

Pelzer, Guido

Supervision in der Gruppe

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 33 (1984) 5, S. 183-187

urn:nbn:de:bsz-psydok-30484

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bahr, J., Quistorp, S., Höger, Ch.</i> : Datenschutz und Forschung: Konflikte und Lösungen (Data-Protection and Research: Conflicts and Solutions)	296	<i>Kallenbach, K.</i> : Visuelle Wahrnehmungsleistungen bei körperbehinderten Jugendlichen ohne Cerebralschädigung (A Comparative Study of the Visual Perception of Physically Disabled Juveniles without Brain Injury)	42
<i>Biermann, G.</i> : Macht und Ohnmacht im Umgang mit Kindern (Power and Powerless in Dealing With Children)	206	<i>Kammerer, E., Grüneberg, B., Göbel, D.</i> : Stationäre kinderpsychiatrische Therapie im Elternurteil (Parental Satisfaction with the Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	141
<i>Broke, B.</i> : Diagnose, Ätiologie und Therapie des Hyperkinese-Syndroms (Diagnosis, Etiology and Therapy in the Case of Hyperkinesis-Syndrome)	222	<i>Knoke, H.</i> : Familiäre Bedingungen bei Konzentrations- und Leistungsstörungen (Family Conditions and Disturbances of Concentration and Performance)	234
<i>Büttner, M.</i> : Diagnostik der intellektuellen Minderbegabung – Untersuchung über die Zuverlässigkeit von Testbefunden (Intelligence of Mentally Retarded Persons)	123	<i>Löchel, M.</i> : Das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen (The "Presuicidal Syndrom" in Children and Adolescents)	214
<i>Burchard, F.</i> : Praktische Anwendung und theoretische Überlegungen zur Festhaltetherapie bei Kindern mit frühkindlichem autistischen Syndrom (Practice Of and Theoretical Consideration On Holding Therapy With Autists)	282	<i>Mangold, B., Rather, G., Schwaighofer, M.</i> : Psychotherapie bei Psychosen im Kindes- und Jugendalter (Psychotherapy on Psychoses in Childhood and Adolescence)	18
<i>Diepold, B.</i> : Depression bei Kindern – Psychoanalytische Betrachtung (Depression in Children – Psychoanalytic Consideration)	55	<i>Merkens, L.</i> : Modifikation des 'Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)' zur Anwendung bei Schwerstbehinderten (Modification of the 'Frostig Test for Development of Visual Perception' for Testing the Severely Handicapped)	114
<i>Frank, H.</i> : Die stationäre Aufnahme als Bedrohung des familiären Beziehungsmusters bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (Admission to Hospital as a Threat to Family Relation Pattern of the Psychosomatically Ill Child and Adolescent)	94	<i>Merz, J.</i> : Aggressionen von ein- bis zweijährigen Kindern aus der Sicht der Mütter (Aggressions in One-to Two-Year-Old Children from the Point of View of Their Mothers)	192
<i>Gehring, Th. M.</i> : Institution und Ökosystem – Aspekte kinderpsychiatrischer Problemlösungen (Institution and Ecosystem – Approaches to Problem-Solving in Child Psychiatry)	172	<i>Pelzer, G.</i> : Supervision in der Gruppe (Group Supervision)	183
<i>Gutezeit, G., Marake, J.</i> : Untersuchungen zur Wirksamkeit verschiedener Einflußgrößen auf die Selbstwahrnehmung bei Kindern und Jugendlichen (Studies of the Effects of Various Factors Upon the Self Perception of Children and Juveniles)	133	<i>Reich, G.</i> : Der Einfluß der Herkunftsfamilie auf die Tätigkeit von Therapeuten und Beratern (The Family of Origin's Influence on the Professional Activities of Therapists and Counselors)	61
<i>Hampe, H., Kunz, D.</i> : Integration und Fehlanpassung Drogenabhängiger nach der Behandlung in einer Therapeutischen Gemeinschaft (Adjustment and Maladjustment of Drug Addicts after Treatment in a Therapeutic Community)	49	<i>Reinhard, H. G.</i> : Geschwisterposition, Persönlichkeit und psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen (Birth Order, Personality, and Psychological Disorders in Children and Juveniles)	178
<i>Hartmann, H., Rohmann, U.</i> : Eine Zwei-System-Theorie der Informationsverarbeitung und ihre Bedeutung für das autistische Syndrom und andere Psychosen (A Two-System-Theory of Information Processing and Its Significance for The Autistic Syndrome and Other Psychoses)	272	<i>Reinhard, H. G.</i> : Streßbewältigung bei verhaltensgestörten Kindern (Coping Styles and Behaviour Disorders)	258
<i>Herzka, H. St.</i> : Kindheit wozu? – Einige Folgerungen aus ihrer Geschichte (Childhood – Where to? Some Conclusions Drawn from Its History)	3	<i>Rotthaus, W.</i> : Stärkung elterlicher Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen (Enhancing Parental Competence During Inpatient Treatment of Children and Adolescents)	88
<i>Höger, Ch., Quistorp, S., Bahr, J., Breull, A.</i> : Inanspruchnahme von Erziehungsberatungsstellen und kinderpsychiatrischen Polikliniken im Vergleich (A Comparison of the Attendance of Child Guidance Clinics and Outpatient Units of Child Psychiatric Hospitals)	264	<i>Schwabe-Höllein, M.</i> : Kinderdelinquenz – Eine empirische Untersuchung zum Einfluß von Risikofaktoren, elterlichem Erziehungsverhalten, Orientierung, Selbstkonzept und moralischem Urteil (Juvenile Delinquency)	301
<i>Jungjohann, E. E., Beck, B.</i> : Katamnestiche Ergebnisse einer Gesamtgruppe von Patienten eines regionalen kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums (Results of a Follow-Up-Study of a Total Group of Patients of a Regional Child Psychiatric Therapeutic Service)	148	<i>Sohmi, H.</i> : Analytisch orientierte Familientherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Grundlagen, Indikation, Ziele (Analytically Orientated Family Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Fundamentals, Indication, Goals)	9
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.</i> : Transsexualität im Jugendalter – Literaturübersicht (Transsexualism in Juveniles)	70
		<i>Thimm, D., Kreuzer, E.-M.</i> : Transsexualität im Jugendalter – Ein Fallbericht (Transsexualism in Juveniles – A Case Report)	97
		<i>Vogel, Ch.</i> : Multiple Tics und Autoaggressionen – Ein Fall sekundärer Neurotisierung bei postvaccinaler Enzephalopathie (Multiple Tics and Auto-Aggressive Tendencies. A Case Report of Secondary Neurosis by a Cerebral Dysfunction after Vaccination)	188

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Goldbeck, L.</i> : Pflegeeltern im Rollenkonflikt – Aufgaben einer psychologischen Betreuung von Pflegefamilien (Foster Parents in Role Conflicts – Tasks for the Guidance of Foster Families)	308
<i>Hess, Th.</i> : Systemorientierte Schulpsychologie (System-oriented School Psychology)	154
<i>Krebs, E.</i> : Familienorientierung in der Heimerziehung – Die konzeptionelle Weiterentwicklung des therapeutisch-pädagogischen Jugendheimes „Haus Sommerberg“ in Rösrath (Family Orientation in Institutions for Disturbed Adolescents – The Conceptional Development of the Therapeutic-Pedagogic Institution “Haus Sommerberg” in Rösrath near Cologne)	28
<i>Quenstedt, F.</i> : Neurotische Kinder in der Sonderschule – Therapeutische Einflüsse und Probleme (Neurotic Children in Special Schools – Therapeutic Influences and Problems)	317
<i>Wartenberg, G.</i> : Perspektivlosigkeit und demonstrative Lebensstil-Suche – Der junge Mensch im Spannungsfeld gesellschaftlicher Entwicklung (Lack of Prospects and the Demonstrative Search for a Life Style – Young People in the Conflicts of Societal Developments)	82
<i>Wolfram, W.-W.</i> : Im Vorfeld der Erziehungsberatung: Psychologischer Dienst für Kindertagesstätten (On the Perimeter of Child Guidance Clinics: Psychological Services for Kindergartens)	239

Tagungsberichte

<i>Diepold, B., Rohse, H., Wegener, M.</i> : Anna Freud: Ihr Leben und Werk – 14./15. September 1984 in Hamburg	322
<i>Hoffmeyer, O.</i> : Bericht über das 3. Internationale Würzburger Symposium für Psychiatrie des Kindesalters am 28./29. 10. 1983	159
<i>Weber, M.</i> : Bericht über die Tagung „Beratung im Umfeld von Jugendreligionen“ vom 3.–6. November 1983 in Lohmar	34

Ehrungen

Hans Robert Ietzner – 60 Jahre	105
Ingeborg Jochmus zum 65. Geburtstag	244
Friedrich Specht zum 60. Geburtstag	322
Johann Zauner – 65 Jahre	323

Literaturberichte (Buchbesprechungen)

<i>Aulagnier, P.</i> : L'apprenti-historien et le maître-sorder. Du discours identifiant au discours délirant	325
<i>Arwiszus-Schneider, H., Meuser, D.</i> : Psychotherapeutische Behandlung von Lernbehinderten und Heimkindern	36

<i>Beland, H., Eickhoff, F.-W., Loch, W., Richter, H.-E., Meistermann-Seegeer, E., Scheumert, G.</i> (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse	251
<i>Breuer, C.</i> : Anorexia nervosa – Überlegungen zum Krankheitsbild, zur Entstehung und zur Therapie, unter Berücksichtigung familiärer Bedingungen	292
<i>Corsini, R. J., Wenninger, G.</i> (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie	105
<i>Davidson, G. C., Neale, J. M.</i> : Klinische Psychologie – Ein Lehrbuch	325
<i>Drewermann, E., Neuhaus, I.</i> : Scheeweißchen und Rosenrot. Grimms Märchen tiefenpsychologisch gedeutet	75
<i>Faust, V., Hole, G.</i> (Hrsg.): Psychiatrie und Massenmedien	165
<i>Friedrich, M. H.</i> : Adoleszentenpsychosen, pathologische und psychopathologische Kriterien	77
<i>Hackenberg, W.</i> : Die psycho-soziale Situation von Geschwistern behinderter Kinder	163
<i>Herzka, H. St.</i> (Hrsg.): Konflikte im Alltag	165
<i>Hoyle-Herrmann, A., Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualpädagogische Arbeitshilfen für geistigbehinderte Erwachsene	324
<i>Kast, V.</i> : Familienkonflikte im Märchen – Beiträge zur Jungschen Psychologie	199
<i>Lipinski, Ch. G., Müller-Breckwoldt, H., Rudnitzki, G.</i> (Hrsg.): Behinderte Kinder im Heim	199
<i>Loch, W.</i> (Hrsg.): Krankheitslehre der Psychoanalyse	292
<i>Maker, C. J.</i> : Curriculum Development for the Gifted	36
<i>Maker, C. J.</i> : Teaching Models in Education of the Gifted	36
<i>Minuchin, S., Fishman, H. Ch.</i> : Praxis der strukturellen Familientherapie, Strategien und Techniken	161
<i>Nielsen, J., Sillesen, J.</i> : Das Turner-Syndrom. Beobachtungen an 115 dänischen Mädchen geboren zwischen 1955 und 1966	107
<i>Paeslack, V.</i> (Hrsg.): Sexualität und körperliche Behinderung	200
<i>Petermann, U.</i> : Training mit sozial unsicheren Kindern	37
<i>Postman, N.</i> : Das Verschwinden der Kindheit	76
<i>Probst, H.</i> : Zur Diagnostik und Didaktik der Oberbegriffsbildung	38
<i>Reimer, M.</i> : Verhaltensänderungen in der Familie. Home-treatment in der Kinderpsychiatrie	107
<i>Retz, A.</i> : Mongolismus. Biologische, erzieherische und soziale Aspekte	162
<i>Reu Kauf, W.</i> : Kinderpsychotherapien. Schulbildung-Schulstreit-Integration	164
<i>Richter, E.</i> : So lernen Kinder sprechen	325
<i>Schuschke, W.</i> : Rechtsfragen in Beratungsdiensten	201
<i>Sperling, E., Massing, A., Reich, G., Georgi, H., Wöbber-Mönks, E.</i> : Die Mehrgenerationen-Familientherapie	198
<i>Stockenius, M., Barbuceanu, G.</i> : Schwachsinn unklarer Genese	245
<i>Tscheulin, D.</i> (Hrsg.): Beziehung und Technik in der klientenzentrierten Therapie: zur Diskussion um eine differenzielle Gesprächspsychotherapie	198
<i>Walter, J.</i> (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung	324
<i>Zlotowicz, M.</i> : Warum haben Kinder Angst	291

Mitteilungen: 39, 78, 108, 167, 202, 253, 293, 326

Supervision in der Gruppe*

Von Guido Pelzer

Zusammenfassung

Ein methodisches Verfahren zur Supervision in der Gruppe wird vorgestellt. Gespräch, Rollenspiel, Beobachtung und die Reflexion über das Gesagte und Erlebte wechseln einander ab und ergänzen sich. Durch die Empathie der Gruppenmitglieder ist eine Entscheidungshilfe über die potentielle Weiterentwicklung über den aktuellen Beratungsstand hinaus möglich. Das Verfahren eignet sich sowohl für die klientenbezogene als auch für die teambezogene oder institutionelle Supervision.

1. Einleitung

Ein Verfahren zur Supervision wird vorgestellt, das über den üblichen Besprechungsrahmen von Problemfällen hinausgeht und sich auch für eine größere Gruppe eignet. Die Durchführung in einem großen Team, das innerhalb einer Institution ständig miteinander arbeitet, kann nur dann fruchtbar sein, wenn innerhalb dieses Teams ein großes Maß an Vertrautheit und Offenheit im Umgang miteinander gegeben ist.

Das Verfahren wird im folgenden vornehmlich methodisch dargestellt, abschließend kurz von der psychologischen Intention und von seinen Möglichkeiten und Grenzen her betrachtet. Es soll eine erste Anregung sein, die Praxis der bisher üblichen Fallbesprechung zu erweitern.

* Ich danke allen Kollegen, die in den letzten Jahren in Supervisionsgruppen mit mir gearbeitet haben. Für die kritische Durchsicht des Manuskripts und wertvolle Anregungen gilt mein besonderer Dank Frau Dipl.-Psych. H. Herres.

1.1 Mitarbeiter bei der Supervision

1. Koordinator
2. Referent
3. Interviewer
4. Arbeitsgruppe
5. „Klienten“
 - a) „Indexklient“
 - b) „Familienangehörige“
 - c) „Personen aus dem weiteren sozialen Umfeld des „Indexklienten““
6. „Therapeut(en)“

Die Mitarbeiter bei der Supervision sind Fachkollegen, die die o. a. Aufgaben als Rollen übernehmen.

1.2 Räumliche Bedingungen

Es wird ein recht großer Arbeitsraum benötigt, der gute Möglichkeiten zur Kleingruppenarbeit bietet, damit räumlich bereits Distanzen zwischen Beobachtern, Rollenspielern, Referent, Interviewer und Koordinator entstehen.

1.3 Zeitliche Bedingungen

Die Hinweise bzgl. der Zeitdauer, in Teilabschnitten genauer bei der „Verlaufsbeschreibung“, können nur als Empfehlungen auf der Basis von Erfahrungswerten angesehen werden. Der Gesamtzeitraum der Supervision (Gespräch, Rollenspiel und Fortentwicklung) sollte sich grundsätzlich nach den Bedürfnissen der Gruppe richten und dabei möglichst 120 Minuten nicht überschreiten.

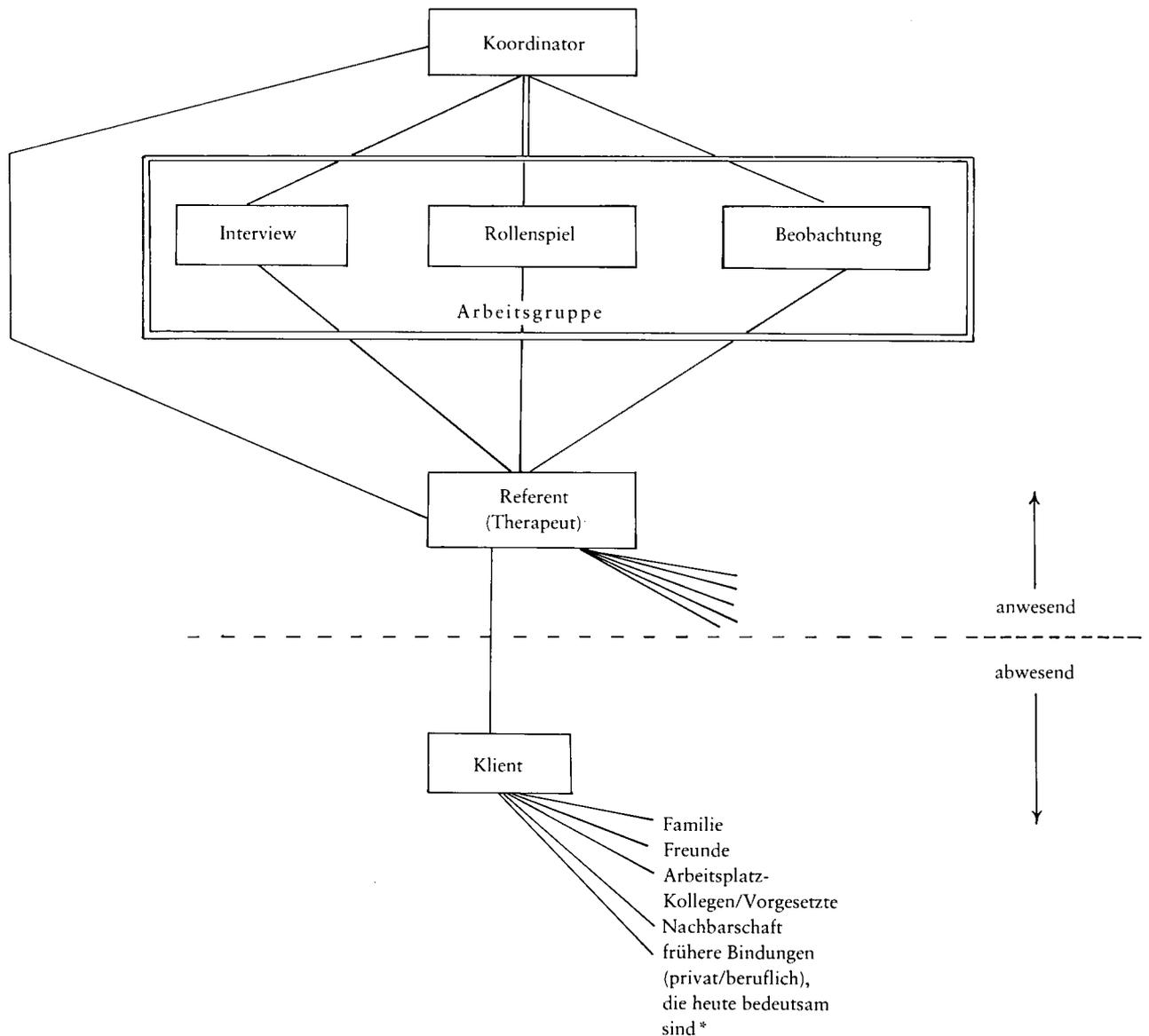


Abbildung 1: Strukturelle Übersicht

2. Aufgabenbeschreibungen der Mitarbeiter bei der Supervision

1. Der *Koordinator* strukturiert im Rahmen der Supervision (Dinge sich entwickeln zu lassen, ist auch eine Strukturierungsvorgabe); er gibt Instruktionen, achtet auf Zeiten, Regeln und Anmeldung von Bedürfnissen (z. B. Stoppen, Reflexion, Wahrnehmungsstörung, Pause); entsprechend gibt er nach der eigenen sensiblen Wahrnehmung Signale für ‚stop‘ und ‚go‘ bei den Rollenspielen. Er läßt Raum und Zeit zum Einfühlen, zum Warten, zum Überlegen; er ermutigt zu Verbalisationen. Seine Ausstrahlung von Ruhe, Gelassenheit, Distanz zum Ganzen, ohne dabei unberührt zu sein, sind wichtige Grundvoraussetzungen, um zu verdeutlichen, daß er nicht in der Funktion als

* Es handelt sich bei dieser Aufzählung nur um Beispiele von Beziehungen; es ist hiermit keine Rangfolge verbunden und kein Anspruch auf Vollständigkeit.

- Therapeut¹ die Gruppe führt, sondern als derjenige, der die Koordinaten vorgibt und die Koordination anregt.
2. Der *Referent* (Supervisand) ist der Kollege, der Supervision möchte. Er informiert die Gruppe über sein Anliegen, seine Fragen, seine Kenntnisse über den Problemfall und seine Arbeit hiermit. Zur Erleichterung der Gesprächssituation wird ihm ein Interviewer an die Seite gegeben; damit hat der Referent seinen unmittelbaren Ansprechpartner. Einer Gruppe als ‚Interviewpartner‘ gegenüberzustehen, würde bedeuten, fünf oder zwanzig Interviewpartnern gegenüberzustehen, die teilweise sehr unterschiedliche Ausrichtungen und ebenso unterschiedliche Zielsetzungen haben. Dies ist für einen Referenten auf jeden Fall sehr anstrengend, oft auch verwirrend. So kann es passieren, daß ein Referent nicht einmal mit seiner Darstellung durchdringt, wenn er ständig auf Zwischenfragen oder Hypothesen reagieren soll. Zur

¹ Der Koordinator als ‚Besser-Wisser-Therapeut‘ muß zwangsläufig bekämpft werden.

Vermeidung von Rollenkonflikten innerhalb der Supervision soll der Referent im weiteren Verlauf auf keinen Fall Rollenspieler sein. Er ist vielmehr Beobachter der Rollenspieler, dabei Wahr-Nehmer oder Kritiker, im stillen oder lauten Austausch mit dem, was er zu seinem „Fall“ und zu seiner Arbeit und Beziehung mit ihm hört, sieht und fühlt.

3. Der *Interviewer* ist der Kollege, der das Eingangsinterview mit dem Referenten vor der Gruppe durchführt, um für sich – stellvertretend für die Gruppe – wichtige Informationen über den Problemfall und über Vorgehensweise und Schwierigkeiten des Referenten in diesem Fall zu erfahren. Der Interviewer hat seine festgelegte Aufgabe, bleibt während der Supervision Ansprechpartner für den Referenten und sollte daher zur Vermeidung von Rollenkonflikten innerhalb der Supervision im weiteren Verlauf nicht Rollenspieler sein.
4. Die *Arbeitsgruppe* hat verschiedene Funktionen, die aus der späteren ‚Verlaufsbeschreibung‘ inhaltlich deutlicher werden:
 - Gesprächsgruppe zur Reflexion des Interviews;
 - Rollenspielgruppe zur Fall-Darstellung;
 - Beobachtergruppe zur Reflexion und Rückmeldung über Rollenspiel, Verbalisationen, Austausch zwischen Referent und Akteuren, Verhalten des Koordinators.
5. Zum Rollenspiel meldet sich aus der Arbeitsgruppe als erster derjenige, der den *Indexklienten* spielen möchte. Dieser „Indexklient“ wählt sich innerhalb der Gruppe – entsprechend den o. a. Einschränkungen – alle im Fall wichtig erscheinenden oder alle überhaupt auftretenden Personen des sozialen Umfelds (Familie, Freunde, Arbeitskollegen, Nachbarn u. a.). Es ist ebenso möglich, daß sich die anderen Rollenspieler freiwillig melden.
6. Außerdem wählt er sich den „Therapeuten“ (ggf. die „Therapeuten“), der die Rolle des Referenten in der Beziehung zum Klienten einnimmt.

Supervision vollzieht sich im Gesamtgefüge verschiedener Beziehungen und der Reflexion darüber. Die Interaktion von Referent und Klient in ihrer Therapiebeziehung ist zentrales Thema, sowohl in der Besprechung, wie im Rollenspiel, wie in der Reflexion von Aktion und Diskussion. Dieses Arbeitsfeld (Interaktion zwischen Referent und Klient in ihrer Therapiebeziehung) schließt implizit zwei weitere Arbeitsfelder ein: 1) die Interaktion des Klienten mit seiner jeweiligen Umgebung (z. B. Klient und Familie) wie auch die Interaktion des Referenten mit seiner jeweiligen Umgebung und 2) das Verständnis der individuellen Persönlichkeit des Klienten (erfahren aus der verbalen Darstellung und den Verbalisationen durch den Rollenspieler) und der individuellen Persönlichkeit des Referenten (erfahren aus der verbalen Selbstdarstellung und den Verbalisationen durch den Rollenspieler). Diese impliziten Arbeitsfelder machen gerade die Supervision der Interaktion zwischen Referent und Klient in ihrer Therapiebeziehung so komplex und schwierig, zumal jeder Supervisor (aus der Arbeitsgruppe wie auch der Koordinator) in derart gestalteten, eigenen Beziehungsfeldern beheimatet ist.

Die inhaltliche Supervisionsarbeit zwischen Arbeitsgruppe und Referent wird durch den Koordinator in zweifacher

Weise unterstützt: Der Koordinator hat die schon angesprochene strukturierende (formgebende) Funktion und damit zunächst nur mittelbaren Einfluß auf Inhaltliches; unmittelbaren Einfluß nimmt der Koordinator dann, wenn er inhaltlich argumentiert. Er verläßt dann seine strukturierende Position und wird für begrenzte Zeit Mitglied der Arbeitsgruppe. Ein solcher Rollenwechsel, der nicht zu vermeiden ist, sollte dem Koordinator bewußt sein, weil aufgrund der möglichen Rollenkonfusionen Gefahren entstehen können.

Methodisch arbeitet die Supervision mit drei Ebenen:

1. Interview-Ebene (mit Reflexion)
Interviewer – Referent
2. Rollenspiel-Ebene (mit Reflexion)
„Therapeut“ – „Klient“ („Familie“/„Umfeld“)
3. Beobachtungs-Ebene (mit Reflexion)
Beobachter

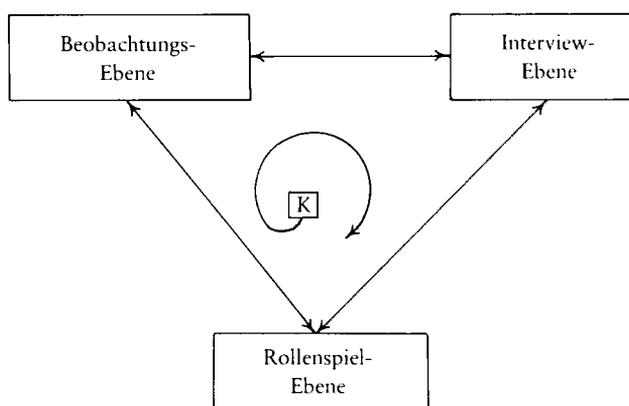


Abbildung 2: Ebenen der Supervision

Der Koordinator hat die Aufgabe, diese Ebenen zu schaffen und miteinander zu verbinden, hat also trennende und verbindende Funktion zugleich. Die Reflexion tritt zu jeder dieser Ebenen hinzu, wie auch die Diskussion über das Erlebte und Reflektierte. Aufgabe des Koordinators ist es dabei ggf., Reflexion und Diskussion anzuregen.

3. Verlaufsbeschreibung

3.1 Interview

Phase 1

Referent und Interviewer nehmen seitlich der Gruppe Platz. Sie erhalten die Instruktion, in ca. zehn Minuten² die Fragestellung an die Gruppe und die wichtigsten Hintergrundinformationen zum Problemfall zusammenzutragen. Während dieser Phase schweigt die Gesprächsgruppe.

Phase 2

Nach dieser Darstellung ist es Aufgabe der Gesprächsgruppe zusammenzutragen, was die Gruppe über den Problemfall weiß. Es werden klare Beschreibungen, keine Inter-

² Die Zeitbegrenzung kann als unzumutbarer Druck erlebt werden. Andererseits führt sie zur Konzentration auf das zunächst Notwendige und damit weg von möglichen „Endlos“-Beschreibungen in üblichen Fallbesprechungen.

pretationen, keine Wertungen, keine Rückfragen an der Referenten oder Interviewer erwartet. Referent und Interviewer schweigen.

Phase 3

Der Referent erhält Gelegenheit, das Zusammengetragene der Gesprächsgruppe zu bestätigen, zu korrigieren oder zu ergänzen.

Phase 4

Die Gesprächsgruppe trägt zusammen, was sie bisher noch nicht von dem Problemfall weiß, aber wissen möchte.

Phase 5

Der Referent ergänzt seine Darstellung um das, was er zu den Fragen aus Phase 4 beitragen kann. Der Interviewer hat hierbei die Aufgabe, Fragen der Gruppe mit zu erinnern.

Die Phasen 2 und 4 sowie 3 und 5 können ggf. zusammengelegt werden.

Phase 6

Die Gesprächsgruppe kann jetzt aufgrund dessen, was sie bisher erfahren hat, und aufgrund dessen, was bisher nicht angesprochen worden ist, was sie aber für wichtig hält, Hypothesen bilden bzw. Interpretationen äußern. Außerdem kann die emotionale Wirkung auf den einzelnen und auf die Gruppe diskutiert werden.

Die Dauer der Phasen 1 bis 6 sollte 30 Minuten nicht übersteigen.

3.2 Rollenspiel

Phase 7

Der Rollenspieler des Indexklienten meldet sich, wählt seine „Angehörigen“ und „Partner“ und den (die) „Therapeuten“.

Der Koordinator geht zu jedem einzelnen Rollenspieler, nennt ihn beim „Fall-Namen“ und läßt den Rollenspieler sich selbst in seiner Rolle (Alter, Beruf, persönliche Eigenschaften) beschreiben – und ggf. vom Referenten ergänzen oder korrigieren. Dieser Vorgang dauert länger, braucht viel Zeit und die Aufmerksamkeit aller. Der „Therapeut“ spielt die Therapeutenrolle des Referenten(!), so wie er ihn in der Darstellung und Schilderung kennengelernt und erlebt hat.

Phase 8

„Indexklient“ und „Angehörige/Freunde“ gehen in eine Ecke und besprechen ihr Problem miteinander, so wie sie es aus der Fallbesprechung kennen.

Der „Therapeut“ bespricht sich mit seinem „Kotherapeuten“ oder wartet allein auf den ersten „Klientenkontakt“. Andere soziale Bezugspersonen des „Indexklienten“ sind jeweils in ihrem Bezugsfeld (z.B. „Großeltern“ oder „Arbeitskollegen“ oder „Lehrer“).

Phase 9

Der Kontakt zwischen „Klienten“ und „Therapeuten“ wird hergestellt. Es wird nachgespielt, wie der erste Kontakt der Begegnung sich ereignet hat oder sich ereignet haben

könnte. Dieses Spiel kann mit verbalem Kommentar erfolgen, es kann aber auch nonverbal geschehen.

Die eigentliche Rollenspiel-Szene kann sehr kurz sein (1–2 Minuten); manchmal genügen auch ‚Stand-Bilder‘ im Sinne von Zuordnungspositionen im Raum.

3.3 Beobachtung (Selbst- und Fremdbeobachtung)

Phase 10

Der Koordinator läßt jeden Akteur des Rollenspiels (Reihenfolge: „Indexklient“, „Angehörige“, „Therapeut“) verbalisieren, was für ihn in dieser Szene inhaltlich, handlungsmäßig oder emotional von besonderer Wichtigkeit war, was er wahrgenommen, was er vermißt hat. (Nicht auf jede Frage gibt es eine Antwort!) Die Äußerungen der Rollenspieler stehen nebeneinander, d.h. auch widersprüchliche Wahrnehmungen bleiben in ihrer Widersprüchlichkeit nebeneinander bestehen, sie werden nicht auf ihre ‚Richtigkeit‘ hin untersucht und diskutiert, denn es gibt keine falschen Wahrnehmungen. Es erscheint sinnvoller zu diskutieren, welche Impulse die Widersprüchlichkeit bewirkten und welche Auswirkungen solche Zwiespältigkeit haben kann.

Der Koordinator wendet sich dem Referenten zu und erkundet, was er wahrgenommen hat, ob die Beobachtungen bzw. die späteren Äußerungen dazu ihm bekannt oder fremd sind, ob sie für ihn stimmig wirken oder nicht.

Der Koordinator wendet sich dann der Beobachtergruppe zu und erkundet ihre Wahrnehmungen während der Rollenspielszene und während der Erarbeitung mit den Rollenspielern und mit dem Referenten.

Die Beobachtungen können jeweils die Wahrnehmungen an den anderen wie auch an sich selbst beinhalten.

Die Selbst- und Fremdwahrnehmungen wie auch die möglichen Auswirkungen dieser Wahrnehmungen werden gemeinsam reflektiert und diskutiert.

Vor jeder nächsten Rollenspielsequenz sollte der Referent sich äußern können, denn er ist der Fragende, der Hilfe und Unterstützung haben möchte. Er sollte aber keinen Druck erleben, sich äußern zu müssen.

3.4 Weiterentwicklung

Phase 11

Das Rollenspiel kann fortgesetzt werden (neue Szene, wie Phase 9) mit Erarbeitung und Besprechung (wie Phase 10). Das Rollenspiel ist einem Filmablauf vergleichbar, bei dem einzelne Sequenzen auf der Inhalts-, Handlungs- und Emotionsebene von beteiligten und unbeteiligten Beobachtern durchgearbeitet werden. Für diese Bearbeitung wird der Film gewissermaßen angehalten. (Mir ist bewußt, daß die Filmfortsetzung durch die zwischenzeitliche Besprechung beeinflusst wird.)

Das Rollenspiel kann fortgeführt werden, auch über den aktuellen Berichtsstand hinaus, aufgrund der Einfühlung der Rollenspieler in ihre Rollen. Dies kann eine Weiterentwicklung des Therapieverlaufs/Beratungsverlaufs bedeuten. Vor dieser Weiterentwicklung sollte jedoch das vorher Erlebte, Erfahrene und Reflektierte möglichst konkret erarbeitet und benannt werden. Auf diese Erarbeitung folgt die Überlegung

von konkreten Möglichkeiten therapeutischer Interventionen. Diese Überlegungen können bis zu konkreten Formulierungen führen.

An diese Vorbesprechung schließt sich die Diskussion in der Gruppe an, welche konkrete Situation mit welcher (welchen) konkreten Interventionen nun im Rollenspiel erprobt werden soll. Durch das Fortsetzungs-Rollenspiel kann erfahren werden, wie sich die konkrete Vorgehensweise auf die Rollenspieler auswirkt. Jeder Mitspieler vermag zu äußern, wo er für sich (in seiner Rolle) Chancen oder Schwierigkeiten sieht, Weiterentwicklungsmöglichkeiten oder Abbruchgefahren. Aufgrund der Identifikation im Rollenspiel und zugleich der Fähigkeit, aus der Rolle herauszutreten und Wahrnehmungen mitzuteilen, kann gemeinsam überlegt werden, ob die durchgespielte Vorgehensweise indiziert ist. Ob er eine der weitergespielten therapeutischen Vorgehensweisen übernehmen kann, kann der Referent vielleicht dadurch leichter entscheiden, daß er während der Supervision ausschließlich Beobachter und nicht gleichzeitig handelnder „Therapeut“ ist.

Vorbesprechung mit Konkretisierung, Rollenspiel, Reflexion und Diskussion mit Überprüfung durch den Referenten sind die Handlungsschritte.

4. Zur psychologischen Intention, den Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens

Diese Darstellung soll als Anregung verstanden werden, bisher übliche Fallbesprechungen zu erweitern. Dies bedeutet nicht, daß jetzt der verbalen Kommunikation eine untergeordnete Rolle zukommt, sondern sie wird im Gesamtkontext als *ein Medium* verstanden, das ergänzt wird durch die Unmittelbarkeit des Erlebens im Einfühlen. Einfühlung in den Klienten wie auch Einfühlung in die Wirkung des Therapeutenverhaltens wie auch Einfühlung in den Referenten (durch den Rollenspiel-„Therapeuten“) öffnen für die Besprechung neue Dimensionen. Interview, Rollenspiel, Reflexion und Diskussion wechseln einander ab und sind hier komplementäre Methoden.

Die Möglichkeiten und Grenzen sind im wesentlichen mitbestimmt von der Fähigkeit eines jeden einzelnen, sich im Rahmen der Supervision einlassen und einfühlen zu können. Die Sensibilität der Rollenspieler und ihre Übung im Wahrnehmen und Verbalisieren ihrer Empfindungen sind ebenso wichtig wie die Erfahrung und Offenheit des Koordinators, Gruppenentwicklungen zuzulassen und mitzutragen, gerade auch dann, wenn sich Strömungen entwickeln in eine Richtung, die er als Möglichkeit (noch) nicht erkannt hatte. Der Koordinator ist ebenso wie jeder andere Lernender in diesem Gruppenprozeß und nicht der allwissende Supervisor. In schwierigen Situationen richten sich die Blicke der Teilnehmer (auf)fordernd an den Koordinator wie in schwierigen Familientherapie-Situationen an den Therapeuten, bedeutend: „Nun mach Du mal! Sag uns vor, wo es langgeht! Zeig mal, was Du kannst!“ Es gehört in beiden Situationen zur Handwerkskunst, dies ertragen und damit umgehen zu können. Andererseits sollte der Koordinator trotzdem den gesamten Supervisionsprozeß im Blick haben können; so

besteht z.B. eine deutliche Gefahr für den Gruppenprozeß darin, daß die Fachkollegen untereinander bestrebt sein können, das Therapeutenverhalten des Referenten aus Gründen der Konkurrenz und Selbstdarstellung abzuwerten.

Der Referent ist auf jeden Fall Mittelpunkt der Supervision; seine Möglichkeiten bestimmen Umfang, Dauer und Intensität (Tiefe) des Vorgehens. Im Rahmen der Supervision ist der Referent aber nicht „Klient“, die Arbeitsgruppe ist nicht „Therapeut“, und die Supervision ist keine Therapie. Von daher ist es auch nicht Ziel der Supervision, besseres Therapeutenverhalten vorzuspielen, sondern dem Referenten in seinem konkreten Problemfall im Rahmen seiner fachlichen und persönlichen Möglichkeiten weiterzuhelfen.

Supervision ist somit als ein von Regeln und Rückmeldungen geleiteter Gruppen-Interaktionsprozeß zu verstehen, bei dem der Prozeß der Erkenntnis- und Einsichtsgewinnung im Vordergrund steht. Durch die aktive Beteiligung aller an der Supervision gewinnt aus einer speziellen Falldarstellung jeder Teilnehmer Anregungen für seine Arbeit.

Summary

Group-Supervision

A methodical procedure for group-supervision is presented. Dialogue and discussion, role-play, observation and reflexion on what is said and experienced alternate and complement one another.

Empathy of group-members makes it possible to decide on further potential development beyond the actual state of consultation. This procedure can be used for client-orientated as well as for team-orientated or institutional supervision.

Literatur

- Akademie für Jugendfragen* (Hrsg.) (1979): Supervision im Spannungsfeld zwischen Person und Institution. Freiburg: Lambertus. – *Bachmann, C. H.* (1981): Kritik der Gruppendynamik. Frankfurt: Fischer. – *Bauriedl, T.* (1980): Beziehungsanalyse. Frankfurt: Suhrkamp. – *Fürstenau, P.* (1979): Zur Theorie psychoanalytischer Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta. – *Hoffmann, L.* (1982): Grundlagen der Familientherapie. Hamburg: Isko-Press. – *Innerhofer, P.* (1977): Das Münchner Trainingsmodell. Berlin: Springer. – *Marr, D.* u. a. (1983): Unterschiedliche Organisationsformen von Supervision. In: Nachrichtendienst des Dt. Vereins für öffentliche und private Fürsorge 63, 232–239. – *Pelzer, G.* (1982): „Supervision von Interaktion“. Unveröff. Vortrag „2. Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie“, Berlin. – *Specht, F./Spittler, H. D.* (Hrsg.) (1982): „Wie Berater helfen“. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – *Tafertshofer, A.* (1983): Die Organisation eines gruppendynamischen Trainingsseminars als Abwehrsystem. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 18, 217–232. – *Vopel, K.* (1980): Handbuch für Gruppenleiter. Hamburg: Isko-Press. – *Wellendorf, F.* (1982): Verstehen in der Supervision. In: Supervision 1, 7–20.

Anschr. d. Verf.: Dipl.-Päd. Guido Pelzer, Auguste-Viktoria-Str. 29, 5040 Brühl 1.