiel ist die therapeutische Beziehung als Megafaktor. Unser integratives Supervisionsmodell versteht den Menschen als auf Begegnung angelegtes, zur Selbstverantwortung und Selbstentwicklung fähiges Wesen. Er ist konstituiert durch seine verkörperte Intersubjektivität und Subjektivität, eingebettet in die Umwelt und Mitwelt, nimmt handelnd Bezug auf die Welt, in der über die Gefühle Bedeutung und Sinn hergestellt wird. Zentrale Theorie-Bestimmungstücke unseres integrativen Modells sind die Entwicklungspsychologie, die Bindungstheorie, die phänomenologische Theorie der verkörperten Psyche, prozessbasierte und emotionsbezogene Therapiemodelle sowie körperpsychotherapeutische und mentalisierungsbasierte Ansätze.

In der Psychotherapie wird seit Rosenzweig (1936) eine Diskussion darüber geführt, ob die einzelnen Therapieverfahren nicht abgelöst werden sollten durch eine verfahrensübergreifende allgemeine Psychotherapie. Er begründete – auf der Basis der Auswertung vorliegender Studien – mit dem Dodo-Vogel-Urteil (»Alle haben gewonnen und müssen einen Preis bekommen« aus L. Carrolls »Alice im Wunderland«, 1973), dass unterschiedliche Psychotherapieverfahren im Grunde gleich wirksam sind und dass allgemeine Therapiefaktoren den Ausschlag für den Therapieerfolg geben. Frank und Frank (1991), deren Werk wir in den plausiblen Modellen aufgegriffen haben (s. Abschn. 7.3 und 11.10), entwickelten Rosenzweigs Perspektive weiter, als sie Kernelemente wirksamer Psychotherapie beschrieben haben. Im deutschsprachigen Raum führte Grawe (2000) die Debatte »Technik oder Wirkfaktoren« aus und formulierte vier allgemeine Wirkfaktoren (s. Abschn. 9.1). Als weitere Gegenentwürfe zu der Orientierung an Verfahren wurden eine ganze Reihe von alternativen Modellen formuliert, z.B. die Modulare Psychotherapie (Herpertz & Schramm, 2022) oder die prozessbasierte Psychotherapie von Svitak und Hofman (2022). In einem im deutschsprachigen Raum viel beachteten Ansatz fordern Rief et al. (2021) eine kompetenzorientierte Psychothe-

rapie, bei der evidenzbasierte Wirkfaktoren und darauf bezogene therapeutische Fähigkeiten kombiniert werden. Wucherpfennig et al. (2025) plädieren für eine theoriegeleitete und am individuellen Fall orientierte Integration.

Gemeinsam ist diesen Modellen, dass sie sich auf empirische Evidenz als argumentative Grundlage stützen. Durch diese sollen die allgemeinen Therapiefaktoren wissenschaftlich festgestellt und in ihrer Wirksamkeit gesichert werden. Pointiert ausgedrückt: Evidenzbasierung dient als quasi »empirischer Letztbeweis« als Bezugspunkt für Psychotherapie; Menschenbild und Grundannahmen, auf denen eine Therapieperspektive basiert, werden nur implizit erkennbar. Kritisch lässt sich fragen: Kann die empirische Evidenzforschung diesen Anspruch auf eine Leitfunktion tatsächlich einlösen? Dieser Auffassung kann durchaus mit Gegenargumenten begegnet werden, wie wir im Folgenden ausführen.

Ein zentrales Problem evidenzbasierter Studien, die für ihren »Goldstandard« ein randomisiertes Kontrollgruppendesign (RCT) fordern, besteht darin, dass diese unter hochstandardisierten Bedingungen durchgeführt werden. Diese Bedingungen weichen jedoch oft erheblich von der klinischen Realität ab und können daher die tatsächliche Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen nicht suffizient abbilden. Bereits aus erkenntnistheoretischer Perspektive (Stegmüller, 1986) ergibt sich dadurch das Induktionsproblem: Von standardisierten Studiendesigns, die die klinische Realität übermäßig vereinfachen, wird auf komplexe Zusammenhänge induktiv verallgemeinert. Auf dieser Basis lassen sich jedoch keine gültigen Aussagen über die Wirksamkeit therapeutischer Methoden in der klinischen Praxis ableiten. Dies geschieht jedoch regelmäßig in den hochstandardisierten RCT-Studien, die zwar methodische Strenge (interne Validität) gewährleisten, jedoch der Vielschichtigkeit realer Therapieprozesse nur unzureichend gerecht werden können (externe Validität). Dieses Spannungsfeld zwischen interner und externer Validität stellt ein zentrales Dilemma der Psychotherapieforschung dar (Barkham et al., 2021; Westen et al., 2004). Aus »abgemagerten« Studiensettings, bei denen die psychotherapeutische Realität weit unterdimensioniert wird, sollten keine Aussagen getroffen werden, die allgemeine Gültigkeit beanspruchen. Dies verdeutlicht, dass methodische Strenge allein keine hinreichenden Antworten liefern kann. Aus unserer Sicht eröffnen sich lohnende Perspektiven, wenn grundlegende paradigmatische Ausrichtungen der Studien in den Blick genommen werden.

Wissenschaftliche Erkenntnisse entstehen nämlich unter spezifischen theoretischen Bedingungen – Paradigmen –, die festlegen, welche Methoden herangezogen werden und welche Ergebnisse als gültig gelten können. Aufgrund unterschiedlicher paradigmatischer Annahmen, die die methodischen Zugänge festlegen, sind wissenschaftliche Erkenntnisse nicht ohne Weiteres übertragbar, sondern lediglich innerhalb ihres jeweiligen Bezugsrahmens aussagekräftig. Daraus ergibt sich die Problematik der Übertragung von Erkenntnissen auf andere Kontexte, d. h. empirische Befunde, die innerhalb eines bestimmten Paradigmas oder methodischen Settings gewonnen wurden, sind nicht automatisch auf andere Kontexte anwendbar. Dies gilt insbesondere für hochstandardisierte experimentelle Designs wie randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), die darauf ausgelegt sind, Störvariablen zu reduzieren und kausale Zusammenhänge isoliert

zu untersuchen. In der klinischen Praxis sind therapeutische Prozesse jedoch hochgradig dynamisch, interaktiv und von individuellen Faktoren beeinflusst, die in standardisierten Forschungsdesigns häufig nicht adäquat abgebildet werden können. Die erkenntnistheoretische Kritik begründet die Zweifel, ob RCT-Studienergebnisse mit ausreichendem Gültigkeitsanspruch auf klinische Zusammenhänge übertragen werden können. Darüber hinaus sind subjektive Erfahrung und therapeutische Beziehung zentrale Elemente psychotherapeutischer Prozesse, die sich nicht vollständig durch experimentelle Methoden isolieren und quantifizieren lassen.

Die hermeneutische Erkenntnistheorie (Gadamer, 2010) verweist darauf, dass diese intersubjektiven und dynamischen Aspekte der Therapie einen interpretativen Zugang erfordern, der über Vorher-Nachher-Messungen mit psychometrischen Tests hinausgeht, um die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen adäquater abbilden zu können. Eine Alternative wären naturalistische Designs in klinischen Kontexten mit differenzierten Kontrollgruppenplänen, die jedoch wegen der anspruchsvollen (und teuren) Umsetzung selten sind (Schmitz et al., 2006; Schuhler & Jahrreiss, 1996; Schuhler et al., 2013).

Kriz (2023) übt in ähnlicher Weise Kritik an der Art der Evidenzforschung in der Psychotherapie, die sich fast ausschließlich am experimentellen Ansatz der Medizin, Pharmaforschung und Psychophysiologie orientiert. Nur auf dieser Grundlage wurden die RCT-Studien zum sogenannten »Goldstandard« erklärt, durch den in erster Linie Wirksamkeit nachgewiesen werde. Die ursprüngliche Definition von »Evidence Based« von Sackett et al. (1996) war aber viel breiter. Sie umfasste neben den RCTs noch mehrere (grundsätzlich gleichrangige) andere Evidenzklassen: u. a. Einzelfallstudien, quasi-experimentelle Studien, nicht-experimentelle deskriptive Studien bis hin zu Expertenmeinungen. Auch Goldfried (1995) betont, dass Ergebnisse und Erkenntnisse aus Forschung und Praxis gemeinsam einbezogen und anerkannt werden müssen, um zentrales Wissen der Psychotherapie zu bestimmen.

All das lässt doch eine gewisse Skepsis, zumindest eine kritische Sicht auf die aktuelle Form der Evidenzbasierung als Hauptkriterium der Bewertung als angemessen erscheinen. Es scheint also doch substanzielle Argumente für die Beibehaltung und genaue Offenlegung eines Theoriebezuges zu geben. Schon als Orientierung dafür, in welchem Bezugsrahmen sich eine Therapie oder ein Reflektieren über Therapie entfaltet, wie es in der Supervision immer der Fall ist. Vor allem aber aus der erkenntnistheoretischen Einsicht, dass es kein Modell ohne zugrunde liegende Theorie geben kann, ob man diese Theorie nun deklariert oder nicht.

Der Bezug auf Wissenschaftlichkeit ist notwendig, das Kriterium der Evidenzbasierung muss aber in Hinsicht auf Angemessenheit (ökologische Validität) und Einseitigkeiten kritisch diskutiert werden und bedarf unter Rückbezug auf seine ursprüngliche Definition unbedingt einer erweiterten Sichtweise. Eine Theorieverortung stellt sich als unabdingbar dar, wenn Wirkfaktoren nicht lediglich deskriptiv erfasst, sondern in einen kohärenten Zusammenhang mit Entwicklungsprozessen gestellt werden sollen. Für die Notwendigkeit einer Theorie lassen sich folgende Argumente anführen:

- ▶ Begriffe und Konzepte beziehen sich immer auf theoriespezifische Konstrukte (z. B. das Unbewusste, die Übertragung, Exposition, Aktualisierungstendenz), auch wenn sie nicht benannt (sondern implizit gesetzt) werden.
- ▶ Es gibt kein Konzept ohne Theorie, keine Theorie ohne Paradigma, Weltbild und Grundannahmen; es gibt kein Psychotherapieverfahren ohne ein zugrunde liegendes Menschenbild.
- ▶ Auch integrative Ansätze, auf »Common Factors« oder auf wissenschaftliche Evidenz bezogene Modelle stellen eine theoretische Position dar.
- ▶ Eine zugrunde liegende umfassende Theorie ist für ein Therapiekonzept wissenschaftstheoretisch unverzichtbar.
- ▶ Der vermeintliche Verzicht auf jeglichen Konzeptbezug ist also wissenschaftstheoretisch gar nicht möglich, daher ist es angemessener, die jeweiligen Grundannahmen zu deklarieren und zu reflektieren.
- ▶ Neben den stärker naturwissenschaftlich verankerten Konzepten sollten gleichberechtigt Perspektiven stehen, die sich auch sozialwissenschaftlich und geisteswissenschaftlich (Hermeneutik, narrative Ansätze, Konstruktivismus, ...) verpflichtet fühlen, um dem »Gegenstandsbereich Mensch« gerecht zu werden.

Da es entsprechend aus erkenntnistheoretischer Sicht keine theorieunabhängigen Daten geben kann und jedes Modell auf Paradigmen beruht, ordnen wir unser Supervisionsmodell als integrativen Ansatz ein (s. Abschn. 5), dessen einzelne Elemente in einem übergeordneten Paradigma, dem leibphänomenologischen Zugang, gründen. Dies erlaubt, die einzelnen Methoden aufeinander zu beziehen und in einen kohärenten Zusammenhang zu stellen.

Obwohl es sinnvoll erscheint, für Psychotherapie eine Art Kernwissen zu unterstellen, das allen Verfahren inhärent ist, muss die Suche nach übergreifenden Modellen nicht die Formulierung einer »Einheitspsychotherapie« bedeuten. Es könnte durchaus sein, dass unterschiedliche Theorien für unterschiedliche Kontexte nützlich sind und es daher Sinn macht, für das komplexe Feld der Psychotherapie mit parallelen Theorien und daraus abgeleiteten Vorgehensweisen zu arbeiten. Konzepte, die sich an einem Set von Therapieprinzipien orientieren (wie sie z. B. in der Dialektisch-behavioralen Therapie Linehans (2016a,b) formuliert werden), gehen schon in diese Richtung. Verfahren könnten unter Bezug auf allgemeine psychologische Konstrukte und Theorien offener für Weiterentwicklungen sein, bewusster für die Ideengeschichte der Psychotherapie, könnten den Therapeuten mehr die Wahl lassen, welche Methoden sie anwenden wollen und welche mehr zu ihnen als Person passen. Verfahrensvielfalt und Multiperspektivität könnten zu einer lebendigen, kreativen, nicht-dogmatischen Psychotherapie führen, die Therapie als ko-kreativen Prozess versteht.

Diese Pluralität und Verfahrensvielfalt sollte ebenfalls Teil von supervisorischer Vermittlung sein, so wie wir unser integratives Supervisionsmodell verstehen. Ein Kriterium guter Supervision wäre dann, inwieweit sie therapeutische Prozesse vertiefen und bereichern kann, inwieweit sie dazu beitragen kann, neue, erweiterte Sichtweisen zu gewinnen, die Therapien konkret wirksamer und hilfreicher machen. Weiterhin wäre es

ein Ziel, den Supervisorinnen die Notwendigkeit einer Orientierung in gleichzeitig mehreren konzeptuellen Bezugssystemen zu vermitteln.

Da das eigene Verständnis von Therapie den supervisorischen Prozess stark bestimmt, wollen wir mit unserem integrativen Modell auch zum Reflektieren anregen, welche Vorstellung jede Supervisorin selbst zugrunde legt. Es geht um die eigene Identität als Therapeutin, nicht um die einer »Verhaltenstherapeutin« oder »Tiefenpsychologin«. Nach Rief et al. (2021) wird die Orientierung an therapeutischen Schulen relativiert zugunsten eines kompetenzorientierten Verständnisses. Therapeutische Identität bestimmt sich mehr aus der Beherrschung zentraler professioneller Kompetenzen und Haltungen, weniger über schulenspezifische Zugehörigkeit.

Das führt zu der nächsten grundlegenden Frage danach, welche Faktoren in der Psychotherapie die entscheidende Wirkung entfalten. Dazu zählt an vorderer Stelle die Frage: Ist es vor allem die therapeutische Beziehung oder spielen spezifische Techniken eine größere Rolle? Unsere Position gibt der Individualisierung vor dem Hintergrund einer therapeutischen Haltung und unter Bezug auf psychotherapeutische Prinzipien (grundlegende Perspektiven) eindeutig Vorrang vor der hauptsächlichlichen Orientierung an konkreten Techniken und störungsspezifischen Vorgehensweisen. Im nächsten Kapitel werden wir uns mit dieser Thematik auseinandersetzen.