

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

„Wo viel Licht, dort ist auch Schatten“

**Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Schäden durch
Psychotherapie, Supervision und Beratung**

Anton Leitner, Psychotherapie auf dem Weg...
Entwicklungen-Wirkungen-Nebenwirkungen-Negativeffekte

Katharina Gerlich, Risiko und Handhabung von Risiko im psycho-
therapeutischen Prozess. Eine praxisbasierte ExpertInnensicht

Heidemarie Hinterwallner, Katharina Gerlich, Alexandra Koschier,
PatientInnenbeschwerden in der Psychotherapie.
Eine Kurzdarstellung

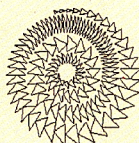
Alexandra Koschier, Michael Märtens, Risiken, Schäden und Neben-
wirkungen in der Psychotherapie. Ergebnisse einer niederösterreich-
weiten PatientInnenbefragung. Ein Kurzbericht

Gregor Liegl, Anton Leitner, Psychotherapie kann mit Zufrieden-
heitseinbußen einhergehen. Welche Aspekte der allgemeinen
Lebenszufriedenheit betroffen sind und welche Rolle Geschlecht
und therapeutische Orientierung dabei spielen

Brigitte Schigl, Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch
Supervision und Beratung

Jutta Ehrhardt, Hilarion Petzold, Wenn Supervisionen schaden -
explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter super-
visorischer Praxis“

Ulrich Sachsse, Retraumatisierung durch Psychotherapie -
Schlag-Wort oder Gefahr?



Wenn Supervisionen schaden - explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter supervisorischer Praxis“

1. Supervision – ein Instrument der Qualitätssicherung und Schadenprävention

Supervision wird im Bereich von Psychotherapie, Soziotherapie und Case Work zunehmend international als ein wichtiges Instrument der **Qualitätssicherung** angesehen (Fatzner et al. 1999; Hawkins, Shohet 2006; Petzold, Schigl et al. 2002; Schreyögg 2004), wobei die Auffassungen, was denn „Qualitätssicherung“ sei und wie sie zu erfolgen habe, durchaus auseinandergehen – von der empirischen Untersuchung nach sozialwissenschaftlichen Kriterien (Laireiter, Vogel 1998; Donabedian 2005) bis zur bloßen Präskription von Formalstandards oder fachverbandlichen Profilen von Professionalität ohne Forschungsfundierung (Weigand 1999). Sie hat als eine wesentliche Funktion – neben der der Krisenintervention, Weiterbildung, Entlastung usw. (Petzold 2007a) –, die professionelle Arbeit von HelferInnen (TherapeutInnen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen etc.) und von Institutionen der Hilfeleistung, der medizinischen Versorgung, des Gesundheitswesens, der sozialen Arbeit und Rehabilitation darin zu unterstützen, ihre komplexen Aufgaben optimal wahrzunehmen, die Qualität ihrer Arbeit zu sichern und zu entwickeln. Qualitätssichernde Supervision soll dazu beitragen, für die verschiedenen Systeme, in die sie hineinwirkt, positive **Effekte** zu erzielen und Qualitätsentwicklung zu fördern sowie **Risiken**, unerwünschte **Nebenwirkungen**, **Negativeffekte** und **Schäden** zu verhindern, zu minimieren oder – wo sie eingetreten sind – zu Korrekturen, Restituierungen, Verbesserungen beizutragen. Bei einer solchen Aufgabestellung ist natürlich zu fragen, wo die Risikobereiche in den jeweiligen supervisorischen Aufgabenfeldern liegen, wie gut Supervision auf diese Problembereiche vorbereitet ist und – wird die Frage auf die Supervision selbst gewendet – ob es nicht auch bei der Supervision als Interventionsmethode und praxeologischem Ansatz Problembereiche gibt, Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Diesen Fragen soll nachgegangen werden. Mit den Daten einer explorativen Dunkelfeldstudie wird einiges Licht auf Risiken und Gefahren, auf stattgehabte Gefährdungen und Schäden geworfen, die – wenn sie auch in quantitativer Hinsicht keine Repräsentativität beanspruchen können, das ist bei Dunkelfeldstudien nie möglich – doch Problematiken erkennen lassen, die von der „professional community“ der SupervisorInnen und von den Ausbildungsinstitutionen sehr, sehr ernst genommen werden müssen. Die kaum vorhandenen Wirkungsnachweise von Supervision für das KlientInnen/PatientInnensystem, die eher schwache Performanz von Supervision in bestimmten Feldern wohl auf Grund unzureichender Feld- und Fachkompetenz (etwa im Geronto-, Krankenhaus- und Psychiatrie-

bereich, die daraufhin gut untersucht sind (*Petzold, Müller et al. 2009; Gottfried 2011*), und die fehlende Dokumentation darüber, welche Formen und Richtungen von Supervision wirksam, nebenwirkungsarm und wissenschaftlich solide fundiert sind (*Petzold, Schigl et al. 2003; Haubl, Hausinger 2009*) stellen sich heute dem Gesamtfeld der Supervision. Die in diesem Text und durch die präsentierten Daten aufgeworfenen Fragen eröffnen ein weiteres Problemfeld, und das ist gut so. Es macht deutlich, dass Supervision im Prozess ist, sich zu **problematisieren** (*Foucault 1996*), was immer ein Zeichen für Weiterentwicklung ist und die Chance bietet, Qualität zu sichern und voranzubringen.

1.1 Supervision im Mehrebenensystem – multiple Wirkungen

Im Integrativen Ansatz der Supervision, wie er seit Anfang der Siebzigerjahre von *Petzold* und MitarbeiterInnen entwickelt wurde (*Petzold 1998a/2007a; Schreyögg 2004*), wird ein systemisches „Mehrebenenmodell“ von Supervision in den Blick genommen, das folgende Ebenen unterscheidet:

- 1. Das KlientInnen-/PatientInnensystem (Menschen, die Therapie/Beratung erhalten),
- 2. das SupervisandInnensystem (BeraterInnen, TherapeutInnen usw., die Therapie/Beratung geben und die Supervision nehmen),
- 3. das SupervisorInnensystem (Supervisoren und Lehrsupervisoren, die Supervision geben und ggf. Lehr- oder Kontrollsupervision nehmen),
- 4. das Auftraggebersystem (Organisationen und Institutionen mit ihren Leitungskadern, Leitern, Managern etc., die Supervisoren für ihre MitarbeiterInnen, Teams, Gremien etc. verpflichten und zuweilen auch Supervision oder Coaching nutzen, *Petzold 1990o, 2007a*).

Auf **all diesen Ebenen** kann es durch Supervision zu **Wirkungen** kommen, was evidenzbasierte Untersuchungen notwendig macht (*Petzold, Oeltze et al. 2011*) – und es kann natürlich auch zu **Nebenwirkungen**, ja Schäden kommen, wie die in dieser Arbeit vorgestellte „Studie im Dunkelfeld Supervision“ zeigt. **Supervision hat immer multiple Wirkungen.** Nimmt man diese Ebenen und diese vielfältigen Effekte nicht in den Blick, sondern blendet sie aus, können sowohl positive als auch negative Wirkungen (und auch Wirkungslosigkeit ist eine Negativwirkung, werden doch Ressourcen vergeudet) nicht erkannt und erfasst werden, so dass eine gezielte „Wirkungssteuerung“ unterbleibt. Das macht Supervision einerseits „riskant“ und führt andererseits dazu, dass möglicher Nutzen nicht gezielt aktualisiert wird, sondern allenfalls in unspezifischen Streueffekten zum Tragen kommt. Die Forschungslage im Felde der Supervision, die als wissenschaftliche Disziplin ja noch relativ jung ist, ist nach wie vor unzureichend, was evidenzbasierte „best practice“ anbelangt (*Petzold, Schigl et al. 2003; Hausinger 2008*), obwohl das Feld in Bewegung ist und mehr in

Forschungsprojekte investiert wird (Haubl, Hausinger 2009). Kontrollierte Studien finden sich kaum – besonders was Wirkungen auf der Ebene 1 des KlientInnensystems anbelangt. Eine unter Leitung von Petzold durchgeführte kontrollierte Studie untersuchte die Inhalte und Wirksamkeit von Supervision auf der PatientInnenebene. Sie ergab, dass Supervision im Sinne von „Heilung und Förderung“ keine Wirkung zeigte, u.a. weil die Supervision nicht auf die Patient/innen ausgerichtet war und die Patient/innen nicht in den Supervisionsprozess eingebunden waren, eine Forderung, die in der Integrativen Supervision immer erhoben wurde und bei Interventionsforschung auch forschungsethisch zu vertreten ist (Petzold, Rodriguez-Petzold 1997; Steffan, Petzold 2001). Die PatientInnen erlebten Supervision nicht als ein unterstützendes Instrument, um ihre spezifischen Behandlungsziele zu erreichen. Kontrollierte Verfolgung von Zielen war überhaupt kein Thema der Supervision, die nur für die Mitarbeitenden bedeutsame Aspekte aufwies. Ist man aber mit der Psychotherapie- und Beratungsforschung vertraut, so weiß man, wie wichtig klare Ziele und Zielkontrollen für den Therapieerfolg sind (Grawe 1998; Petzold, Leuenberger, Steffan 1998). Bei den Zielen setzt die therapeutische Willensarbeit an (Petzold, Sieper 2008a) – und natürlich auch die supervisorische Arbeit mit dem Willen! Kann man hier schon von einem Schaden für die PatientInnen sprechen, wenn nämlich Supervision positive Wirkungen bringen könnte, sie aber diese nicht gewährleistet? White und Winstanley (2010) konnten in einer randomisierten, kontrollierten Studie einen deutlichen Bezug zwischen Supervision, Pflegequalität und Wohlergehen der PatientInnen zeigen. Supervision hatte nachhaltige Effekte für das SupervisandInnen- und PatientInnensystem. Es ist also möglich, Wirkungen zu erzielen und erfassen. In einer eigenen Untersuchung konnte gezeigt werden, dass Integrative Supervision positive Effekte auf allen Ebenen des Supervisionssystems hatte: Patienten/KlientInnen, SupervisandInnen, Auftraggeber waren mit den Wirkungen Integrativer Supervision sehr zufrieden (Oeltze, Ebert et al. 2003). Bislang ist dies international die einzige, alle Ebenen umgreifende Studie, und es ist keineswegs anzunehmen, dass immer auf allen Ebenen positive Wirkungen erreicht werden. Es sind durchaus konflikthafte Ergebnisse denkbar – etwa zwischen SupervisandInnensystem, einem Team, das durch die Supervision souveräner geworden ist und Ansprüche an das Auftraggebersystem stellt, die unbequem sind.

Supervision dient in den psychologischen, pädagogischen, medizinischen und therapeutischen Berufsfeldern zur Qualitätssicherung der fachlichen Arbeit. Supervision intendiert, die **Kompetenzen** (Fähigkeiten, Wissen) und **Performanzen** (Fertigkeiten, Können) von MitarbeiterInnen in psychosozialen Feldern und anderen Bereichen der Arbeit mit Menschen zu entwickeln und zu erweitern. Sie unterstützt bei der Umsetzung von fachlichen Kenntnisse in die Praxis, will also die Qualität von Praxeologie als „Wissenschaft von der Praxis“ (Orth, Petzold 2004) und die performatorische Umsetzung auf der praktischen Interventionsebene fördern. Diesem performatorischen Aspekt kommt besondere Bedeutung zu (Petzold, Engemann et al.

2003; *Petzold, Lemke et al.* 1994), denn ein gutes kognitives Wissen über ein Praxisfeld oder KlientInnensystem bedeutet noch nicht zwingend, dass eine qualitätsvolle interventive Umsetzung auf der Beziehungsebene mit KlientInnen oder PatientInnen gelingt. Genau auf der Ebene der „Performanz“ liegt ein besonderer Fokus und eine spezifische „Supportmöglichkeit“ supervisorischer Arbeit, die von anderen Instrumenten der Qualitätssicherung (z.B. theoretischer und methodischer Weiterbildung) nicht in der Form erreicht werden kann. Dabei kommen von Seiten der SupervisorInnen drei unterschiedliche Kompetenz-Performanz-Rahmen zur Geltung:

1. **Allgemeinsupervisorische Kompetenz/Performanz** betrifft auf der **Ebene des SupervisandInnensystems** (der BeraterInnen, TherapeutInnen, Pflegekräfte etc., die zur Supervision kommen) Themen der Interaktion und Kommunikation, der Konfliktanalyse und Konfliktlösung, des Umgangs mit Affiliationen, Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellationen, Phänomen wie Widerstand, Abwehr, Reaktanz. Die Handhabung von Gruppen- und Teamdynamiken, die Analyse von Kooperationen, Machtkonstellationen, Rollenkonfigurationen und Statusproblemen. Das Assessment von Problemen, Ressourcen und Potentialen gehört genauso zu ihren Aufgaben wie die Klärung der Schnittstellen von Subjekt und Institution, der Arbeitsbelastung, der Qualitätsentwicklung. Der Katalog könnte leicht erweitert werden. Auf der **Ebene des KlientInnen-/PatientInnensystems** wiederholen sich Themen, zumeist aber mit anderen Akzentsetzungen. Allgemeinsupervisorische Kompetenz/Performanz im Beratungssektor setzt natürlich beim Supervisor Wissen und Können als Berater voraus. Empathisches Erfassen der KlientInnensituation durch den Supervisor/die Supervisorin ist Grundvoraussetzung, um den Berater und seine Klientin in ihrer **Zielfindung** und ihrem Prozess der Erreichung der Ziele optimal zu begleiten (*Petzold, Leuenberger et al.* 1998). Es geht dabei um eine dreifache Passung: um Berater-KlientInnen-Passung, um die Supervisor-Berater-Passung und – höchst wichtig und schwierig wegen der Indirektheit der Verhältnisse – die Supervisor-KlientInnen-Passung. Den jeweils gegebenen Genderkonstellationen muss Beachtung geschenkt werden, um die „Genderintegrität“ (*Petzold, Orth* 2011) auf allen Ebenen zu gewährleisten (*Petzold, Rodriguez-Petzold* 1996).
2. **Feldkompetenz und -performanz** betrifft einerseits das **Wissen** des Supervisors um die Bedingungen des Feldes, in dem er tätig wird und andererseits das **Können**, das Beherrschen der Praxen und Methoden, die im Feld angewandt werden (Beratung, Therapie, Pflege Techniken, Krankengymnastik etc.).
3. **Fachkompetenz** betrifft das fachliche Wissen über die in einem Feld umzusetzen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Im geriatrischen Bereich z.B. gerontologisches und gerontopsychiatrisches Wissen. In Kindergarten und in der Kindertherapie entwicklungspsychologisches Fachwissen.

Als metareflexives Verfahren fördert Supervision gemeinschaftliches kreatives Weiterdenken und ist damit eine Innovationsdisziplin. Kontextanalysen, Diagnostik und gemeinsame Bewertungsprozesse auf der Grundlage der „social community“ führen zur Optimierung der Qualität professionellen Handelns. Über Beratung, Weiterbildung und Information, Begleitung von Maßnahmen zur Strukturentwicklung, -verbesserung und -veränderung wird die Effizienz von Organisationen und Institutionen in den unterschiedlichsten beruflichen Feldern gesteigert und stabilisiert und destruktiven Festlegungen entgegengearbeitet.

Neben der problemlösenden und der supportiven Aufgabe von Supervision kommt damit ihre lehrende Funktion zum Tragen (Petzold 2003a; Schreyögg 2004). Im Zentrum stehen stets die Menschen, die MitarbeiterInnen, PatientInnen, KlientInnen und ihre Angehörigen. Das Ziel ist immer die **Optimierung** von **Wirksamkeit**, die Absicherung der Wirkungen als „best practice“ durch aktuelle **Wissenschaftlichkeit**, die Unterstützung aller Maßnahmen im Sinne der **Wirtschaftlichkeit**. Das sind die klassischen Gütekriterien (Kierein, Leitner 2011), zu denen als wesentliches Kriterium Petzold noch die Gewährleistung von **Unbedenklichkeit** des interventiven Handelns hinzugefügt hat (Petzold 2001d; Müller, Petzold 2002), so dass etwaige **Risiken** minimiert sind. An diesen vier Basiskriterien der Qualitätssicherung: **Wirksamkeit**, **Wissenschaftlichkeit**, **Wirtschaftlichkeit** und **Unbedenklichkeit** hat sich supervisorische Arbeit auszurichten und sie hat natürlich auch diese Kriterien **auf sich selbst** anzuwenden. Dabei ist klar, dass wirksame „best practice“ nur über Evidenzbasierung vermittelt empirisch-wissenschaftlicher Forschung gewährleistet werden kann. **Wissenschaftlichkeit** wiederum erreicht ein hohes Niveau durch die *Diskurse* der „scientific communities“ (der Plural wegen der heute unerlässlichen Interdisziplinarität). Die **Wirtschaftlichkeit** wird durch eine solide ökonomische Planung und effektive Umsetzung durch ein kompetentes Management und beständiges Rentabilitätsmonitoring erreicht (wobei im Bereich des Gesundheits- und des Sozialwesens es nicht um Profitmaximierung gehen sollte, sondern um den sozialen Aufgaben angemessene Aufwendungen und Investitionen bei ausgeglichenen Ergebnissen). Schließlich erfordert die „**Unbedenklichkeit**“ klare legistische Rahmenbedingungen, rechtliche Kontrollen sowie die Erarbeitung fundierter und *spezifischer* ethiktheoretischer Positionen (Medizinethik, Psychotherapie- und Supervisionsethik, Moser, Petzold 2007) und ihre Umsetzung durch berufsständische und fachverbandliche Gremien, Ethikkommissionen, Ehrengerichte usw.

Beim Thema der **Wirkungen** gilt es, Spezifizierungen vorzunehmen, die in der Supervision durchaus feldabhängig gesehen und unter einem „**exzentrischen**“ und „**mehrperspektivischen**“ Blick betrachtet werden müssen, wofür im Integrativen Ansatz spezifische Modelle pluraler Optiken und Mehrebenenreflexionen entwickelt wurden (Petzold 2007a; Jakob-Krieger, Dreger et al. 2004; Gebhard, Petzold 2005), denn sie verringern das Risiko, Gefahrenpotentiale zu übersehen oder feldspezifische Besonderheiten nicht zu beachten. In der Schulsupervision liegen natürlich die Ver-

hältnisse anders als bei der Supervision in klinisch-therapeutischen Einrichtungen oder in einer forensischen **Institution** oder in einer **Organisation** des Profit-Sektors (zur Differenzierung vgl. *Petzold* 2007a). Für den Kontext dieser Veröffentlichung soll das Thema „**Supervision von Therapieprozessen**“ – Psycho- und Soziotherapie – exemplarisch fokussiert werden, u.a. weil dies ein besonders *risikosensibler* Bereich ist, dem im Integrativen Ansatz schon früh Beachtung *geschenkt wurde, etwa in einer Arbeit über missbräuchliche Therapiepraxis – eine der ersten überhaupt im Feld zu dieser Thematik (*idem* 1977l) oder in einem Praxispaper zu „Vertrauenstherapeuten“ als Sicherungsmaßnahme mit supervisorischem Charakter. Es wird die Position vertreten: Bei Verstrickungen haben PatientInnen ein Recht, von ihrem Therapeuten zu verlangen, dass man sich in einer gemeinsamen Supervisionssitzung um eine Problemlösung bemüht (*Petzold, Orth* 1999, 329, 375, das Modell hat sich bewährt). Psychotherapie, Körpertherapie, Soziotherapie bergen nämlich Gefahrenpotentiale, wie wir mit dem international ersten (!) schulenübergreifenden Werk zu diesem Thema (*Märtens, Petzold* 2002) zeigen konnten. Die Thematik lag lange brach! Supervision wird als strategisches Moment gegen solche Gefahren gesehen und oft herbeigerufen und eingesetzt, wenn es zu Problemen gekommen ist (vgl. *Rosenmayr* 1989, nach dem Tötungsskandal in Lainz). Ob sie dieser Aufgabe gewachsen ist, muss untersucht werden. Bereichsspezifisch betrachtet, ist sie in einigen Feldern dieser Aufgabe bislang **nicht** gewachsen gewesen, so etwa im Felde der Pflege, Geriatrie, des Heimwesens und des Krankenhauses, wo Humanität immer wieder auch gefährdet ist (*Petzold* 1979l), und sich doch häufiger Fälle „riskanter und gefährlicher Pflege“ oder – seltener zwar – der PatientInnenmisshandlung, ja auch der Krankentötung finden (vgl. *Beine* 1998, 2003, 2010; *Maisch* 1996, 1997; *Petzold* 1989b, 2005h), die bislang nie durch Supervision aufgedeckt worden sind. Auch wurde dieses prekäre Thema in der Supervisionsliteratur nie vertiefend behandelt. – Ausnahme sind die Arbeiten des Seniorautors (*Petzold* 1985d, 1994a, 2005h; *Petzold, Müller et al* 2005). Zweifel werden zudem wach, wenn dann noch aus der Forschung – z.B. aus drei Multicenterstudien (Au, D, Ch) zur „Wirkung von Supervision im Feld der Gerontologie“ – als Ergebnis hinzukommt, dass nur ein Drittel der befragten MitarbeiterInnen ihre Supervisionserfahrungen als „gut“ bewerteten, sonst befriedigend und schlechter. Befriedigend ist für Supervision keine gute Note. Weiterhin wurde nur für ein knappes Drittel der in diesen Studien erfassten SupervisorInnen die Feld- und Fachkompetenz als hinreichend bewertet (*Knaus, Petzold et al.* 2004; *Müller, Petzold et al.* 2005; *Petzold, Müller et al.* 2008). Unsere Untersuchungen im Bereich des Krankenhauses (*Brühlmann-Jecklin* 2005) oder der Psychiatrie (*Gottfried, Petitjean et al.* 2003; *Orth, Siegele et al.* 2007) haben ein ähnlich schwaches Bild gezeigt. Zwar wird den SupervisorInnen überwiegend eine hohe personale und fachliche Kompetenz zugeschrieben. Doch es gibt zu viele Beispiele dafür, dass diese Kompetenz nicht durchträgt. In einer Auswertung von mehreren Studien zu den Effekten von Supervision in der Psychotherapie aus verschiedenen europäischen Ländern fand *Kurt Gottfried*

(2011), dass die negativen Erfahrungen mit Supervision bei etwa 20% liegen (ähnlich wie in der Psychotherapie), wovon aber „nur“ etwa 5% schwere Schädigungen darstellen. Das ist u. E. eindeutig zu hoch auf der Negativseite, auch wenn der Autor zusammenfassend feststellt, dass die Supervision in der Psychiatrie eine wichtige und wirkungsvolle Beratungsform für Klinikmitarbeiter und Patienten darstellt! Die „Schwere“ der Schädigungen in den 5% ist zudem nicht wirklich zu gewichten, wie die vorliegende Studie zeigt. Weiterhin ist die Dunkelziffer auch nicht hinlänglich zuverlässig zu eruieren! Es gibt aber in der Supervision Bereiche, da liegen die Ergebnisse anders – wie etwa unsere große Studie zur Supervision in der Telefonseelsorge gezeigt hat (Ertel, Jakob-Krieger et al. 2006), wo allerdings auf Seiten der SupervisorInnen eine hohe Feldkompetenz gegeben war. Die empirische Supervisionsforschung zeigt mit beeindruckender Deutlichkeit, wie wesentlich die **Feld- und Fachkompetenz** der SupervisorInnen für die Qualität von Supervision ist. Dieses Ergebnis ist bei SupervisorInnen nicht sehr beliebt, begrenzt es doch das „Geschäftsfeld Supervision“ und den „Generalisten-Anspruch“ von SupervisorInnen, steht also den Geschäftsinteressen und Omnipotenzansprüchen entgegen. Schnell wird dann den Advokaten der Feldkompetenz mögliche „Betriebsblindheit“ entgegengehalten. Dafür liefert die Forschung aber keine Anhaltspunkte. Aufgrund dieser aufgezeigten Zusammenhänge kann man als starke These formulieren:

*Supervision wird u.a. zur Risikominderung und zur Schadensprävention für das KlientInnen/PatientInnensystem eingesetzt, besonders in **schwierigen Feldern**, für die allerdings Fach- und Feldkompetenz für hohe Qualität und Risikosensibilität unerlässlich ist. Erfüllt Supervision aber diese Aufgabe aufgrund fehlender Spezialkompetenzen der SupervisorInnen nicht, muss sie selbst als „Risikofaktor“ angesehen werden, ähnlich einem Notstromaggregat, das nicht funktionsfähig ist.*

Deshalb muss Supervision selbst differentiell auf potentielle Gefahrenlagen und Risiken betrachtet und untersucht werden. Ineffektivität bei einem Verfahren wie der Supervision, das beansprucht „Experten für Experten“ bereitzustellen, ist ein subtiler und bislang noch wenig beachteter Risikobereich, der besonders bei Aufgaben prekär wird, in denen Supervision mit Sicherheitsfunktionen in der „Qualitätsüberwachung“ eingesetzt wird wie in Psychotherapie, Soziotherapie, Pflege, Beratung – eigentlich bei jeder Form der **psychosozialen** Intervention. Heute muss man sogar schon von **biopsychosozialökologischen** Interventionen sprechen, was durchaus supervisionsrelevant ist. Mikro- und mesoökologische Bedingungen in Institutionen – gerade in Heimen, Schulen und Krankenhäusern – wurden seit langem schon für das Wohlergehen und für die Kommunikation von Menschen als fördernd, aber auch als belastend erkannt (Gifford 2007; Moser 2009; Petzold 2006p; Saup 1993; Stengel 2002) – das Fehlen „kommunikativer Flächen“ z.B. wiegt schwer. Und auch das Biologische ist mit der „neurowissenschaftlichen Wende in der Psychotherapie“ (Petzold, van Beek et al. 1994; Petzold 2002j; Grawe 2004; Schiepek 2003/2011) für die Super-

vision relevant geworden - man hat das inzwischen in der Supervisionsszene bemerkt (Knopf, Walter 2010). Weiterhin wird man auch die biologisch-neurowissenschaftlichen Perspektiven nicht zuletzt für ein Verständnis „komplexen supervisorischen Lernens“ (Sieper, Petzold 2002, Chudy, Petzold 2011) einbeziehen müssen. Das wird auch für das Verstehen von Negativeffekten, von dysfunktionalem Lernen erforderlich, wie es in schädigenden Lebensbedingungen - etwa in der Drogenszene oder in der Langzeitarbeitslosigkeit - stattfindet. Der in diesen Bereichen tätige Supervisor muss feld- und fachkompetent darum wissen (Hartz, Petzold 2010; Hecht, Petzold, et al. 2011), sonst macht er Fehler, und das ist riskant für die Menschen im KlientInnen/PatientInnensystem. Deshalb müsste man sich in der „community“ der SupervisorInnen mit den Themen der Fehler (Schreyögg 2007), der Krisen (Petzold, van Wijnen 2011) und der Möglichkeiten von Risiken, Nebenwirkungen und Schäden grundsätzlich befassen und sich spezifisch auf die Bereiche richten, in denen man supervisorisch tätig wird. Das ist bislang noch kaum geschehen, und damit partizipiert Supervision an den Risikopotentialen ihrer Handlungsfelder und gerät in die Gefahr, ihrer „Wächterfunktion“ über „good or best practice“ und gegenüber potentiellen „Risiken und Nebenwirkungen“ nicht gerecht zu werden.

1.2 Konzeptuelle Überlegungen zu Risiken, Nebenwirkungen und Schäden im Kontext Supervision und Therapie

Petzold (1996f) hatte in einer Arbeit über „Krankheitsursachen im Erwachsenenleben“ unter dreizehn verursachenden Einflussbereichen „Psychotherapie“ als eine durchaus zu beachtende Krankheitsursache herausgestellt: „*schädigende Psychotherapie ... muss zu den pathogenen Situationen des Erwachsenenlebens gerechnet werden*“ wenn „(a) missbräuchliche Therapie, (b) iatrogene Therapie, (c) risikante Therapie“ (*ibid.* 303) zum Tragen kommen.

Supervision hat beides, die positiven wie die negativen Wirkungsmöglichkeiten differenzierend in den Blick zu nehmen, denn sie hat auf beides einzuwirken, die Positiveffekte zu fördern und die Risiken und Negativeffekte zu verhindern. Alles was wirkt, kann aber auch **Nebenwirkungen** haben, von dieser Grundlage ist auszugehen - für die Therapie wie für Beratung und Supervision.

- **Positive Wirkungen** sind gekennzeichnet durch Verschwinden oder Verbesserung von Symptomen, Belastungen, Leiden, also von Heilung und Gesundheit;
- **Nützliche Nebenwirkungen** können sein: Gewinn von zusätzlicher Vitalität, Selbstvertrauen, Kreativität.
- **Harmlose Nebenwirkungen** können sein: *vorübergehende* Beunruhigung, Unsicherheit - man muss ja neue Verhaltensweisen entwickeln, sich verändern. Das kann auch einmal „schlaflose Nächte“ machen. Solche Phänomene

ne sind bekannt und kommen auf, wenn sich alte, dysfunktionale Muster verändern und sie sich durch neue **Informationen** neurocerebral umorganisieren (Grawe 2004; Hüther 2006, 2010; Petzold 2002j).

- **Gravierende Nebenwirkungen** sind in gewisser Weise einer unerwünschten Medikamentenwirkung durchaus vergleichbar. Es können Ängste auftreten, oder Symptome intensivieren sich, die Depression oder die Selbstunsicherheit nehmen zu statt ab.
- **Negativeffekte mit Schadensqualität** sind eingetreten, wenn die Nebenwirkungen physische, psychische, soziale (also *immaterielle Schäden*) und/oder *materielle* Auswirkungen haben, die das Rechtssubjekt in einer Weise verletzen, dass ein Nachteil durch Minderung oder Verlust an Gütern eingetreten ist. Schäden durch Psychotherapie, die als unfreiwillige Einbuße an Lebens- und Rechtsgütern anzusehen sind (Schwarz, Wandt 2002), begründen zivilrechtlich ein Schadenersatzrecht (Brandt 2010). Bei einem Personenschaden durch Missbrauch oder Misshandlung (*ex delicto*) kommt (in Österreich) mit dem „deliktischen Schadenersatz“ noch eine strafrechtliche Verfolgung ins Spiel (z. B. § 177 Abs. 1 Nr. 3, StGB). Diese juristische Ebene muss im Blick behalten werden, denn sie setzt *klare Maßstäbe* und normative Vorgaben, die solches Geschehen nicht mehr auf der Ebene von „Psychodynamik“ oder „Beziehungsdynamik“ abhandelbar machen, wie es der Tendenz nach das therapeutische Feld präferiert, sondern bei solchen Vorfällen wird gegenüber dem „therapeutischen Raum“ der „forensische Raum“ dominant. Er eröffnet sich im Moment des Delikts (auch wenn es nicht zur Anzeige gebracht wird). SupervisorInnen müssen sich mit dieser juristischen Thematik gut auskennen, sind doch hier viele Bereiche (Schweigepflicht, Persönlichkeitsschutz, Verletzung von Geheimnissen) angesprochen.

Alle Wirkungen von Psychotherapie haben eben auch eine leibliche Grundlage, sind auch Wirkungen auf das Gehirn - wir sprechen von „Neuroplastizität“ -, haben Effekte für das Immunsystem und die Grundvitalität des „Körpers als Informationsaufnahme- und Informationsverarbeitungssystem“. Solche Wirkungen werden erzielt, weil die Psychotherapie neue Informationen mit sich bringt. Petzold (2009c) hat deshalb treffend vom „*informed body*“, vom „*informierten Leib*“, gesprochen, der bei jedem Menschen Grundlage seiner Lebensprozesse ist. Aber es kann auch einmal zu unerwünschten Seiteneffekten kommen, die in ihren schweren Formen als **Negativeffekte** wirken. Dann müssen SupervisorIn, TherapeutIn **und** PatientIn aufmerksam werden. Man muss rasch die Ursachen zu erfassen und zu verändern suchen. In Therapien ist der wichtigste Wirkfaktor eine gute, gelingende „therapeutische Beziehung“. Das hat die empirische Psychotherapieforschung überzeugend gezeigt (Orlinsky, Howard 1987; Grawe et al. 1994; Lambert, Ogles 2004) und ebenso die schu-

lenvergleichende Theorieforschung in der Psychotherapie zur „Rolle des Therapeuten und der therapeutischen Beziehung“, die zu dem Schluss kommt: „Die Beziehung ist das wesentliche 'Pharmakon' (Medikament)“ (*Petzold* 1980f/1996³).

„Das am allerhäufigsten verwendete Heilmittel ist der Arzt selber. Leider gibt es für dieses wichtige Medikament bisher keine Pharmakologie und keine Toxikologie“ (*Michel Balint* 1964; vgl. *Luban-Plozza* et al. 2002)

Wenn diese Beziehung nicht gelingt, wenn sie nicht zustande kommt, weil man nicht zueinander „passt“, keine „Passung“ („fit“, so der Fachbegriff, *Orlinsky, Howard* 1987) möglich wird – und das gibt es ja zwischen Menschen –, und wenn man das übergeht, nicht verändern kann, kann es zu **Negativwirkungen** kommen. Der Supervisor müsste dann, weil er hoffentlich **fachkompetent** um diese Forschungsergebnisse weiß und um das Faktum, dass Fehlpassungen in der Regel nicht zu korrigieren sind, den Therapeuten, seinen Supersanden, motivieren, dem Patienten/der Patientin zu einem Therapiewechsel raten. Die Patientin müsste - ihrer Wahrnehmung trauend -, einen solchen Wechsel vornehmen, „weil es nicht stimmt“ mit der Beziehung. Solche nicht gelingenden „Passungen“ sind meistens, ja in der Regel nicht zu verändern, was oft genug zu Manipulationsstrategien, Druck, in der Gestalttherapie zur Attribution von „avoidance“ und ggf. zu „patient blaming“ führt (*Perls* 1969, 38, 207; vgl. *Petzold* 2007j), oder im psychoanalytisch-tiefenpsychologischen Paradigma zu Widerstandsdeutungen, wahrscheinlich häufig Fehleinschätzungen zu Lasten der PatientInnen, also ein Risiko! Für gute Passungen, welche schon in den ersten Therapiestunden gelingen, sagen Therapiefragebögen den positiven Fort- und Ausgang der Therapie und das Erreichen der gesteckten **Ziele** voraus (*Petzold, Leuenberger* et al. 1998; *Grawe* 1998).

Das müssen TherapeutInnen und PatientInnen wissen - und natürlich die SupervisorInnen im Bereich der Therapie - und sie müssen danach konsequent verfahren, um unerwünschte Nebenwirkungen oder gar Negativeffekte zu vermeiden. Leider haben TherapeutInnen oft Mühe, zu akzeptieren, dass die Beziehung „nicht wirklich stimmt“, der Patient/die Patientin das Beziehungsangebot nicht annimmt, ja nicht annehmen kann oder vielleicht aus guten Gründen auch nicht annehmen will. Sozialpsychologisch geschulte SupervisorInnen sprechen dann von „**Reaktanz**“ (*Moser* 2011; *Petzold, Müller* 2007) und vermitteln dieses Konzept und die Essentials der damit verbundenen Affiliationstheorie (*ibid.*; *Edlhaimb-Hrubec*¹ 2006). Auf Reaktanz haben PatientInnen, KlientInnen, haben Menschen ein Recht, „Man muss nicht mit jedem ‚können können‘!“ Es gibt Therapieformen, wie die klassische Psy-

¹ Wenn dann *Edlhaimb-Hrubec* (2006, 61ff) in einer empirischen Forschungsarbeit zur „supervisorischen Beziehung“ bei einer Population von SupervisorInnen (n = 86) feststellt, dass bei Reaktanz der Befragten 7,5% keine Angabe machen und 42,7% der Supervisorinnen und 40,3% der Supervisorinnen vermelden: „nicht in meinem konzeptionellen Rahmen“ und bei Affiliation 13,4% keine Angabe und 46,3% der Supervisorinnen und 55,2% der Supervisorinnen „nicht in meinem konzeptionellen Rahmen“ angeben, ist die Frage nach der Güte der Professionalität angezeigt.

choanalyse *Freuds*, aber auch viele andere „Therapieschulen“, die sprechen dann vom „**Widerstand**“ und geben damit den PatientInnen die „Schuld“, wie ein großes, schulenübergreifendes Sammelwerk zu diesem Thema gezeigt hat (*Petzold* 1981b). *Berger* und *Luckmann* (1970) haben das als eine dysfunktionale Machtstrategie der PsychotherapeutInnen enttarnt, die sich damit gegen Kritik immunisieren, und damit haben diese Autoren wohl Recht. Das „Widerstandsthema“ ist bis heute ein offenes Problem in vielen Therapie- und Supervisions-Schulen. Beziehungen *gegen* einen „Widerstand“ soll man nicht zu erzwingen oder herbeizumanipulieren suchen, was immer wieder geschieht, weil Widerstand, der auch eine „Schutzfunktion“ hat, sonst zu einem „Risiko-Konzept“ wird (*Petzold* 1981c), das gute „Affiliationen“ behindert, **Negativeffekte** begünstigt und positiver Wirkung von Therapie entgegensteht. Aber um die geht es ja. Wenn zu den Negativeffekten dann noch Fehler kommen - und Menschen, auch TherapeutInnen machen Fehler – oder wenn es gar zu Fehlverhalten, zu strafbaren Handlungen kommt - auch das gibt es bei Menschen, die „Banalität des Bösen“ (*Hannah Arendt*) -, dann können **Schäden** die Folge sein, „Therapieschäden“ (*Märtens, Petzold* 2002). Sie kommen leider vor. Es gibt Fehlverhalten, ja Missbrauch - nicht oft, das zeigt die Forschung, aber jedes Mal ist „einmal zu viel“. Deshalb müssen solche **Negativeffekte** verhindert werden, von allen Seiten:

- von verantwortungsvollen, menschlich engagierten und professionell fundierten **TherapeutInnen** und ihrem „Respekt“ vor der „Integrität des Anderen“ (*Levinas* 1983, *Petzold* 1996k; *Sennett* 2002);
- von mündigen, lebensklugen und menschlich kompetenten **PatientInnen** als „PartnerInnen“ im Therapieprozess (*Leitner* 2009; *Petzold, Groebelbauer et al.* 1999);
- von verantwortungsbewussten, fachkompetenten und innovationsorientierten **WissenschaftlerInnen, TherapieforscherInnen** (*Castonuguay et al.* 2010; *Grawe et al.* 1994; 2004; *Lambert* 2004; *Leitner et al.* 2010; *Petzold, Märtens* 1999), denen die Unterstützung wirksamer, nebenwirkungsarmer und patientInnengerechter Therapien am Herzen liegt;
- von den **politisch Verantwortlichen**, die durch Unterstützung der heilkundlichen Psychotherapie, die Förderung der Forschung, die Sicherung von PatientInnenrechten für die Versorgung der Bevölkerung mit dieser wichtigen therapeutischen Dienstleistung und Möglichkeit der Gesundheitsförderung einen optimalen Rahmen zu gewährleisten trachten;
- von den therapeutischen und supervisorischen **Berufs- und Fachverbänden** und den von ihnen getragenen, akkreditierten Aus- und **Weiterbildungsinstituten**, zu deren Qualitätssicherung sie maßgeblich beizutragen haben;
- von den **Bezugspersonen**, den Angehörigen, Freunden/Freundinnen im „sozialen Konvoi“ (*Hass, Petzold* 1999), die verständnisvoll, solidarisch und informiert den Patienten/die Patientin unterstützen, ihre Probleme zu lösen

und mit ihren Störungen und Belastungen in neuer, besserer Weise umzugehen. Menschen leben in Gemeinschaften und brauchen die „soziale Unterstützung“ ihrer Nahraumbeziehungen und Mitmenschen (*Leppin, Schwarzer* 1997; *Petzold* 2010b; *Taylor* 2007);

- von den Supervisoren, Coaches, Organisationsentwicklern, Consultants – BeratungsspezialistInnen also (*Petzold* 2007a; *Schreyögg, Schmidt-Lellek* 2010) –, die ihre Expertise, Übersicht und ihr humanitäres Engagement einsetzen, PsychotherapeutInnen, SoziotherapeutInnen, Case Manager und soziale und klinische Institutionen und Verbundsysteme der Hilfeleistung (*Scheiblich, Petzold* 2006; *Hecht et al* 2011) zu unterstützen, ihre Qualität zu entwickeln und ihre Arbeit zu optimieren.

2. Eine explorative Pilotstudie im Dunkelfeld „riskanter Supervision Hintergrundgründe und Kontexte

Dieses Forschungsprojekt **„Verletzung in der Supervision und Lehrsupervision“** wurde in einer Kooperation der Freien Universität Amsterdam, Faculty of Human Movement Sciences, Studiengang zum Diplomsupervisor (Prof. Dr. mult. *Hilarion G. Petzold*), der Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Psychosoziale Gesundheit (Prof. Dr. med. *Anton Leitner*) und der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, EAG“ (Prof. Dr. phil. *Johanna Sieper*), Hückeswagen durchgeführt unter Leitung von Prof. Dr. *Hilarion G. Petzold*. Untersucherinnen im Projekt waren Dipl.-Soz.-Päd., Dipl.-Sup. *Jutta Ehrhard* im Rahmen ihrer Amsterdamer Diplomarbeit (Dunkelfeldstudie) sowie Dr. med., Dipl.-Sup. *Susanne Orth-Petzold* im Rahmen ihrer Amsterdamer Diplomarbeit (Voruntersuchung zu Supervisionsrisiken), Dipl.-Psych. *Petra Telsemeyer* als wissenschaftliche Mitarbeiterin der EAG.

2.1 Die Untersuchung – Erkenntniswege und Erkenntnisinteresse

In unserer Auseinandersetzung über Verletzungen in der Supervision und Lehrsupervision sind wir zwar um eine objektivierende Haltung bemüht, sind uns aber bewusst, dass „über neunzig Prozent des im Gehirn erzeugten Bildes (...) aus bereits vorhandenen inneren Bildern durch assoziative Verknüpfungen rekrutiert (werden)“ (*Hüther/Rüther* 2003, 227).

Dies kann, stringent weitergedacht, zur Konsequenz haben, dass allein eine reflektierende Betrachtung, eine metareflektische Perspektive des „ICH“, die subjektive Phänomenwahrnehmung einer Situation verwandelt. Herausgelöst aus dem selbstverständlichen ich-syntonen Erleben, verschieben sich die kognitiven Bewertungen (*appraisals*) und die emotionalen Wertigkeiten (*valuations*, vgl. *Petzold* 2002a) der Zusammenhänge. Damit rekurren wir auf eine Position des „sozialen Konstruktivismus“ (*Gergen* 2002; *Berger, Luckmann* 1979; *Moscovici* 2001; *Petzold* 2003b, *Pet-*

zold 2008b), der besagt, dass die Welt und unser Verständnis von ihr, in Abhängigkeit von unseren Wahrnehmungsmöglichkeiten und enkulturierten und sozialisierten Bewertungssystemen über Geld, Familie, Gender etc. „in unserem Kopf“ entstehen (Petzold 2009h). Anders gesagt, wir konstruieren unsere Wirklichkeit einmal individuell und zugleich aber auch in und mit unseren sozialen Netzwerken und in und mit unserem Umfeld. Von daher ist ein steter Abgleich in Ko-respondenzprozessen (Petzold 1991e) mit den uns umgebenden Menschen notwendig, dahingehend, ob unsere „Wirklichkeit“ auch deren Wirklichkeit ist.

Gerade die Supervision als Beratungsdisziplin ist neben der Psychotherapie auf Ko-respondenz, Kommunikation, Interaktion, Polylog und Intersubjektivität im permanenten Abgleich zweier oder vieler sich unterscheidenden Auslegungen der Welt angewiesen und ausgerichtet, sonst kann sie ihre Wirkung nicht entfalten. Je höher aber der Grad der Feinabstimmung und die Entwicklung von Nähe, von Affiliation (Stroebe et al. 2003; Edlhaime-Hrubec 2006; Petzold 2007a, 367-427), umso mehr steigt das Risiko der Beteiligten, verletzt zu werden, weil die Unmittelbarkeit der Präsenz und die persönliche Preisgabe mehr „Angriffsfläche“ bieten.

Verletzung bezieht sich in unserer Betrachtung auf Psychisches, auf seelisches Empfinden, das „im Labor“ objektiviert werden kann, ansonsten aber an nonverbale und verbale Äußerungen gebunden bleibt, die interpretierbar sind. Damit ist eine Verletzung möglicherweise nicht unmittelbar für Andere erkennbar, aber dem Betroffenen selbst direkt zugänglich. Im Erleben ist immer ein subjektiver Faktor verankert: der der wahrgenommenen Qualität (man spricht von „Qualia“ (Beckermann 2001). Diese kann nicht vergleichbar objektiviert werden. Und sie kann mit Hilfe der Definitionsmacht des/der Supervisors/in vom Tisch gewischt werden (Pohlen, Bautz-Holzherr 1994). Durch solche unkritische und nicht problematisierte Deutungsmacht geschieht häufig die nächste, auf die erste aufgesetzte Verletzung. Sie kann beispielsweise bedingt sein durch Abwehr, Nichtwahrnehmen, Nichternstnehmen auf Seiten des/der SupervisorIn. Eine Verletzung verankert sich im Erleben einer Person als ein Gefühl der Beeinträchtigung von **Integrität** und **Identität** (Petzold, Orth 2011; Petzold 2001p). Dem zuvor eigenen Erleben von sich selbst als Einheit und Ganzheit tritt das Gefühl von Versehrtheit gegenüber.

In einer Supervision kommen neben dem formulierten Anliegen die evolutionär angelegten „archaischen Narrative“ zum Tragen (Petzold 2010f), unter anderem das „Streben nach Dominanz“, die Bestätigung von Rang und Namen, die individuelle Biographie und das über die Biographie entwickelte Verständnis von sich und von der Welt, einschließlich der sozialen Kontrollbedürfnisse in Verbindung mit dem Bedürfnis nach Affiliation. Unter Berücksichtigung der Atmosphären schaffen solche Narrative eine „binnendiffuse Situation“ (Schmitz 2008), in der von allen Beteiligten nach Orientierung gesucht wird. Ein wirkmächtiges Zusammenspiel von Einstellungen, Wahrnehmungen, Atmosphären und Interpretationen sucht im Augenblick des *Kontaktes*, der

Begegnung, der Entwicklung von *Beziehung* und *Bindung* der Personen – so die integrative Theorie der „Relationalität“ (Petzold 1991/2003a, 783ff) – nach Ordnung und Struktur. Diese ordnenden und strukturierenden Kräfte organisieren sich anhand der vorhandenen Bedürfnisse, des Menschenbildes und des situativen Kontextes und auf Grund der persönlichen, sozialen und professionellen Kompetenz und Performanz der Beteiligten, ein solches wirkmächtiges Zusammenspiel handhaben zu können.

2.2 Projektgeschichte und Voruntersuchungen

Den ursprünglichen Anstoß zur Entwicklung dieser Forschungslinie erhielt der Seniorautor Mitte der Achtzigerjahre durch die Konfrontation mit Berichten von Schwestern, die an einer von ihm geleiteten Supervisionsgruppe teilnahmen und aus ihrer Arbeit in einem großen Wiener Pflegeheim (Lainz) Zustände berichteten, die man nur als „untragbar“ bezeichnen konnte. Eine Möglichkeit, ihre Vorgesetzten anzusprechen, gab es nicht. Man hat sie abgewiesen, bedroht. Die „supervisorische Abstinenz“ durchbrechend, hat H. Petzold sich auf höchster Ebene an die Verantwortlichen der Einrichtung und bei der Stadt Wien gewandt, unter Beifügung eines Berichtes über diese Situation, in dem er von verdeckten Tötungsabsichten gesprochen hat, und den er im gleichen Jahr auch publizierte (Petzold 1985d, 558). Petzold erhielt eine schroffe Abweisung. Zwei Jahre später kam der Jahrhundert-Skandal vielfacher Tötungen von PatientInnen ans Licht, und der Neuropsychiater Prof. Barolin (1990) verwies auf Petzolds Publikation in seinem empörten Beitrag in der *Österreichische Krankenhauszeitschrift*: „Schwerste Mißstände in 'einem Wiener Pflegeheim' - schon 1985 in allen Details publiziert!“ Als Konsequenz zu dieser furchtbaren Situation wurde von Hilarion G. Petzold, Magdalena Stöckler, Isabella Kernbichler, Jutta Rett und der Initiative „Aktive Senioren“ die nationale NGO „Pro Senectute Österreich“ gegründet, die sich bis heute für die Belange der Altenarbeit und die Weiterbildung von MitarbeiterInnen sowie für deren Supervision einsetzt (Petzold 1997b, 2006u) und ein erstes spezifisches Curriculum für die Bereiche Krankenhaus und Heimwesen ausgearbeitet, durchgeführt und mit einem komplexen Untersuchungsdesign und sehr guten Ergebnissen evaluiert hat (Schigl, Petzold 1997). In einem weiteren Text wurde dieses tragische Ereignis dann in einer Theoriearbeit als „supervisorische Kasuistik“ aufgearbeitet (Petzold 1994a) und damit die Grundlage dafür gelegt, auch empirisch an das Schadensthema heranzugehen, denn in der supervisorischen Praxis – gerade im Psychotherapie- und Gerontologiebereich – kommt man mit dieser Problematik der fehlenden „Unbedenklichkeit“ von Therapie und Supervision immer wieder in Kontakt. In einer Studie zum Thema Schweigepflicht in der Supervision (Petzold, Rodriguez-Petzold 1996) und zur Weitergabe von PatientInnendaten und „persönlichen Geheimnissen“ durch SupervisandInnen an ihre SupervisorInnen – es hatte in dieser Sache ein obergerichtliches Urteil zur Unzulässigkeit dieser gängigen Praxis gegeben (vgl. *ibid.* und Eichert, Petzold 2003) kamen weitere riskante Momente in den Blick, was Genderpassungen oder unangebrachte Direktivität von SupervisorInnen in ihren

Vorschlägen für den Umgang mit PatientInnen anbelangt, so dass unsere Motivation wuchs, hier vertieft nachzufassen, um die Qualität der bei uns ausgebildeten SupervisorInnen und ihrer Lehr- und Kontrollsupervisionen zu sichern. In zwei „ExpertInnenbefragungen“ mit einem Fragebogen 1996 und 2002 haben wir versucht, spezifische Probleme zu identifizieren. Ein „cave“ ist bei „ExpertInnen-Befragungen“ immer angesagt, solange die „attribuierte Expertise“ nicht durch objektivierbare „verifizierte Expertise“ festgestellt wird. Hier liegt eine Schwachstelle vieler Untersuchungen über den methodischen Ansatz der ExpertInnenbefragung. Wir haben deshalb langjährig tätige LehrsupervisorInnen, möglichst auch in Fachausschüssen und publizierend tätig, also mit einer hohen verifizierten Expertise, aus drei Ländern (D, Ch, NE) mit einem Fragebogen angeschrieben. Überdies wurden noch sechs qualitative Interviews (3 wbl., 3 ml.) mit besonders qualifizierten Personen aus der Zahl der Responder durchgeführt, um Material für eine Sammlung von Problemen zu erhalten (Petzold, Leitner, Orth, Sieper, Telsemeyer 2002). Sie seien hier wiedergegeben.

Tabelle: Ergebnisse der ExpertInnenbefragung 1996 „Probleme und Risiken von Supervision“ in der Zahl der Nennungen aus den qualitativen Interviews N= 6 (Aus Petzold, Leitner et al. 2002)

1. Dependenz (Abhängigkeit) von der Supervisorenautorität 6x,
2. Schutz von PatientInnen/KlientInnendaten 6x,
3. Problem der Diskretion 6x,
4. Fehlendes Wissen über Wirkung und Wirkfaktoren von Supervision 6x
5. Fehlendes Wissen über Supervisionsforschung 6x
6. Macht, Allmacht, Narzissmus von SupervisorInnen 6x,
7. Nichthinterfragbarkeit von SupervisorInnen 6x,
8. Mangelnde Transparenz der Interventionen 5x,
9. Selbstüberschätzung von SupervisorInnen 5x,
10. überzogene Kompetenzzuschreibungen durch die Supervisanden 5x,
11. Feststellung der tatsächlichen Kompetenz des Supervisors 5x,
12. Feststellung tatsächlich guter Ausbildungen und ihrer Kriterien 5x
13. Mangelnde Feldkompetenz 4x
14. Problem der Selektivität berichteter Supervisionsmaterialien und der Kriterien der Auswahl und ggf. (arbiträren) Bewertung durch Supervisor, Supervisand, Supervisionsgruppe, Balintgruppe 4x
15. Fehlende verbindliche ethische Leitprinzipien für SupervisorInnen 4x
16. Mangelnde sozialwissenschaftliche Kenntnisse 4x
17. Überschätzung der Leistungsmöglichkeiten von Supervision 4x,
18. Unklarheit der Kontrakt/Vertragsverhältnisse 4x
19. Unklarheit der Rechtssituation von Supervision 4x
20. Problematisches Auswahlverfahren von SupervisorInnen 4X (das Team wählt den Supervisor, der zu seiner Abwehrstruktur passt und die Probleme bleiben ungelöst)

Das war ein beachtlicher und keineswegs vollständiger Katalog von Problemen, die für potentielle Supervisionsschäden oder „riskante Supervision“ relevant sein können, für sechs Interviews eine recht nützliche Ausbeute zuzüglich der Fragebögen der ExpertInnen (1996 n 21, 2002 n 33). Probleme mit weniger als 4 Nennungen werden hier nicht vollständig aufgeführt. Folgende Auswahl von Problemen wird hier noch zusammengestellt, *weil* sie in der (seinerzeitigen) „community of supervisors“ wenig oder auch gar nicht thematisiert wurden, wie durch eine Literaturrecherche überprüft werden konnte.

21. Fehlende Genderperspektive 1x (durch einen männlichen ! Supervisor),
22. Fehlende Auseinandersetzung mit dem Status von Professionen innerhalb der Supervision 1x, (bloß Sozialarbeiter, warum bekommt der ärztliche Supervisor mehr Geld für die gleiche Arbeit wie ein Psychologe, Schweizer Supervisor),
23. Fehlende Literatur und Forschung zu „typischen“ Supervisionsfehlern 2x,
24. Fehlen theoretischer supervisionsspezifischer Krisenmodelle und praktischer supervisorischer Kriseninterventionsmethoden 1x,
25. Fehlende Klärung des Verhältnisses von „life supervision“, „video supported supervision“, „verbally reported supervision“ 1x (durch niederländische Supervisorin),
26. Fehlende Überprüfung des Wahrheitsgehaltes, d.h. der Objektivität, Zuverlässigkeit und ökologischen Validität der berichteten Supervisionsmaterialien 1x (durch dieselbe),
27. Fehlende Auseinandersetzung mit den Ängsten und der Ohnmacht der Supervisoren 1x,
28. Fehlende Auseinandersetzung mit der Frage: Welche Persönlichkeitstypen/strukturen tendieren dazu, Supervisoren zu werden? 1x
29. Wann ist Supervision Augenwischerei, Blendwerk, und wann und wie oft sind SupervisorInnen Blender, die den „Mythos Supervision“ pflegen 1x (durch Schweizer Supervisor)
30. Fehlende Auseinandersetzung mit dem Problem von doppelten oder Mehrfachloyalitäten 2x
31. Fehlende Auseinandersetzung mit dem Thema Geld in der Supervision 2x

Es war zu sehen, dass die befragten ExpertInnen natürlich auch die „blinden Flecke“ des Feldes reproduziert haben bzw. ihre Exzentrizität (*supervisio*), ggf. sich nicht radikal genug an Problematisierungen wagte:

Z.B. an Fragen nach der Unwirksamkeit oder gar nach Risiken für das PatientInnen-/KlientInnensystem, Menschen, die man als Supervisor mit ihren Problemen nur „indirekt“ vermittelt bekommt, durch ggf. falsche/fehlerhafte/einseitige Berichte der SupervisandInnen. ***Für dieses größte Problem herkömmlicher „reported supervision“, das in gewisser Weise diesen gesamten Ansatz als problematisch erscheinen lässt, bestand überhaupt keine Sensibilität!*** Weitere Ausblendungen

waren Verstrickungen, Parteilichkeit/Engagement, Handhabung von „Abstinenz“, Aktivität/Passivität des Eingreifens, Handhabung von Reaktanz/Widerstand (Moser 2011), Umgang mit eigener Unwissenheit oder Inkompetenz, Fragen des Mutes zur Konfrontation, zur Genderdynamik (Abdul-Hussain 2011, Petzold, Orth 2011), zur supervisorischen Macht (Petzold 2009d) und Autorität bzw. ihrer Erosion, zum Umgang mit Fehlinterventionen, zur Abgrenzung Supervision/Therapie, zum Umgang mit biographischer Tiefung (Swanton 2010), mit vitalen Krisen im SupervisandInnen- und KlientInnen-System (z.B. akuter Burnout, Suizidalität, van Wijnen, Petzold 2010) etc. etc.).

Solche Ausblendungen oder Vermeidungen „neuralgischer Punkte“ finden sich oft, wenn ExpertInnen einer Profession die eigene Profession „objektiv“ oder gar „kritisch/selbstkritisch“ bewerten sollen – vgl. zum Beispiel bei PsychotherapeutInnen die Beiträge in Märten, Petzold (2002) zu Therapieschäden, wo fast jede Schule Risiken nur bei unsachgemäßer Anwendung ihres Verfahrens („Kunstfehler“) sah und nie eine strukturelle Infragestellung des jeweiligen Ansatzes zumindest angedacht wurde. So fehlten bei den Interviews dieser Untersuchung z.B. Items wie sie in der Diskussion des Forscherteams in der Auswertung der Materialien zusammengetragen wurden:

Tabelle: Ergänzende Überlegungen des Forscherteams

- | | |
|-----|--|
| 32. | Fehlende Auseinandersetzungen mit den Grenzen supervisorischer Arbeit |
| 33. | Fehlen von Forschung zu und theoretischer Auseinandersetzung mit potentiellen Supervisionsschäden (trotz oder wegen dieser Befragung nicht erwähnt?) |
| 34. | Fehlende Modelle und Forschungen zu Erfordernissen für die Supervision in spezifischen Feldern |
| 35. | Fehlende Auseinandersetzung mit der nicht selten anzutreffenden Alibifunktion von Supervision |
| 36. | Thematisierung der Fragen: Welche Funktion hat Supervision für Auftragsbersysteme? Welche Funktionen für die öffentlichen Systeme der psychosozialen Hilfeleistung, Gesundheit, Bildung o.ä. |
| 37. | Fehlende kritische/metakritische Auseinandersetzungen mit den Entwicklungen des Feldes der Supervision [vgl. jetzt Petzold, Ebert, Sieper 2010]. |
| 38. | Fehlende kritische Überprüfung von gebräuchlichen bzw. beliebten Theoriemodellen, Ideologien und Deutungsschablonen in der Supervision auf Konsistenz und wissenschaftliche Haltbarkeit |
| 39. | Fehlende Forschungen über die Auffassungen, Bewertungen, Einschätzungen von Supervision in der Öffentlichkeit [Bolhaar 2010] und bei spezifischen Zielgruppen (Schwestern, Ärzten, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Verwaltungsleitern etc.), d.h. fehlendes Wissen über „kollektive mentale Repräsentationen“, „réprésentations sociales“ (Moscovici 2001; Petzold 2002) von Supervision und damit darüber, was KlientInnen, SupervisandInnen, KundInnen |

- von Supervision [Coaching] halten, von Supervision erwarten oder befürchten [vgl. Jüster et al. 2001; Petzold 2002g]
40. Fehlende Untersuchungen zum Konstrukt der „supervisorischen Beziehung“: Affiliation (Anschluss, Verbrüderung), Reaktanz (Widerstand), Dialog, Diskurs, Polylog etc. [vgl. jetzt Edlhaime-Hrubec 2006]

Für uns ergab diese Erhebung einen reichen Katalog von Anregungen für ein Arbeitsprogramm, aus dem wir etliche Themen selbst und mit unserer Forschergruppe z.B. durch die Vergabe von Master-, Diplom- oder Graduierungsthesen in Angriff genommen haben². Auch für die Ausbildung hatten die gewonnenen Erkenntnisse Konsequenzen. Die Materialien gingen in die Seminare ein, in die Dokumentationen für die Kontrollsupervision (Petzold, Orth-Petzold, et al. 2010) usw., denn Forschung muss zu Konsequenzen in Ausbildung und Praxis führen, sonst geht ihre Arbeit ins Leere. Das ganze Unternehmen kann als ein Beispiel für die Fruchtbarkeit von praxisorientierter Forschung, hier für Supervision, gesehen werden.

2.3 „Schäden durch Supervision“ im Dunkelfeld supervisorischer Praxis

Die in den erwähnten Voruntersuchungen erhobenen Materialien gingen dann in die Konzipierung einer explorativen Studie zu „Schäden durch Supervision im Dunkelfeld supervisorischer Praxis“ ein, die wir anderer Stelle ausführlicher dargestellt haben (Petzold, Leitner et al. 2002). Wir greifen deshalb hier nur kurz auf unsere dortigen Ausführungen zurück:

Wo nachlässige Handhabung des Verschwiegenheitsgebots, der Sicherheit von persönlichen Daten und Informationen über PatientInnen gegeben ist, ist davon auszugehen, dass faktische Rechtsverletzungen und auch Schäden für Betroffene eingetreten sind. Damit ist es möglich und angezeigt, von einem „Dunkelfeld“ zu sprechen, ein Begriff, der in der soziologischen bzw. kriminalsoziologischen Forschung unterschiedlich definiert wird (Kreutzer et al. 1993, 14f; Leder 1998), unter dem man gemeinhin aber die Menge der von Strafverfolgungsbehörden nicht registrierten Delikte (Dunkelfeld der Taten) bzw. nicht erfassten Gesetzesübertreter (Dunkelfeld der Täter) versteht (Kreutzer 1994). Nun können bei den in diesem Kontext der Praxis von Supervision zur Rede stehenden Rechtsverletzungen durch problematische Supervision (die von der Verletzung der Schweigepflicht, über datenschutzrechtliche Verstöße bis zu sexuellen Übergriffen und Missbrauchssituationen reichen können) keine repräsentativen Stichproben der Bevölkerung auf der Täter- wie auf

² Es würde den Rahmen dieses Textes sprengen, all die Arbeiten aufzuführen, die in der Folge dieser Erhebung entstanden sind. Exemplarisch: zu **2**, **3** (Eichert, Petzold 2004), **5** (Petzold, Schigl et al. 2003), **6** (Petzold 2009d, Haessig, Petzold 2009), **12** (Oeltze, Ebert, Petzold 2003), **13** (Petzold, Müller, König 2009; Gottfried 2011), **15** (Moser, Petzold 2003), **16** (Petzold, Müller 2007), **21** (Abdul-Hussain 2011, Petzold, Orth 2011), **27** (Eichert 2003), **34** etwa 15 von Petzold betreute Masterthesen zur Feldexploration der Akzeptanz und Wirksamkeit von Supervision in unterschiedlichen Feldern (z.B. Ertel, Jakob-Krieger, Petzold 2010, Brühlmann-Jecklin 2005) etc., **40** (Edlhaime-Hrubec 2006).

der Opferseite befragt werden. Es handelt sich doch um ein sehr spezifisches, eingegrenztes und eingrenzbare Feld. Überdies ergeben sich einige Stichprobenfragen und „sampling problems“, die die Bedingungen für eine klassische Dunkelfeldstudie einschränken, so dass wir nur von „**explorativen Untersuchungen im Dunkelfeld**“ sprechen, die erste Materialien in einem bislang noch nicht erforschten Bereich bereitstellen sollen, also als eine Pilotuntersuchung unternommen wurde. - Im Bereich „riskanter bzw. problematischer Supervision“ werden die von Grenzverletzungen Betroffenen auf der Ebene des KlientInnen- und des SupervisandInnensystems als Untersuchungspopulation nicht einfach zugänglich: zum einen, weil sie durch **Viktimisierungserfahrungen** verängstigt und verletzt sind und sich zurückziehen, oder darum bemüht sind, das, was ihnen widerfahren ist, zu verbergen, zum anderen, weil sie (wie häufig beim KlientInnensystem) gar nichts von der Rechtsverletzung wissen, oder weil sie (wie häufig beim SupervisandInnensystem), die Schwere der Rechtsverletzung nicht adäquat einschätzen. Es entsteht keine „subjektiv eingeschätzte Kriminalitätswirklichkeit“, da diese immer eine Wahrnehmung und Wertung von Sachverhalten und Situationen durch die Teilnehmer an der jeweiligen Situation ist, also keine „objektive Realität“ im persönlichen Raum (Schwind et al. 2001, 115ff). Sofern es sich aber um ein strafwürdiges Delikt handelt, entsteht im Moment der Tat ein „forensischer Raum“, in dem das Strafrecht gilt und Anzeigepflicht, und wenn entsprechende Informationen vorliegen, behördliche Ermittlungspflicht gegeben ist. Bei Menschen, die durch problematische oder missbräuchliche Supervision beschädigt, verletzt und beschämt wurden, wo also **Viktimisierungserfahrungen** vorhanden sind, liegen die Dinge ähnlich, wie man sie bei „problematischer und gefährlicher Psychotherapie“ (Märtens, Petzold 2002) findet. Es gibt in der Regel keine Kooperationsbereitschaft für herkömmliche, empirische, soziologische bzw. sozialpsychologische Untersuchungen. So sind die Wege der traditionellen, z.B. auf Repräsentativität ausgerichteten Erhebungen im „Hellfeld“ kaum zu beschreiten. Andererseits finden sich, wie die Situation im Bereich der Psychotherapie-Schadensforschung zeigt, keine weitgreifenden Dunkelfeldstudien – und selbst beim Thema des sexuellen Missbrauchs in der Psychotherapie ist die Datenlage nicht überwältigend. Das also ist die Ausgangssituation.

3. Die Studie

Im vorliegenden Text können nur die wichtigsten Eckpunkte und Ergebnisse der Studie vorgestellt werden, vor allem solche, die die Problemlage erhellen und für Konsequenzen in der Praxis relevant sind.

3.1 Die zentrale Hypothese

Die von den Untersuchern aufgestellte zentrale Hypothese für diese Studie lautet:
Wenn Supervision ein wirksames Mittel zur Strukturverbesserung in Organisationen ist

und auch die Persönlichkeitsentwicklung des Supervisanden unterstützt sowie positive Auswirkungen auf das Klientensystem haben soll, dann steht zu befürchten, dass unprofessionelle oder inkompetente Durchführung der Supervision zu negativen Entwicklungen im System und in der Person des Supervisanden/der Supervisandin führen kann, mit möglichen fatalen Folgen.

Diese Hypothese galt es zu überprüfen.

3.2. Methoden – Qualitative und quantitative Erhebung

Der Hintergrund zu diesem Forschungsprojekt wurde voranstehend dargestellt. Er hat, so hoffen wir, auch deutlich gemacht, wie eine Forschungslinie aus konkreten Praxiserfahrungen erwuchs und über viele Jahre im Bereich der Psychotherapie, Sozialgerontologie und Supervision verfolgt wurde (Märtens, Petzold 2002; Petzold, Müller 2005). Konkretisiert wurde dieses Dunkelfeld-Projekt 2001 im Rahmen des Studiengangs Supervision an der FU Amsterdam. Das Nutzen des Internets verbreitete sich damals auch sozialen Institutionen verfügbar. Dies führte zu der Überlegung, im Rahmen einer explorativen Dunkelfeldstudie als einer Pilotuntersuchung – der Anspruch war mit Blick auf nur begrenzte Mittel bescheiden gehalten – einen Fragebogen zu „Verletzungen in der Supervision und Lehrsupervision“ in das Internet zu stellen.

Aufgrund der Voruntersuchungen beschäftigten uns inhaltlich folgende Fragen:

1. Gibt es Verletzungen in der Supervision?
2. Welcher Art sind die Kränkungen?
3. Wie und wo werden sie zugefügt?
4. Wie wird mit den Kränkungen umgegangen bzw. welche Bewältigungsmöglichkeiten werden eingesetzt?
 - a) offensiv gegenüber den SupervisorInnen
 - b) defensiv (selbstregulatorisch)
5. Welche Folgen hatten die Verletzungen?
 - a) kurzfristig
 - aa) für den Supervisanden/die Supervisandin
 - ab) für das KlientInnensystem
 - b) langfristig
 - ba) für den Supervisanden/die Supervisandin
 - ab) für das KlientInnensystem
6. Wie schwer wurde die erlittene Kränkung subjektiv eingeschätzt?
7. Ist die Kränkung noch unbewältigt, und was könnte bei der Bewältigung helfen?

Wir haben fünf Fragenkomplexe erstellt. Der erste Bereich umfasste den äußeren Rahmen der Supervision wie: Kontext, Form, Strukturmerkmale, Frequenz, Dauer und Ort. Zweitens sollte die Person des/der SupervisorIn mit einigen Anhaltspunkten beschrieben werden und drittens folgten Fragen nach dem Supervisionsprozess.

Viertens wurden Daten zu der Person der Teilnehmenden erhoben. Fünftens wurde die Verletzung thematisiert mit Fragen nach Ort, Zeit, Häufigkeit, Art und Schweregrad, sowie Maßnahmen zu ihrer Bewältigung. Neben den vorgegebenen Antworten konnte dies sechstens noch erläutert werden über Texteingaben.

3.4 Durchführung der Untersuchung

Die Umfrage wurde über das Internet in der Zeit von November 2001 bis Ende 2004 realisiert. Die Fragen konnten auf der Webseite: www.supervisionsforschung.de abgerufen werden. In unserer Untersuchung im Dunkelfeld des Themenkreises „Verletzungen in der Supervision und Lehrsupervision“ geht es um Schäden, Risiken und Nebenwirkungen. Eine Dunkelfeldstudie kann im Unterschied zu Hellfeldstudien per definitionem nicht auf repräsentative Personengruppen und klar definierte Kategorien für die Untersuchung zurückgreifen (näheres *Petzold, Leitner, et al.* 2004). Eine derartige Untersuchung hat es im Bereich der Supervision bislang noch nicht gegeben, so dass sie den **explorativen Charakter eines Pilotprojektes** hat, das in diesem Feld eine erste Erkundung zu unternehmen sucht. Der methodische Aufwand konnte dabei aufgrund begrenzter Mittel nur einen kleinen Rahmen gewährleisten, was aber – so hoffen wir – durch die Kombination eines qualitativen und quantitativen Ansatzes ausgeglichen wird und hoffentlich den Einstieg zu weiteren, größeren und forschungsmethodisch aufwendigeren Studien (*Steffan, Petzold* 2001) bieten wird. Die Interpretation der gewonnenen Daten ist daher nur in dem Rahmen dieser Erhebung zu sehen und kann gerade auch im Hinblick auf die Größe des Feldes (der deutschsprachige Raum wurde angezielt) keine Repräsentativität beanspruchen – bei Dunkelfeldstudien ist dies ohnehin nicht möglich. Die Studie kann aber Problembereiche sehr deutlich sichtbar machen, die leider vorhanden sind, sogar in einem beachtlichen Maße, was Zahl und Schwere der Vorfälle anbelangt. Bei riskanter oder gefährlicher Praxis ist ohnehin jede Inzidenz zu viel.

Der Hinweis auf die Online-Umfrage wurde in großen Zeitabständen in den fachlich einschlägigen Zeitschriften veröffentlicht. Im deutschsprachigen Raum waren das die Publikationen:

- bke Internet; bke Informationen; Deutsche Nachrichten für öffentliche und private Fürsorge; DGSv Mitgliedsheft; DHS Newsletter; Emma; Focus Beratung; Psychologie Heute; Psychologie Report; Psychotherapeuten Journal.

Anzumerken ist, dass einige Publikationsorgane unseren Hinweis nicht veröffentlichten wollten, weil ihnen diese Thematik nicht „seriös“ erschien: Supervision? Was kann es da an „Nebenwirkungen“, an „Schäden“ gar geben? Sie dient doch der Schadensverhinderung!

Die Online-Umfrage bot die Gewährleistung strikter Anonymität. Es war aber die Möglichkeit gegeben, dass Respondenten sich auch neben dem Ausfüllen des Fragebogens für ein Interview zu ihrer Situation melden konnten. Damit sollte die Mög-

lichkeit einer vertiefenden qualitativen Exploration zur Ergänzung der quantitativen Daten gegeben werden, wobei die Untersucher keine Vorstellung hatten, ob und in welchem Umfang man von dieser Möglichkeit Gebrauch machen würde.

3.5 Resonanz auf die Umfrage

Nach der Bereinigung des Rücklaufes von doppelt verschickten Unterlagen und nicht verwertbaren Exemplaren, waren in 138 Fragebögen Probleme und Verletzungen geschildert worden, die für die statistische Auswertung berücksichtigt werden konnten. Hinzu kamen insgesamt vierzehn Interviews, davon sieben, die mit Personen geführt wurden, die keinen Fragebogen ausgefüllt hatten. Da im Fragebogen auch Texteingaben möglich waren, konnte das sich abzeichnende Bild schärfer konturiert werden.

Einige Personen wollten sich trotz zugesicherter Anonymisierung nicht an der schriftlichen Befragung beteiligen. Die Angst, möglicherweise doch identifiziert zu werden, war sehr hoch, oder aber es bestand eine große Abneigung dagegen, die schmerzliche Erfahrung wieder zu aktualisieren.

Obwohl sie den Fragebogen aus den oben genannten Gründen nicht ausfüllen wollten, waren einige aber doch zu einem persönlichen Gespräch bereit. Diese anonyme Befragung wurde ergänzt durch qualitative Tiefeninterviews von Teilnehmern, die ihre Anschrift und Adresse zu diesem Zweck hinterlassen hatten. Die Interviews wurden möglichst von Angesicht zu Angesicht geführt, bei großen Entfernungen telefonisch. Manche RespondentInnen lehnten das Telefoninterview ab und nahmen trotz großer Entfernungen (bis zu 250 km) die Mühe auf sich, das Gespräch persönlich zu führen. Hier wurde deutlich, dass sie die Kontrolle (Flammer 1990) über den Gesprächsverlauf nicht verlieren wollten, so wie sie es in der verletzenden Supervision erlebt hatten.

3.6 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden unstandardisiert im Sinne einer **biographisch-narrativen Gesprächsführung** geführt (Schütze 1976, 1983). Schwerpunktsetzung, Schilderung der Kränkungen, Umgang und Bewältigung wurden in einem freien Erzählfluss durch die Interviewpartner strukturiert. Damit wurden auch die subjektive Sicht und Bedeutung der Geschehnisse klarer, z.B. der Rahmenbedingungen, der Ausgangssituation, der eigenen Lebenssituation, Hoffnungen und Zielvorstellungen. Es erfolgten lediglich Verständnisfragen des Interviewers/der Interviewerin. Die Einordnung und Bewertung dieser verletzenden Erfahrung wurde teilweise innerhalb des Gesprächsverlaufes gemeinsam vorgenommen, weil die Reaktualisierung von Belastendem zuweilen supportiv-empathische Hilfen erforderte.

Die Interviewbedingungen entsprachen – bewusst gewählt – denen einer „dyadischen Supervision“ (gemeinhin und ungenau als „Einzelsupervision“ benannt). Das Gespräch war dialogisch ausgerichtet und fand überwiegend im Büro der Interviewer (einer Beratungsstelle) oder am Wunschort der Interviewten statt. Der Ort des In-

interviews war nicht beliebig, sondern reflektiert gewählt. Mit Einverständnis der TeilnehmerInnen wurden die Gespräche elektronisch aufgezeichnet. Manche fühlten sich jedoch dadurch beeinträchtigt, bzw. es wurde die Angst vor Veröffentlichung und Missbrauch deutlich und der Mitschnitt wurde abgelehnt. Damit war eine empirische Analyse der verschriftlichten Interviewtexte nicht möglich. Es wurde aber, wo Zustimmung vorlag, ein Gedächtnisprotokoll angefertigt, mit anschließender Kontrolle durch die Gesprächspartner. Den Interviewern war es wichtig, eigene Einschätzungen und Bewertungen auszuschließen, und nur allein die subjektive Schilderung aufzunehmen, wobei allerdings berücksichtigt werden muss, dass das Verständnis und die Perspektive der Interviewer sicher auch einen mæeutischen Effekt (Stavemann 2003; Birnbacher, Krohn 2002) hatte, um bis dahin Unbenanntes benennbar zu machen und für Sprachlosigkeit Worte finden zu lassen. Ein leichter Verfremdungseffekt lässt sich – wie stets bei narrativen Methoden (Mayring 1996; Flick 2002) – nicht ausschließen. Die Interviewer haben wiederholt das Versprechen abgeben müssen, keine Hinweise auf Supervisoren, Einrichtungen und Träger deutlich werden zu lassen und so konsequent zu anonymisieren, dass Rückschlüsse unmöglich sind.

4. Ergebnisse der quantitativen Untersuchung

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung seien im Folgenden kompakt zusammengestellt.

Unter den verschiedenen Supervisionsformen steht die Teamsupervision mit 60% für höchsten Anteil an Verletzungen in der Supervision. Dabei fand zu 57% die Supervision am Arbeitsplatz statt, das heißt, in dem existenziell bedeutsamsten Real-kontext der RespondentInnen.

Verletzungsart und Form der Supervision

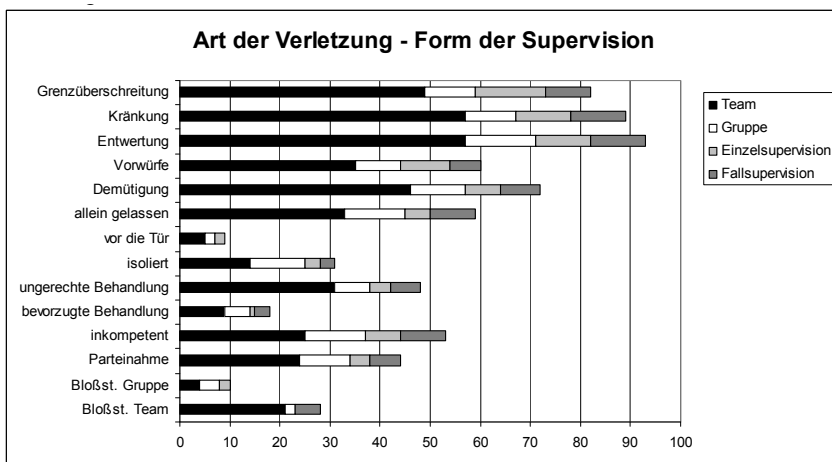


Abb. 1: Zusammenhang zwischen Verletzungsart und Supervisionsform

Es gab keine differenzierende Legende zu den emotionalen Kategorien. Der Schwerpunkt dieser Angaben wurde vom Teilnehmer anhand seines Alltagssprachlichen Verständnisses gesetzt.

Diese Graphik verdeutlicht, dass in den uns vorliegenden Angaben die Form „Team-supervision“ das meiste Kränkungspotential enthielt, gefolgt von der „Einzelsupervision“ und „Gruppensupervision“. Im Team haben 80% Demütigung und 74% der Teilnehmer unserer Studie Kränkung erlebt. 72% haben Entwertung, 65% haben Grenzüberschreitung angegeben.

Die „**Fall**supervision“ nimmt insofern eine Sonderstellung ein, weil sie sowohl als auch in der Gruppe, im Team oder einzeln stattfinden kann. Im Integrativen Ansatz der Supervision (*Petzold 2007a*) vermeiden wir den verdinglichenden Term „Fall“ – Menschen sind keine Fälle – und sprechen lieber von „Prozesssupervision“, was verdeutlicht, dass man mit seinem Gegenüber in einem Prozess ist (*Petzold, Orth-Petzold et al. 2011*). Mit „Fall“ liegt ein respektloser, nicht begriffssensibel reflektierter Term im supervisorischen Feld (und nicht nur dort) vor, der ein Risikopotential bietet. In der Befragung hielten wir uns aus kommunikativen Gründen an den gängigen Begriff.

Das gleiche terminologische Problem haftet an Begriffen wie „Einzelsupervision“, „Einzeltherapie“, die als Implikat einseitige Machtausübung (Experten-, Medizinal-, Definitionsmacht) und fehlende Dialogik beinhalten (*Petzold 2009c*) und eigentlich doch dyadische Prozesse sind, genauso wie „Objektbeziehungen“ eigentlich „intersubjektive“ Beziehungen sind. Sprache schafft Fakten und muss kritisch gesichtet werden. Eigentlich eine supervisorische Aufgabe (vgl. *Petzold 2007j*). In der „Einzelsupervision“ stand mit 18% die Grenzüberschreitung an erster Stelle, was unseren Hinweis auf die implizierte Machtsituation unterstreicht. Hier gab es in drei Fragebögen den eindeutigen Hinweis auf sexuelle Übergriffe und Missbrauch in der Supervision. Zweitens folgte Kränkung mit 14%, dann Entwertung mit 14% und Demütigung mit 12%.

In der Gruppensupervision wurde mit 22% das Erleben „alleingelassen worden zu sein“ hervorgehoben, dann wird mit 19% die Demütigung genannt. 17% fühlten sich entwertet, 13% sahen ihre Grenzen überschritten und 13 % nannten Kränkung.

Kontext der Supervision

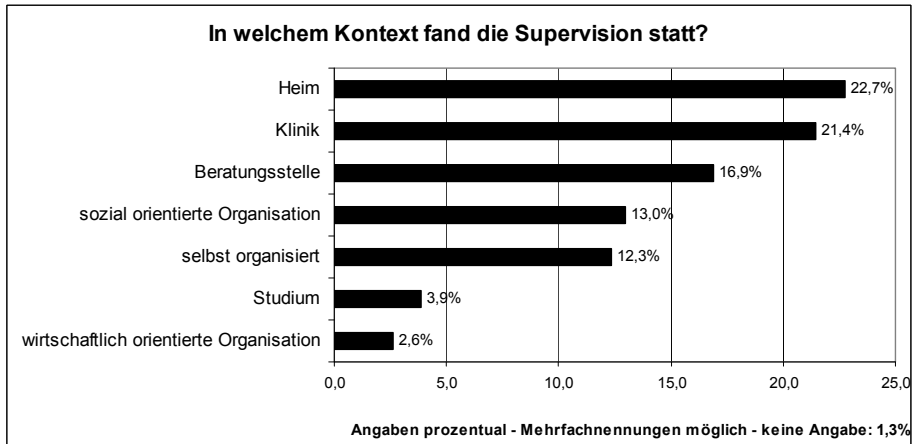


Abb. 2: Ort der Supervision

Die stationären Einrichtungen überwiegen in diesen Angaben. Dies kann daran liegen, dass der Zugang zum Internet früher als in ambulanten oder kleineren Institutionen eingerichtet worden ist und von daher eher eine Teilnahme an dieser Pilotstudie möglich war, oder in stationären Einrichtungen regelmäßig und fortlaufend Supervision angeboten wird, verbunden mit einem höheren Verletzungsrisiko – zumindest auf der Ebene von Teamsupervision. Letzteres ist wahrscheinlich, da Supervision als Bestandteil der Qualitätssicherung gesehen wird und in die Pflegesatzverhandlung mit einfließt. Zudem werden die Supervisoren meist von den Trägern beauftragt, und es besteht selten ein eigenes Wahlrecht. Im Unterschied dazu sind die Beratungsstellen zu sehen, deren Mitarbeiter aufgrund ihrer Vorqualifikation und entsprechend ihrer Zusatzqualifikation häufig einen Supervisor ihrer Wahl aussuchen können.

Bemerkenswert ist die Angabe in der Rubrik „andere“. In den Kommentierungen sind Schule, Religionsgemeinschaften und Kloster, unterschiedliche Praxen wie Ergo-, Logo- und Psychotherapie, Einrichtungen der Justiz und (Richtlinien-)Weiterbildung zu finden, um einige zu nennen.

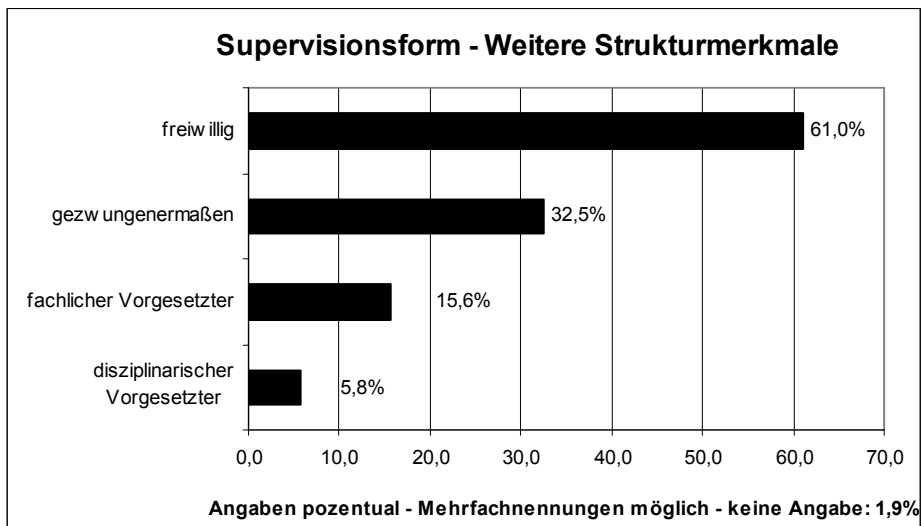


Abb. 3: Supervisionsform und Strukturmerkmale

Die Teilnahme eines Vorgesetzten in einem Supervisionsetting ist insofern diskussionswürdig, weil er Eindrücke aus der Supervision mitnehmen kann, um sie arbeitsrechtlich oder im extrasupervisorischen Alltag, wo er ggf. Dienst- und/oder Fachaufsicht hat, zu verwerten. Viele Teams beklagen sich, dass der Vorgesetzte „sich raus halte“, andere sahen sich eingeschränkt durch das Spannungsfeld zweier Autoritäten, nämlich der des Vorgesetzten und der des Supervisors, oder aber es kam zu Versuchen, parteiliche und loyalitätsbehaftete Aussagen zu erzwingen. Manche Teams nutzten auch die Teilnahme des Vorgesetzten, um über Führungsstil, Ungerechtigkeiten und Konzeption zu diskutieren und sich abzustimmen. Der Ausschluss, die Befürwortung oder die Selbstverständlichkeit der Teilnahme des Vorgesetzten sind als Hinweis auf Organisationsstrukturen zu werten, die konfliktbehaftet sein können, aber nicht zwingend sein müssen. Zumindest ist die Thematisierung des Vorgesetzten als Teilnehmer der Supervision aufschlussreich für die Konfliktkonstellationen eines Teams und bedarf in jedem Fall sorgfältiger und kompetenter supervisorischer Handhabung, was dadurch beeinträchtigt wird, dass zu diesem Thema keine Forschung oder theoretisch fundierte Literatur vorliegt (mehr als Gelegenheitsanmerkungen gibt es nicht) .

61% gaben an, dass ihre Teilnahme an der Supervision freiwillig war. 32,5% kreuzten „gezwungenermaßen“ an. Die Kommentierungen benennen dafür Hintergründe, wie Dienstvertrag, Aus- oder Weiterbildungsaufgaben oder „sich nicht abmelden können“.

Die damit verbundenen Problematiken können hier nicht diskutiert werden. Sie sind leider – wie so vieles im Feld der Supervision – nicht beforscht oder sozialwissen-

schaftlich und supervisionstheoretisch gründlicher bearbeitet. Ideologieaussagen zur Freiwilligkeit reichen hier nicht, aber mehr ist leider nicht zu finden.

Zusammenhang zwischen Form der Supervision und Verletzungsgrad

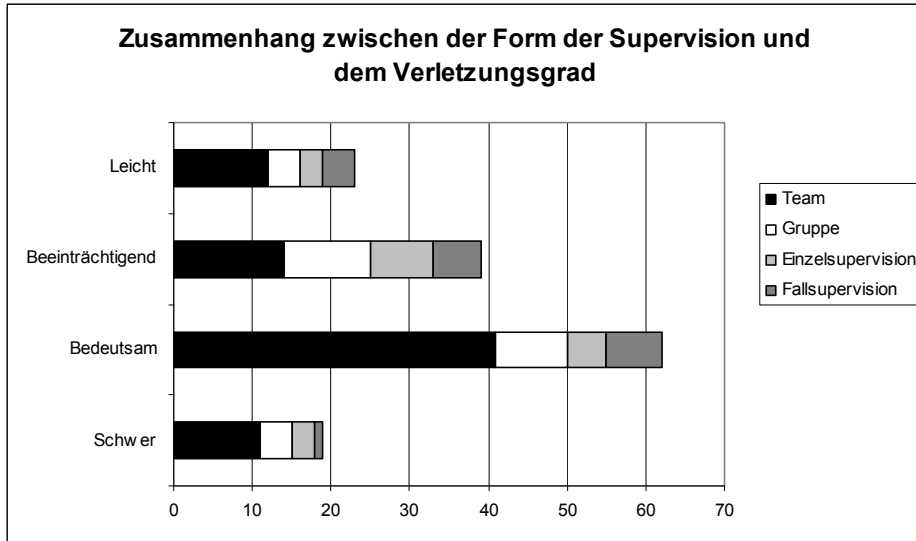


Abb. 4: Form der Supervision und Verletzungsgrad

Bei der Einteilung des Verletzungsgrades in „leicht, beeinträchtigend, bedeutsam und schwer“, waren Vorstellungen wirksam, dass eine *leichte* Verletzung einem noch ein wenig „nachhängt“, aber im Großen und Ganzen auch schnell wieder vergessen wird. Bei der „Beeinträchtigung“ sieht die Verletzung schon etwas anders aus. Die Handlungs- und Leistungsvollzüge sind gestört, und der routinierte Ablauf wird durch einen verletzungsbedingten Energieverlust verändert. Im Laufe der Zeit wird diese Beeinträchtigung wieder gut kompensiert.

Die *bedeutsamen* Verletzungen weisen auf Verknüpfungen mit anderen Fragestellungen im Leben des Betroffenen hin und stellen das Bisherige infrage. Damit verbunden ist der Verlust des Gleichgewichtes und die Notwendigkeit, nach neuer Balance zu streben. Man kann also durchaus von einem krisenhaften Geschehen sprechen (Petzold 1975m, 1993g).

Die *schweren* Verletzungen sind, unserem Verständnis nach, nicht mehr so ohne weiteres zu kompensieren, greifen maßgeblich in die Lebens-, Beziehungs-, und Leistungsvollzüge mit ein. Beispielsweise sind hier Depression, Verschärfung von Burn-Out-Prozessen (Petzold, van Wijnen 2010) und Arbeitsplatzverlust mit den entsprechenden Folgen zu nennen. Übergriffe oder Ereignisse wie „Mobbing by Supervision“ können durchaus eine traumatische Qualität und Belastung haben, wie sie trau-

matischen und posttraumatischen Stress oder Mobbingbelastungen kennzeichnen, die entsprechende Interventionen erforderlich machen (Petzold, Wolf et al. 2000, 2002; Waibel, Petzold 2007).

Bei diesen beiden Graphiken wird deutlich, dass auch hier die Teamsupervision die bedeutsamsten und schwersten Verletzungen bedingt. Dies ist, wie schon mehrfach betont, sicher durch die existenziellen Abhängigkeiten und emotionalen Bindungen am Arbeitsplatz zu erklären, aber auch durch maligne Gruppendynamiken. 41 Teilnehmer strichen bei der Teamsupervision „bedeutsam“ an, das sind 72%, und in 11 Fragebögen fanden wir „schwer“ angekreuzt. Dies sind 61%.

Nachweislich lassen sich signifikante Veränderungen besonders bei Frauen feststellen, die chronischem Stress unterliegen. Genderaspekte schlagen hier voll zu Buche und sind in der Supervision noch immer nicht gut genug verankert (vgl. jetzt aber Abdul-Hussain 2011; Petzold, Orth 2011). Stressfaktoren wie psychologische Krisen können etwa zu einer Dysfunktion der Ovarien führen und damit den Plasmaspiegel von Hormonen beeinflussen (Lautenbacher, Güntürkun et al. 2007). Psychosomatische Reaktionsbildungen sind immer wieder zu finden. Bei Männern werden im Fall von Stress durch das Testosteron Androgene und Glukokortikoide gehemmt, die gemeinsam zur Regulation der Sekretionen von Hypophyse und Nebennieren beitragen. (vgl. *ibid.*, 7).

Bei der Gruppensupervision fanden sich 15% *bedeutsame* Verletzungen und 22% *schwere* Verletzungen angegeben.

Die „Einzel“-supervisandInnen weisen sich zu 25% als *beeinträchtigt* nach der Supervision aus, zu 8% mit *bedeutsamer* Verletzung und 16% mit *schwerer* Verletzung (was die **dyadische** Qualität dieses Settings unübersehbar macht, die als solche auch ausgewiesen werden sollte).

Die „Fall“-supervision“ verdient hier aufgrund der Zahlen erhöhte Aufmerksamkeit, denn 18% fühlten sich danach beeinträchtigt. 12% erlebten bedeutsame Verletzungen, und 5% ordneten ihre Verletzung als schwer ein.

5% gaben *schwere* Verletzung auch für die Lehrsupervision an. Lehrsupervision kann wie die Fallsupervision einzeln oder in Gruppen stattfinden, im Team eher nicht. Die Lehrsupervision weist sich in Bezug zur Weiterbildung und deren Abschluss als existenziell bedeutsam im Blick auf Beruf und Arbeitsplatz aus. 15% erlebten eine *beeinträchtigende* Verletzung.

Zusammenhang zwischen der Verletzungsart und dem Geschlecht des Supervisors

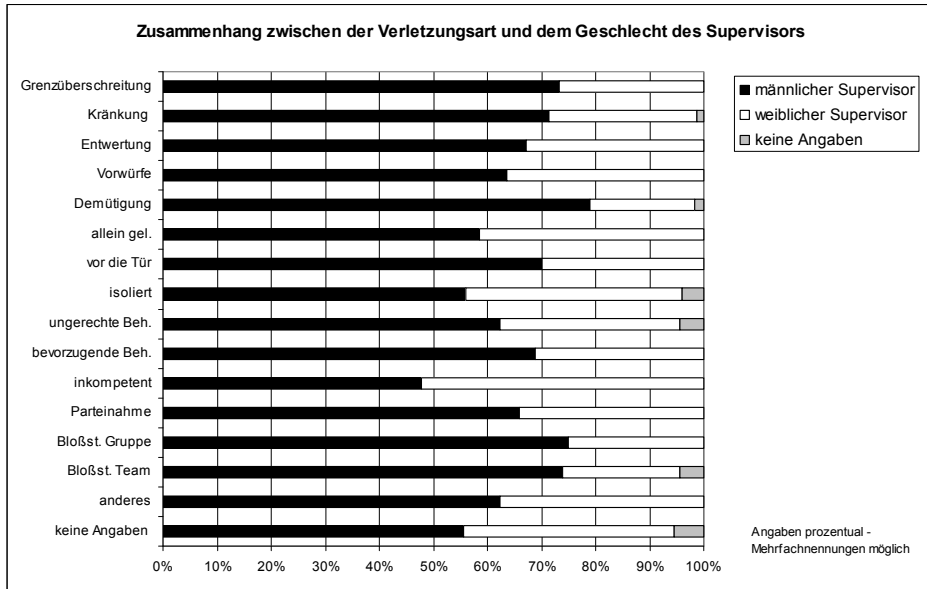


Abb. 5: Verletzungsarten in Bezug auf das Geschlecht des Supervisors

Die prozentualen Angaben unserer Erhebung machen in der Übersicht deutlich, dass das Kränkungspotential durch Supervisoren überwiegt. Auffällige Werte sind in den Kategorien „Demütigung“, „Bloßstellungen in der Gruppe und dem Team“ und der „Grenzüberschreitung“. Alle genannten Empfindungen haben Bezug zum „Blick der Anderen“ und den „interiorisierten Anderen“. *Vygotskijs* Interiorisierungstheorie zeigt, dass verinnerlichte Entwertung wie auch interiorisierte Wertschätzung auf das eigene Selbst gerichtet werden, also die „Passung“ als „Zone der nächsten Entwicklung“ SupervisandInnen beeinträchtigen oder auch fördern kann (Petzold 2009h, k). Fast alle Kränkungswerte der Supervisoren (ml.) übersteigen die 50% Marke! Ausgenommen ist nur die durch Supervisorinnen (wbl.) geschehende Vermittlung des Empfindens bei Supervisandinnen, „inkompetent“ zu sein. Aus der Geschlechterforschung (Bischoff/Köhler 2006; Abdul-Hussain 2011) ist bekannt, dass Frauen von Männern eher als inkompetent eingeschätzt werden. Spiegeln sich hier in der Resonanz der supervisorischen Beziehung gesellschaftliche Attribuierungen wider, Frauen seien inkompetent?³

³ M.C. Steffens, Universität Jena, stellte in ihren Untersuchungen fest, dass Männer eine Assoziation männlich = kompetent haben, Frauen dagegen eine Assoziation weiblich = kompetent. (Psychologie Heute 1.06 S.9)

Weiterbildung und Art der Verletzung

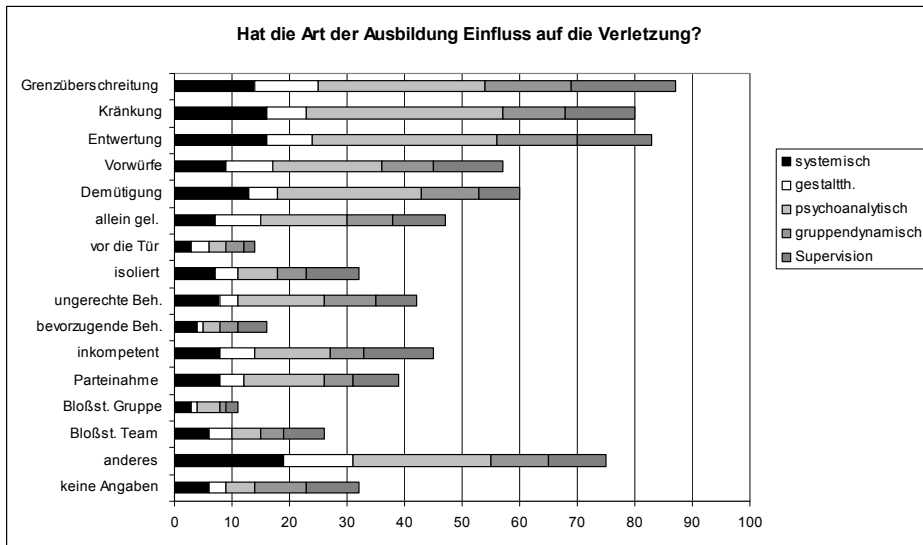


Abb. 6: Weiterbildung des Supervisors und Verletzungsart

Prozentual aufgeschlüsselt sind die am häufigsten genannten Supervisionsweiterbildungen, die zu Verletzungen führten, die „psychoanalytisch orientierte“, die systemische, die gruppensystemisch orientierte und die generelle, unspezifische Supervisionsausbildung.

Bei der Betrachtung des Zusammenhangs zwischen den Weiterbildungen (sei sie systemisch, psychoanalytisch oder verhaltenstherapeutisch genannt) und der Art der Verletzung, stellt sich die Frage nach dem im Verständnissystem einer Weiterbildung enthaltenen Kränkungspotential. Es stellt sich die Frage nach dem Menschenbild und der Verteilung der Struktur- und Definitionsmacht, die etwa im psychoanalytischen Ansatz theoriebedingt besonders hoch ist (*Leitner, Petzold* 2009). Es stellt sich die Frage, wie sich Mythen halten (*Petzold, Orth* 1999) und ideologisch geleiteter kommunikativer Umgang praktiziert wird, wie zum Beispiel es sich in der „Abstinenzregel“ abzeichnet oder dem kontaktgeleiteten Umgehen in der humanistischen Psychologie. Diese Einstellungen werden dann auch in den Weiterbildungen tradiert und manifestieren sich. Unreflektierte, persönlichkeitsbedingte Traumata von Lehrenden und deren Kompensationen führen zu weiteren, sich fortpflanzenden tradierenden Haltungen. *Günther Ammon*, der die Verursachung von Persönlichkeitsstörungen in gehemmten Aggressionen sah und entsprechende Gruppensitzungen mit Ärzten und Theologen arrangierte, kann beispielhaft für solche ideologiegeleiteten gruppensystemischen Weiterbildungen mit hohem Verletzungspotential genannt werden.

In unserer Vorlage stellten wir die Frage an unsere Teilnehmer, welche Gründe sie vermuteten, die zur Verletzung führten.

Vermuteter Hintergrund für Verletzungen:

84% sprechen von Eitelkeit der SupervisorInnen; 39% von Rivalität; 43% von einem technischen Fehler; 36% von falschem Verständnis; 36% davon, dass der Hintergrund ihrer Verletzung alte eigene Gefühle sind, die durch die Supervision getriggert worden sind.

Tabelle 1: Eitelkeit als Verletzungsgrund bei den verschiedenen Ausbildungsformen

Bildung unbek.	System.	Gesprächs-therap.	Integrativ	Gestalt-therap.	Psycho-analyt.	Verhaltens-therap.	Gruppen-dyn.	Supervision
6,8%	42,1%	15,8%	7,9%	23,7	84,2	10,5	34,2	23,7

Auffällig hebt sich in der Tabelle die psychoanalytisch orientierte Supervision ab. Die Kausalitäten mögen vielschichtig sein und Anlass zu Spekulationen geben. Entscheidend ist die Möglichkeit zur Klärung der Hintergründe der Verletzung.

Klärungsmöglichkeit der verletzenden Supervision

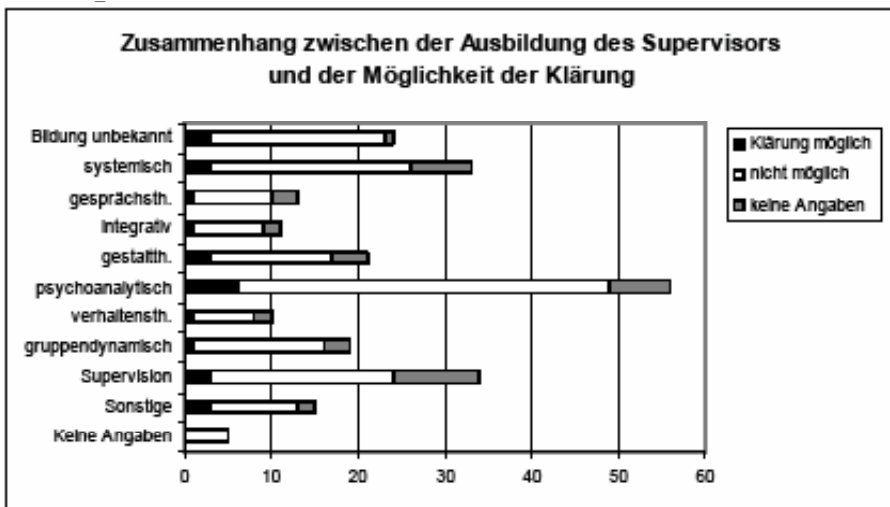


Abb. 7: Weiterbildung des Supervisors und Klärungsmöglichkeiten bei Verletzungen

Wie beeinträchtigend, bedeutsam oder schwer eine Verletzung auch sein mag, sie wird in ihrer Negativwirkung gemindert, wenn es die Möglichkeit eines Gespräches gibt, welches zur Klärung beiträgt. Auch hier imponiert die psychoanalytische Orientierung mit dem schlechtesten Wert, gefolgt von der systemischen. Eine Analyse des Geschehens, der Austausch persönlicher Befindlichkeiten und Hintergründe, das glaubwürdige gegenseitige Versichern des Wohlwollens vermitteln ein sinnhaftes Verstehen des multimodalen Zusammenwirkens der unterschiedlichen Faktoren. Diese schaffen **Mehrperspektivität** und sie stellen eine Basis für meta-hermeneutische Reflexionen (Petzold 1994a; Petzold, Orth 1999, 110ff) bereit. Sie könnten Lehrbeispiele für verquere Kommunikationen sein, wie sie Alltag sind, und sie könnten beispielhaft für mögliche Auflösungen stehen. Eigentlich sollten solche Auseinandersetzungen und deren Auflösung ein fundamentales Handwerkszeug eines(r) jeden Supervisors/in darstellen.

In der aufgeführten Abbildung wird die erlebte Realität der TeilnehmerInnen an unserer Untersuchung widerspiegelt.

Die Erwartung und die Hoffnung, die an das Supervisionsergebnis geknüpft wurden, sind als ein Teil des Bewertungsmaßstabes zu verstehen, an dem der Grad der Verletzung auch gemessen wurde. Auf einer fachlichen Ebene wird sich die versagt gebliebene Erwartung als Enttäuschung im Sinne einer Desillusionierung niedergeschlagen haben, die dann durch eine persönliche Kränkung bzw. Verletzung ergänzt wurde. Beides zusammen ist wirksam, indem Frustration und Schmerz zusammenfließen und die *Qualia* des Erlebens das Maß der Verletzung bestimmen⁴.

Der Wunsch nach „Unterstützung“ wurde am häufigsten genannt, gefolgt von „handlungsleitenden Lösungen“ und „Klarheit“. Wenn man diese Hoffnungen in bedeutende wissenschaftliche Konzepte einbindet, dann kann hier auf neurophysiologische Affektregulation über die beruhigende Gegenwart eines anderen Menschen (Hüther, Saachse 2007) verwiesen werden und auf das Konzept der Selbstwirksamkeit (Flammer 1990), die „Klarheit“ als Voraussetzung hat.

⁴ „Im Schmerzsystem, ebenso wie in den anderen sensorischen Systemen, zeigen sich Geschlechts- wie auch Gender – Unterschiede. Es wurde wiederholt gezeigt, dass Frauen häufiger und intensiver an Schmerzen leiden als Männer“ (Lautenbacher, Güntürkün et al. 2007, 11).

Verletzungsart und persönliche Schäden

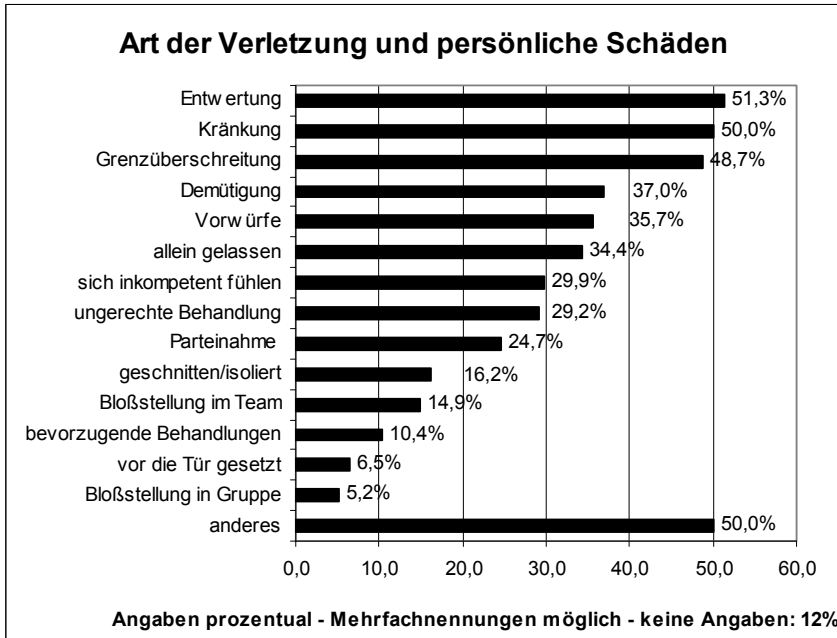


Abb. 8: Verletzungsart und daraus resultierende Schäden

Drei Verletzungsarten werden an bemerkenswert oberster Stelle genannt: an erster Stelle mit 51% „Entwertung“, dicht gefolgt von „Kränkung“ (50%) und „Grenzüberschreitung“ (48%). „Demütigung“ (37%), „Grenzüberschreitung“, „Kränkung“ und „Entwertung“ sind Formen und Gesten der Dominanz-Hierarchie, Aufmerksamkeitserhaltungsstrategie und der sozialen Kontrolle, hier der Bemächtigung durch den Supervisor bzw. die Supervisorin.

Unter „anderes“ finden sich, gleichbedeutend wie die Angabe „Kränkung“, Worte wie „Verunsicherung“, „Abreaktion des Supervisors“, „Umdeutung“, „unverstanden“, „vernichtende Kritik“ und „die Verquickung von Sex und Supervision“. (Dies nur beispielhaft dargestellt.)

Einschätzung des Grades der Verletzung

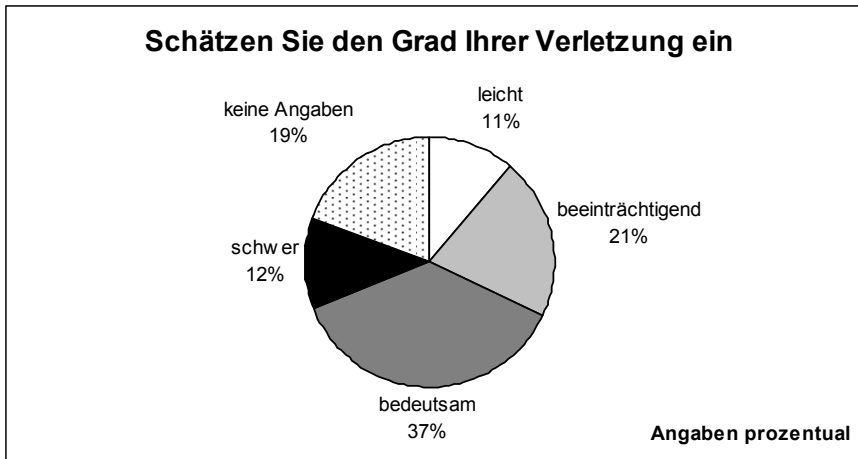


Abb. 9: Einschätzung des individuellen Verletzungsgrades

Eine Verletzung wird am Grad ihrer „Bedeutsamkeit“ für das individuelle Verstehen des eigenen Lebens eingeschätzt. Es ist der subjektive Erlebnisgehalt einer Erfahrung, die sich „auf eine bestimmte Weise anfühlt“ (zu Qualia⁵).

Zusammenhang zwischen dem Ort der Supervision und dem Grad der Verletzung

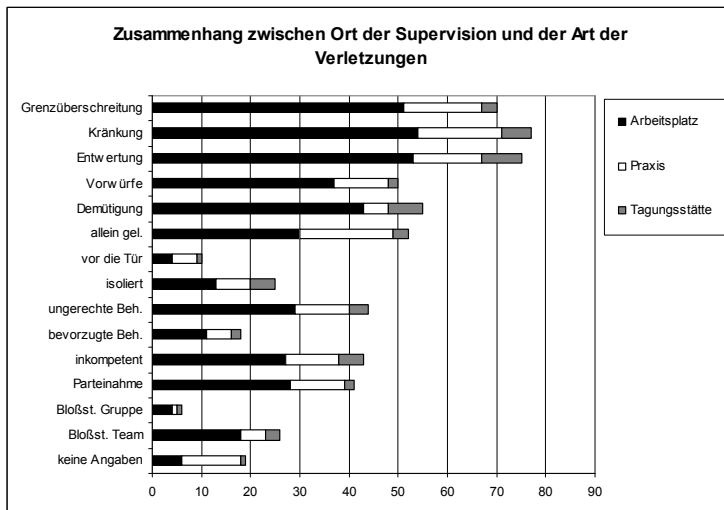


Abb. 10: Supervisionsort und Verletzungsarten

⁵ Zu „Qualia“ vgl. Beckermann 2001; Heckmann, Walter 2006; Petzold, Sieper 2008a, 568ff)

Wie sich auch aus diesem Diagramm ableiten lässt, stellt der Arbeitsplatz den am häufigsten genannten Ort der verschiedenen Verletzungen dar, gefolgt von Praxis und Tagungsstätte. Leider wurde in unserem Fragebogen nicht speziell nach der Kategorie „Sexueller Missbrauch“ gefragt, obwohl im Rücklauf darüber berichtet wurde. Möglicherweise verbirgt sich sexueller Missbrauch in der Kategorie „Grenzüberschreitung“.

Der Zusammenhang des Ortes der Supervision und der des Grades der Verletzung weist (44%) bedeutsamer Verletzungen für den Arbeitsplatz aus und (12%) schwerer Verletzung. Am Praxisort des Supervisors geschehen 29% bedeutsamen Verletzungen und 8% der angegebenen schweren Verletzungen. 12 Teilnehmer nannten als Ort der Verletzung eine Tagungsstätte. Praxisort und Tagungsstätte sagen nichts darüber aus, ob diese Supervisionen nicht auch im Arbeits- oder Ausbildungskontext standen.

Zusammenhang zwischen Supervisionsort und Verletzungsgraden

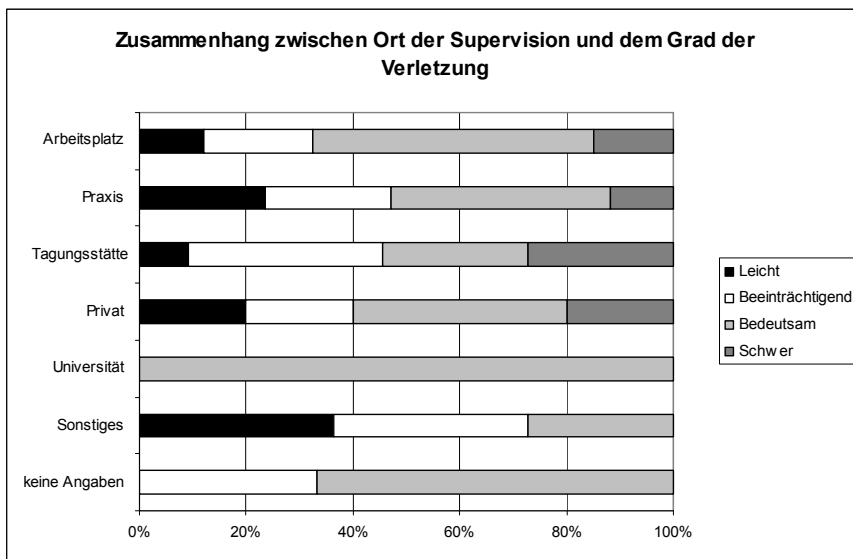


Abb. 11: Supervisionsort und Verletzungsgrad

Auch in dem nächsten Diagramm wird die folgenschwere Bedeutung des Arbeitsplatzes ersichtlich. 52% (46 von 88) der Befragten, die Arbeitsplatz angekreuzt haben, haben auch innere Folgen (z.B. Depression) angegeben. Um den Arbeitsplatz zu erhalten, wird sicher vieles auch im Binnenraum gehalten und bearbeitet. Vielleicht spiegelt sich das (nur) in veränderten Arbeitseinstellungen und Beziehungsstrukturen im Team wider, ohne dass die Verletzung thematisiert wird.

Ort der Supervision und Folgen

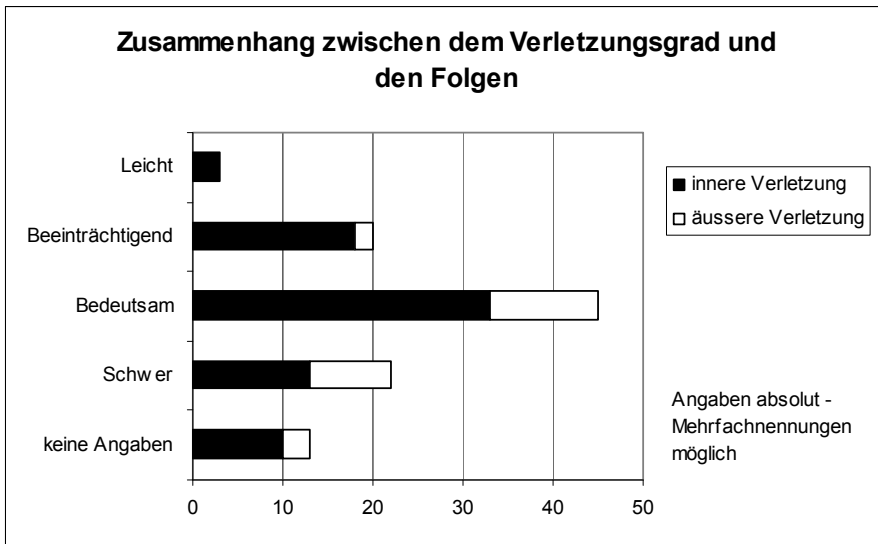


Abb. 12: Verletzungsgrade und deren Folgen

Äußere Folgen wie möglicher Arbeitsplatzverlust und Versetzung haben 61% (18 von 25) erlebt. 6 von 8 Befragten (61,5%) gaben eine Versetzung am Arbeitsplatz an (Mobbing by Supervision?).

Art der Verletzung und ihrer Schwere

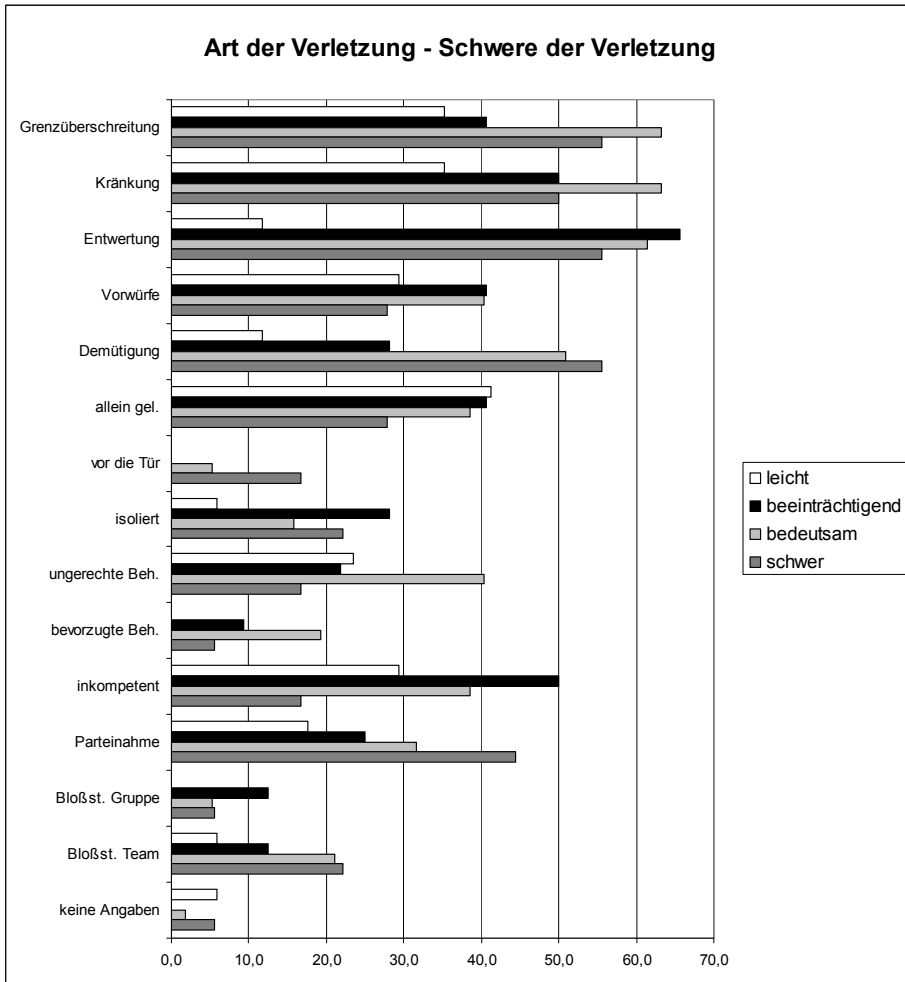


Abb. 13: Verletzungsart und Schwere der Verletzung

Die obere Graphik macht deutlich ersichtlich, dass die Grenzüberschreitung, Entwertung, Demütigung und die Kränkung die bedeutsamsten und die schwersten Verletzungen hervorrufen. Die Entwertung sticht augenscheinlich mit der Kategorie „beeinträchtigend“ hervor, aber insgesamt fasst diese Kategorie auch die bedeutsamen und schweren Verletzungen. Hervorragend und auffällig auch hier wieder die Zuweisung der Inkompetenz als beeinträchtigende und bedeutsame Verletzung. Diese Kategorie ist auch in den genderspezifischen Betrachtungen auffällig.

Art der Verletzung und ihre Bewältigung

An oberster Stelle der Bewältigung von Verletzung durch alle Bereiche hindurch steht: „Mit Freunden reden“, an zweiter Stelle steht „Entwertung des Supervisors“. Die meisten lehnten eine weitere Unterstützung ab, unter anderem, weil die Verletzung Jahre zurück lag und an Bedeutung verloren hatte. Manche gaben im Schlusskommentar an, dass es ihnen ausreicht, die Verletzung beschreiben und öffentlich machen zu können. Andere meldeten sich für das qualitative Interview an. Dieses gab den Blick für die spezifischen Einzelheiten, den Kontext und die Dynamik frei. Bei den angefragten Unterstützungen liegt die Grenzüberschreitung der Supervisor/innen mit 70% an oberster Stelle, Kränkung wurde von 55 % der Befragten genannt, gefolgt von Entwertung bei 50% der Befragten, 38% wurden nicht mit den Vorwürfen fertig und 50% nicht mit der erlittenen Demütigung.

5. Die Interviews - Ergebnisse der qualitativen Untersuchung

Im Folgenden seien exemplarisch Interviews aus dem Projekt wiedergegeben, die prekäre Bereiche verletzungsriskanter Supervision erkennbar werden lassen und bewusst nicht die schwersten, missbräuchlichen Situationen herausstellen. Sensationismus ist nicht unsere Sache. Es sind Beispiele, die nach unserer Einschätzung leider so selten nicht sind.

Schweigepflichtverletzung

Interview 1

Supervisionsform: Fortlaufende Supervision

Berufsgruppe des Supervisanden: Theologe

Innerhalb eines Umstrukturierungsprozesses einer Klinik soll der Supervisand als Vertrauensperson vieler Mitarbeiter in die Klinikleitung überwechseln. Ihm wird supervisorische Begleitung angeboten bzw. - etwas uneindeutig - zur Auflage gemacht. Supervisionserfahren steht er diesem Angebot offen und bereitwillig gegenüber. Er wendet auch nichts gegen den von den Organisationsberatern benannten Supervisor ein (45 Jahre, NLP Weiterbildung, Theologe).

„Die vereinbarte Sitzungsfrequenz umfasst zehn zweistündige Supervisionen mit dem Ziel, die Übernahme einer Aufgabe in einem Leitungsteam zu begleiten, strukturelle Klärung und Prägnanz zu schaffen, sowie persönliche Entlastung. Die Zielformulierung beinhaltete auch die Klärung der Rollenveränderung mit gleichzeitiger Perspektiventwicklung.“

Der Interviewpartner erzählt weiter:

„Verletzend empfand ich die Gesamtsituation, in der ich erlebte, dass meine Anliegen nicht in den Mittelpunkt des Prozesses kamen, sondern Ziele des Supervisors, die – wie sich später herausstellte – von diesem ohne mein Wissen mit dem empfehlenden Organi-

sationsberater abgesprochen waren. Mein Gefühl in den Sitzungen war das, manipuliert zu werden, und häufig Entwertungen ausgesetzt zu sein, weil ich nicht so wollte wie der Supervisor, und seine „Hausaufgaben“ nicht erledigte. Verletzend waren entstehende Insuffizienzgefühle, alleingelassen und missbraucht zu werden. Ich erlebte Entwertung und Kränkung: 'Wenn Du das oder jenes nicht machst, taugst Du nicht für den Job; schreibe Papiere zu diesen oder jenen Themen, wenn Du das nicht machst, dann bist Du unfähig; Ich sage dir, was Du machen musst, mache es ja nicht anders;' verurteilt werden wegen meines Bedürfnisses, mich Belastendes beschreiben zu wollen und nicht gut zu funktionieren. Verstärkt wurde dies auch, dass ich die Supervision selbst finanzierte, und den Zusammenhang zwischen Supervisor und Organisationsberater erst nach meinem Abbruch der Supervision erfuhr.

Die Verletzung ging weiter durch den Organisationsberater, der vom Supervisor über den Abbruch informiert wurde und mir Inkompetenz zuschrieb. Der Organisationsentwickler wusste Einzelheiten aus der Supervision und private Einzelheiten. Es kamen despektierliche Kommentare zu den anvertrauten Einzelheiten.“

Die Folgen und den weiteren Umgang damit beschreibt der Interviewpartner folgendermaßen:

„Folgen waren Resignation und Depression – aber auch: Suchen kompetenter Supervision und daraus resultierend Entwicklung eines Ausstiegsszenarios aus dieser Situation. Mit Hilfe einer kompetenten Supervisorin erarbeitete ich in 3(!) Sitzungen ein Handlungskonzept, dass mich zu weiteren Schritten befähigte. Meine weitere „Bearbeitung“ resultierte darin, selber eine Supervisions- und Organisationsberaterausbildung zu machen.“⁶

Interpretative und theoretische Einordnung

An diesem Beispiel wird neben der offensichtlichen Verletzung der Schweigepflicht auch ein unkritischer und unzulässiger Verbund des Supervisors mit den Organisationsberatern deutlich. Auftraggeber war der Theologe, denn er hat bezahlt. Den Organisationsberatern gegenüber hat sich dieser Supervisor aber verpflichtet oder verpflichten lassen, aus welcher Motivation auch immer. Erhoffte er sich zukünftig weitere Aufträge? War diese Absprache Naivität oder war es falsch verstandene kollegiale Loyalität? Vermutungen!

Unser Teilnehmer meint:

„Technischer Fehler, mangelnde Einfühlung, falsches Verständnis, Konkurrenz, Rivalität und Eitelkeit. Meine heutige Deutung ist die eines Komplotts zwischen den Beteiligten: Vorschlag des Organisationsberaters zur Supervision bei einem mit ihm befreundeten Supervisor. Bei diesem Inkompetenz für die komplexe Situation, Eitelkeit, etwas ganz Bestimmtes erreichen zu wollen, dies aber nicht transparent zu machen“.

⁶ Der Text wurde unverändert übernommen.

In diesem Interview wird deutlich, weshalb der Supervisor sich nicht auf die Themen des Supervisanden einlässt: Er hat eigene Vorstellungen des Ziels. Er hat die soziale Kontrolle und die Strukturierung der Supervision an sich gezogen, sich ihrer bemächtigt und eine komplementäre Beziehung geschaffen. Die affiliative Bewegung dieses Supervisanden zu den Organisationsberatern hin und die Identifikation mit ihren Anliegen führten zu einer erst einmal schutzlosen Offenheit, die den Missbrauch durch den Supervisor ermöglichte.

Der Interviewpartner bewältigt diese Kränkung, indem er eine eigene Supervisionsausbildung durchläuft. Ob und wie sein Klientensystem von dieser Erfahrung betroffen war, erfahren wir nur indirekt durch die Äußerung: dass er nun verstärkt auf Rahmenbedingungen achtet, in die seine Supervisanden gestellt sind. Dies reduziert die Gefährdung durch „fundamentale Attributionsfehler“ (Stroebe et al. 2003; Eichert, Petzold 2003c), ein Konzept, das im operativen Konzeptinventar vieler, wenn nicht der meisten SupervisorInnen fehlt, wie eine Analyse der gängigen supervisorischen Fachliteratur und dreier Supervisionszeitschriften auf sozialpsychologische Konzepte in unserer Studienkohorte 2001 zeigte – bis auf gelegentliche (meist unspezifische) Lewin-Verweise fand sich da nichts.

Interview 2

Supervisionsform: Fortlaufende, unbefristete Supervision

Berufsgruppe: Sozialarbeiterin

Die Interviewpartnerin berichtet von dem Verlauf ihrer verletzenden Supervision. Der Leiter eines sozialpsychiatrischen Dienstes habe sich immer über das Team beschwert, dass es schlecht sei, und habe versucht, es zu maßregeln. Er selbst sei manisch dekompenziert und sei dann gegangen. Zu gleicher Zeit sei der Geschäftsführer wegen Unredlichkeit entlassen worden, so gab es eine erhebliche Mitarbeiterfluktuation in der Einrichtung. Die Geschäftsführung wurde mit einer Frau neu besetzt, sowie die Stelle der Leitung des sozialpsychiatrischen Dienstes, ebenfalls mit einer Frau (Psychologin). Drei von fünf Mitarbeitern kündigten gemeinschaftlich ihre Stelle aus Protest gegen die Leiterin, die *„teilweise mobbte und die sehr unberechenbar und in ihren Interaktionen nicht nachvollziehbar war.“*

Es wurde ein Supervisor von der Geschäftsführerin „geordert“. Dieser war Arzt und zu diesem Zeitpunkt noch in Supervisionsausbildung. *„Wir waren mit unseren Kräften völlig am Ende und suchten nach jedem Strohalm der Hoffnung. Dabei haben wir nicht so ganz genau hingesehen, wer da unser neuer Supervisor werden will.“*

Die neue Geschäftsführerin verlangte von den Supervisionssitzungen ein Protokoll, welches ihr zugeleitet werden musste.

„Nachdem wir uns zunächst energisch gegen ein Protokoll zur Wehr gesetzt hatten und auch die Qualität der Supervision in Zweifel zogen, beschloss der Supervisor selbst das

Protokoll zu verfassen. Schließlich stehe die Geschäftsführerin auch unter Schweigepflicht, versuchte er uns zu beschwichtigen.“

Es kam Order von der Geschäftsführerin, dass die Supervision ab sofort nur noch Fallsupervision sein dürfe – Teamsupervision sei gestrichen.

„In dieser schwierigsten Phase meiner bisherigen beruflichen Laufbahn (die immerhin gut 2 Jahre dauerte), ausgelöst durch diese Chefin, hatte ich mir von der Supervision auf jeden Fall Unterstützung und wieder irgendeine Perspektive gewünscht. Umso schlimmer war die Enttäuschung“.

Der Supervisor solidarisierte sich mit der Geschäftsführerin und der Leiterin der Stelle. Die Supervisorin hatte nun große Angst vor der Supervision und fühlte sich innerlich blockiert. Es folgte eine schriftliche Anweisung der Psychologin, wie viele Fälle jeder Mitarbeiter nun einzubringen hätte. Dies wurde von dem Supervisor unterstützt.

„Der Supervisor zitierte im Blick auf mich eine ÄrztKollegin, die den Arbeitsstil im Rahmen einer gemeinsamen Patientenbetreuung von vor 10 Jahren sehr kritisiert hätte – auf konkrete Nachfrage meinerseits bekam ich keine Antwort – ich fühlte mich verleumdet und hatte keine Chance mich zu wehren. Den Schaden für meine Klienten würde ich so bezeichnen, dass ich 1½ Jahre effektiv keine Möglichkeit zur Qualitätssicherung hatte. Aber insgesamt fühlte ich mich zunehmend inkompetent.“

Die Teilnehmerin hatte zunehmend den Eindruck, dass der Supervisor seine ersten Supervisionserfahrungen sammelte und den Nachweis der Praxis dringend für sein Zertifikat benötigte. Sie beschreibt, dass sie sich benutzt fühlte, als Mittel zum Zweck, und zwar um jeden Preis. *„Der Supervisor machte sich zum verlängerten Arm der Macht.“*

Um der Supervision zu entgehen, ließ sie sich krankschreiben. Die Verzweiflung und ihre Hoffnungslosigkeit verschärften sich, und ihre Migräneanfälle kamen in immer kürzeren Abständen. Sie trug sich mit dem Gedanken, sie sei fehl am Platz und in ihrem Beruf. Der Ehepartner und ihre Kinder ermutigten sie, nicht aufzugeben. Ein Kollege starb, nachdem er in die Arbeitslosigkeit gegangen war. Die Klienten stützten sie, weil sie Werte repräsentierte, die durch das System unterhöhlt waren.

„Die Klienten haben gespürt, dass ich sehr belastet war und haben eine Schonhaltung eingenommen. Diese Geschäftsführerin hat die menschlichen Werte und die diakonischen Werte verraten.“

Die Lösung kam von unverhoffter Seite: Die Geschäftsführerin ging und der neue Geschäftsführer war ein besonnener Mann.

„Er hat die Wunden ausheilen lassen. Dieser Geschäftsführer war der ausgleichende Faktor, der dann auch die Leitung stützte und zu guter Arbeitsbeziehung angeleitet hat.“

Es wurde ein neuer Supervisor benannt, und dieser bestätigte der Geschäftsführung, dass man so, wie gehandhabt, Supervision nicht durchführen kann. Er erkannte auch die Leistungen des Teams an.

„Mit ihm wurde eine neue Teamkultur entwickelt, die auch persönliche Einlassungen ermöglichte. Die Atmosphäre hat sich positiv entwickelt.“

Interpretative und theoretische Einordnung

Hier hat der Supervisor sich selbst und die Supervision instrumentalisiert im Sinne der Geschäftsführung. Die Interviewpartnerin vermutet, dass er noch Supervisionsnachweise für den eigenen Abschluss brauchte und deshalb sich in dieser Weise mit den Belangen der Geschäftsführung identifizierte. Oder war es: „Wessen Brot ich ess’, dessen Lied ich sing!“? Supervision als ein geschaffener Raum zur relativ unzensierten Reflexion und Metareflexion wird auf diese Art zunichte gemacht. Wie tiefgreifend solche „supervisorischen“ Handhabungen wirken können, beschreibt die Interviewpartnerin sehr genau. Die Gesundheit ist angegriffen, und die Familie ist betroffen. Psychotherapeutisch würde man hier auch von einer durch den Supervisor „induzierten Reaktanz“ (Petzold, Müller 2007; Moser 2011) oder einem „protektiven Widerstand“ (Petzold 1981c) sprechen, der eine Schutzfunktion für die Belasteten hatte. Die Reaktanz – der habituelle psychoanalytische Widerstandsbegriff, auch in der Supervision verbreitet, wäre hier dysfunktional – der Teammitglieder resultiert nicht aus der Maßnahme an sich, sondern aus dem „WIE und WOFÜR“ sie eingesetzt wird. Der Supervisor selbst löst die Reaktanz aus, führt sie aber nicht auf sich selbst zurück, sondern weist ihn den SupervisandInnen zu. Wichtig und erwähnenswert ist die Veränderung zum Guten, die die Interviewpartnerin beschreibt. Der neue Geschäftsführer ist besonnen, nimmt die Mitarbeiter ernst und berücksichtigt den situativen Kontext. Dieser Mann in der Vorgesetztenposition „heilt die Wunden“, schafft wieder Engagement und Motivation für den zu leistenden Arbeitsauftrag. Hier manifestiert sich Personalführungskompetenz.

- In 3 Interviews unserer Untersuchung wurde von einer Verletzung der Schweigepflicht durch den Supervisor berichtet, die zu schwerwiegenden beruflichen Nachteilen führte.
- In den weiteren Interviews bezeichneten: 3 Teilnehmer sie als schwer; 5 als bedeutsam; 8 als beeinträchtigend; 3 benennen ihre Supervisionsverletzungen als leicht.
- 2 Angaben aus der Lehrsupervision wurden als schwer verletzend eingeordnet.
- 3 Teilnehmer berichten von eindeutigem sexuellen Missbrauch, einmal durch einen männlichen Supervisor gegenüber einer Frau, zweimal durch Supervisorinnen gegenüber ihren Supervisandinnen.

6. Diskussion und weiterführende Überlegungen

Die Ergebnisse des qualitativen Forschungsteils sind ergänzend zu denen des quantitativen Forschungsteils zu betrachten. Durch die Interviews differenzieren sich die Arten der Verletzung, veranschaulichen sich der Kontext und die Zusammenhänge im Unterschied zu den Daten unseres quantitativen Teils. Die gruppendynamischen Prozesse können in der quantitativen Untersuchung nicht so differenziert betrachtet werden, wie sie sich durch die Interviews verdeutlichen. Die aus den Interviews abgeleiteten Ergebnisse, wie: Von der Fragestellung des Supervisanden losgelöste Supervision, Evidenz des Ergebnisses, Mobbing und Instrumentalisierung, fundamentale Attributionsfehler, induziertes Schamerleben, problematische Beziehungs- und Bindungsqualitäten, konnten in der quantitativen Analyse aufgrund unserer Fragestellung nicht zum Tragen kommen. Erst in der Gesamtschau komplettieren sich beide Forschungsteile zu einem Bild.

Festzustellen ist, dass Supervision bei allen positiv beschriebenen Wirkungen auch Schattenseiten in Form von zum Teil langfristig wirkenden Verletzungen und Beeinträchtigungen aufweist. Die Kränkungen sind dergestalt, dass im Team als bedeutsamste Verletzung die „Demütigung“ vorherrscht, ebenfalls in der Teamsupervision sind die schwersten Verletzungen zu verzeichnen. Supervisanden bewerteten die Bloßstellung als bedeutsame Verletzungsart.

Supervisandinnen bewerteten die bevorzugende Behandlung anderer als bedeutsam, die Zuweisung der Inkompetenz und die Angst, isoliert zu werden. In der Einzelsupervision ist es die Grenzüberschreitung. In der Gruppe ist es der Eindruck, „allein gelassen“ worden zu sein.

Überwiegend finden verletzende Supervisionen in stationären Einrichtungen statt (wie Heime und Kliniken). Dort sind es die Teamsupervisionen, die das meiste Kränkungspotential enthalten. Damit ist der Arbeitsplatz der meistgenannte Ort der verletzenden Supervisionen. In der Supervision am Arbeitsplatz dominierten die Verletzungsarten: Entwertung, Kränkung und Grenzüberschreitung. Der häufigste Ort der Verletzung ist der Gruppenraum im Beisein von anderen. Fast die Hälfte gibt eine mehrfache Wiederholung der Verletzung an.

Entwertung, Kränkung und Grenzüberschreitung durch die Berufsgruppen der Psychologen und Sozialarbeiter sind die am meisten genannten Verletzungsarten. Die Verletzungsart durch Supervisoren ist gekennzeichnet durch Demütigung, Bloßstellung, Grenzüberschreitung und Kränkung. Das Spezifikum der Mann–Mann-Kombination scheint die Bloßstellung in Gruppe und Team zu sein. Das Spezifikum der Frau–Frau-Kombination ist die Zuschreibung der Inkompetenz.

Bei 75% der Teilnehmer war eine Klärung der verletzenden Situation mit dem/der Supervisor/in nicht möglich, und zwar besonders mit SupervisorInnen der Berufsgruppen der Psychologen und Sozialarbeiter, ebenso wenig mit den Superviso-

rInnen aus psychoanalytisch orientierter und systemischer Weiterbildung. Was diese bedrückend hohe Zahl über diese SupervisorInnen aussagt, bedarf dringend weiterer Untersuchung. Die bedeutsamen Verletzungen überwiegen. Die Hälfte der Befragten hatte sich mit inneren Folgen, wie z.B. Depression und Burnout auseinanderzusetzen, teilweise mit langfristig wirksamen physischen und psychischen Beeinträchtigungen, einschließlich sozialer und beruflicher Behinderung und 5% mit den äußeren Folgen einer Versetzung oder Kündigung. 41% der Befragten wollen sich nie wieder einem solchen Setting wie Supervision aussetzen, gefolgt von solchen, die auf genaue Prüfung der Kompetenz achten wollen.

Als die wichtigste Bewältigungsstrategie wird genannt: mit Freunden zu reden, danach kommt als Bewältigungsstrategie die Entwertung des Supervisors/der Supervisorin. Bei Teamsupervision wurde am wenigsten nach weiterer Unterstützung gefragt. Bemerkenswert ist, dass eine spätere Einordnung der Verletzung zu der Kategorie „wichtige Erfahrung“ führte. Das darf natürlich keinesfalls zu einer euphemistischen Bewertung solchen Geschehens führen.

Sexueller Missbrauch und Grenzüberschreitung

Die SupervisandInnen, die „Grenzüberschreitung“ erlebt haben, fragten am häufigsten nach Unterstützung zur Überwindung dieser Negativerfahrung. Das allein ist ein deutlicher Hinweis auf die Schwere des Geschehens. Im Fragebogen wurde nicht direkt nach sexuellem Missbrauch gefragt. „Grenzüberschreitungen“ war die angebotene Kategorie. So ergibt sich außer in den jeweiligen Kommentaren im freien Antwortraum kein quantitativer Hinweis. Es ist anzunehmen, dass sich in der Kategorie „Grenzüberschreitung“ sexueller Missbrauch versteckt.

Sexueller Missbrauch durch Supervisorinnen und Supervisoren wurde explizit durch einige Texteingaben benannt. Sexueller Missbrauch in der Supervision ist aus der Sicht *professioneller Ethik* nicht anders als in der Therapie zu bewerten. Es liegt klar eine Verletzung der berufsständischen Regeln vor, so dass die Berufs- und Fachverbände entsprechend ihrer Regeln einschreiten müssten, wenn solche Vorfälle angezeigt oder bekannt würden. In *juristischer* Hinsicht indes dürfte ein wesentlicher Unterschied zur Therapie bestehen, da es – anders als in der Psychotherapie – bislang keine gesetzliche Regelung in diesem Bereich gibt. Bei Supervisanden und Supervisandinnen handelt es sich nicht um PatientInnen oder Personen in einem Abhängigkeitsverhältnis, sondern um vollsinnige, mündige Rechtssubjekte, die ihr Verhalten verantworten müssen. Sicherlich wird die Missbrauchssituation als Vertragsverletzung in Bezug auf die vereinbarte Dienstleistung anzusehen sein. Eine juristische Bewertung müsste u.E. dringend erfolgen und proaktiv von den Supervisionsverbänden durch Rechtsgutachten in Auftrag gegeben werden was bislang noch nicht geschehen ist.

Es wurde im Fragebogen nur erhoben, ob die Schweigepflicht angesprochen wurde, ohne direkt die **Schweigepflichtsverletzungen** zu benennen.

Qualitativ und über Texteingabe wurde indes als eine der bedeutsamsten Verletzungen in der Supervision die Schweigepflichtsverletzung im Sinne der Weitergabe von persönlichen Geheimnissen genannt. Die Schweigepflichtsverletzung wird neben der formaljuristischen Perspektive von *Petzold* wesentlich als ein ethisches Problem betrachtet, das die Frage nach der Würde des Menschen stellt, aber supervisionstheoretisch als problematisch durch die Anwesenheit eines „unsichtbaren Dritten“ im Prozess und die Verhinderung transparenter und damit mitvollziehbarer Lernprozesse (vgl. *Petzold, Rodriguez-Petzold* 1996). Auch die supervisorische Praxis der eingesetzten Prozesse der Kontroll- und Lehrsupervision – legitimiert durch den Gedanken der Qualitätssicherung in Praxis und Ausbildung –, tastet den Respekt gegenüber den Persönlichkeitsrechten des Supervisanden oder PatientInnen und KlientInnen, deren Probleme in die Supervision gebracht werden, und den rechtlichen Schutz derselben an, ausgenommen, dass diese den supervisorischen Reflexionen über sich zugestimmt haben, sie ihm transparent gemacht werden und sie in den Prozess mit einbezogen werden. Die juristische Situation in Deutschland ist hier, was die Weitergabe von persönlichen Geheimnissen in der Supervision anbetrifft (von PatientInnen- und KlientInnen-daten ohnehin) durch obergerichtliche Rechtsprechung eindeutig, nämlich nach einem Urteil des Bayerischen Obersten Landesgerichtes (BayObLG) vom 8.11.1994 (AZ:2 St RR 157/94) **ist sie unzulässig** (*Eichert, Petzold* 2003) und es wird eine Freistellung durch den Patienten/die Patientin bzw. Klienten/Klientin oder strikte Anonymisierung (und das ist mehr als ein Fortlassen des Namens) erforderlich. Dieses juristische Argument unterstreicht die gewichtigen ethischen und supervisionstheoretischen Argumente für eine Praxis von „informed consent“ (*Leitner* 2009) in dieser Frage. Eine solche Position findet in der SupervisorInnenzene nicht unbedingt Gegenliebe⁷. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen aber durch das offenbar hohe Verletzungsrisiko, dass eine strikte Handhabung der Informations- und Freistellungspflicht wesentlich ist. Die Auffassung des Supervisors vom Supervisanden und vom Supervisanden seinem Klienten gegenüber kann diesem nicht vorenthalten werden. Das Verstehensmuster des Supervisors muss sich in der Begegnung beider – Supervisor und Supervisand – genauso intersubjektiv entfalten, wie das des Supervisanden mit seinem Klienten/Patienten.

Soll der Supervisand oder der Klient zum Objekt einer Kontroll- oder Lehrsupervision gemacht werden, so gebietet die Berücksichtigung einer ethischen Grundhaltung gegenüber den allgemeinen Persönlichkeitsrechten, diesen darüber zu informieren und um eine Entbindung von der Schweigepflicht zu ersuchen, konkretisiert an Fragestellungen und Anlass. Eine solche Forderung reicht aber in der Regel nicht aus, wenn diese nicht eingebunden ist in ein Verständnis vom Menschen, also dem maßgebenden Menschenbild.

⁷ Man blicke in die Verlaufsgeschichte des Wikipedia-Artikels zu dieser Frage oder in die Internetdiskussionen zum diesem Thema, wo zu oft einer Beschneidung von KlientInnenrechten das Wort geredet wird

In der quantitativen Erhebung wurde zwar nach verletzenden Vorerfahrungen, sowohl privaten, als auch in Therapie, Supervision und Gruppen gefragt, aber nicht, wie sich die verletzende Vorerfahrung durch die erneute Verletzung in der Supervision verknüpft. Dieser Zusammenhang und die Tragweite wurden in der qualitativen Erhebung ersichtlich. Über Trägerkonsequenzen und Konsequenzen, die die Mitarbeiter aus einer Supervision ziehen, folgen weitere, teilweise weit reichende Beeinträchtigungen für Supervisanden, wie die Interviews und Kommentare ersichtlich werden lassen, z.B. Versetzung oder Kündigung. Die Verletzungen tragen zur individuellen Vulnerabilität bei, wirken aber auch über die individuell interpretierte Einordnung auf die Leistungs- und Berufsfähigkeit des Supervisanden ein.

Beziehung und Bindung

Die Beziehungs- und Bindungsproblematik wird so gut wie gar nicht in der Supervision thematisiert, weil vordergründig begrenzte Beratungsstunden genannt werden. Wenn man allerdings die Dauer der Beratungssequenzen berücksichtigt, die sich teilweise über Jahre erstrecken, erscheint es notwendig, auch das Beziehungs- und Bindungsgeschehen in die Reflexion der Supervision mit einzubeziehen, analog der Auseinandersetzung in der Psychotherapie. Theoriebildung und Forschung liegen – aller Rede von „supervisorischer Beziehung“ ungeachtet – zu dieser Thematik kaum vor (Theorie: *Petzold, Müller* 2007; Forschung: *Edlhaime-Hrubec* 2006). Meistens werden therapietheoretische Versatzstücke (Übertragung/Gegenübertragung) ohne spezifische Zupassung auf den supervisorischen Kontext reproduziert.

In der Regel wird Supervision aus einer defizitären oder problembestimmten Situation heraus angefragt. Latent zu Grunde liegende Therapiebedürfnisse oder die Suche nach einem Reflexionsraum und -partner im persönlichen und professionellen Kontext fehlt, schaffen von vornherein eine komplementäre Beziehungsstruktur, die bedingt durch Ressourcenmangel und Abhängigkeiten seitens der Supervisanden zur Bemächtigung durch den Supervisor führen kann. Einige der psychotherapeutischen Verfahren haben durch ihre Auseinandersetzung mit der förderlichen und unterstützenden therapeutischen Beziehung Variablen und Wirkfaktoren erarbeitet, um ihren Klienten und Patienten Lernen und Entwicklung zu ermöglichen. Diese Faktoren haben über die Vorbildung der Supervisoren auch Eingang in die praktizierte Supervision gefunden, werden aber als qualitativer Anspruch nicht formuliert. Hier ist der Blick auch verfahrensspezifisch zu schärfen. Über ein ausgearbeitetes „Beziehungskonzept“ verfügen z.B. weder die Familien- noch die Gestalttherapie (Kontakt und Begegnung, that's it). Die psychoanalytisch orientierte Supervision, mit ihrem Anspruch auf die Deutungsmacht, ihren Konzeptionen zu Übertragung/Gegenübertragung, Arbeitsbündnis allenfalls, Gebot zurückgenommener Abstinenz, hat ebenfalls keine Auseinandersetzung mit anderen Formen der Beziehungsgestaltungen erarbeitet. Die neue „Intersubjektivitätswelle“ in der Psychoanalyse (*Stolerow* et al. 1996;

Orange et al. 2001; Altmeyer, Thomä 2006 – aus integrativer Sicht keineswegs unproblematisch Renz, Petzold 2006) ist noch nicht im Feld der Supervision angekommen.

Macht, Dominanz, Hierarchie und Abhängigkeit

Macht zu haben, bedeutet die Möglichkeit zu haben, Einfluss nehmen und Veränderungen einleiten zu können – auch gegen den Willen anderer (*M. Weber*). Zu unterscheiden ist die legitimierte Macht, im Sinne von Führung, Steuerung und Strukturgebung, von der illegitimen Macht, im Sinne von Bemächtigung, Unterwerfung und Verfügung bzw. Unterdrückung (*Haessig, Petzold 2009; Petzold 2009d*). Aus unserer Untersuchung wird ersichtlich, dass die Macht des Supervisors, sei sie vom Träger übertragen, von den Supervisand/innen zugeschrieben oder in Expertenmacht begründet, oft zum eigenen Vorteil genutzt und/oder kompensatorisch zur eigenen Selbstwertregulierung eingesetzt wurde. Forschung nicht zuletzt auch mit Blick darauf, ob hier nicht eine *strukturimmanente* Problematik eines „professionellen Superioritätshabitus“ vorliegt, denn in unseren zahlreichen Untersuchungen zur Supervision in spezifischen Feldern (Gerontologie, Psychiatrie, Behindertenbereich, Krankenhaus) wird immer wieder ein Moment der „Arroganz“ von Seiten der SupervisorInnen von den Befragten erwähnt. Es wird also darauf zu achten sein, welche „professionelle Haltung“ in Supervisionsausbildungen vermittelt wird. Wenn man begriffen hat, wie komplex und differenziert das „Handwerk des Supervisors“ ist und wie hoch der Anspruch, „Experte für ExpertInnen“ zu sein mit einer gediegenen sozialwissenschaftlichen Grundausbildung und einer soliden Feld- und Fachkompetenz in einigen Feldern, dann wird – wie auch in anderen komplexen Methodologien im Umgang mit Menschen z.B. Psychotherapie, Soziotherapie, Mediation eine gewisse Bescheidenheit angesagt sein (*Petzold 1994b*). Auch diese Themen sollten in der Ausbildung von SupervisorInnen angesprochen und ein Bewusstsein für dieses Phänomen befördert werden.

Nur wenn sich Supervisoren und Supervisorinnen mit Vorgesetzteninteressen und Trägerinstanzen unkritisch identifizieren, kann Supervision dahingehend instrumentalisiert werden, dass Teilnehmer gemobbt, stigmatisiert und um ihre Arbeitsfähigkeit gebracht werden, wie das vorkommt – unsere Untersuchung zeigt das. Im Blick auf die Sekundärfolgen bei misslungener Supervision auf das KlientInnen- und PatientInnensystem zeigt sich eine Notwendigkeit, den Zugang zu diesem Berufsfeld über reine Verbandszugehörigkeit hinaus zu regulieren. Diese Exploration ins Dunkelfeld aber auch unsere umfangreichen Untersuchungen in „Hellfeldern“ (*Müller, Petzold et al. 2005; Gottfried et al. 2003; Petzold, Müller et al. 2009*) zeigen, dass eine Verbandszugehörigkeit, die eine anerkannte Ausbildung voraussetzt, keine Garantie für Qualität oder risikofreie Supervision ist. Ein Beratungsgesetz, wie es in Österreich vorliegt, welches Standards und KlientInnensicherheit rechtlich zu sichern trachtet, stagniert in Deutschland, obwohl sich sehr viele Verbände dafür ausgesprochen haben.

Unsere Untersuchung zeigt, dass manche Verletzungsfolgen teilweise einen Abschluss finden konnten und keine nachfolgenden Wirkungen mehr haben. Andere verwundeten bzw. stigmatisierten so, dass diskreditierte Menschen, LehrsupervisorInnen (d.h. angehende SupervisorInnen), SupervisorInnen (BeraterInnen, TherapeutInnen) und wahrscheinlich auch KlientInnen und PatientInnen, über deren Beschädigungen wir nur indirekte Informationen haben – in dieses „Dunkelfeld“ konnten wir nicht direkt vorstoßen – mit Narben oder noch schwärenden Wunden zurückbleiben. Manche bleiben bis heute mit Scham und dem Gefühl der Insuffizienz belastet. Inwieweit die psychosomatischen Reaktionen sich aufgelöst oder manifestiert haben, hängt sicher auch von den aktuellen Lebensumständen und der Interpretation und Einordnung derselben ab.

Es herrscht also Handlungsbedarf für die Ausbildungsinstitute, für die Berufs- und Fachverbände für diese Thematik zu sensibilisieren, zu informieren und bessere Evaluations- und Qualifikationsinstrumente zu entwickeln, einzusetzen und verpflichtend zu machen (vgl. z.B. *Petzold, Orth-Petzold et al. 2011; Petzold, Linz et al. 2008*). Es herrscht Handlungsbedarf auch für die „professional community“ all der SupervisorInnen, die gute Arbeit machen und sich ernsthaft um die Qualität ihres Tuns und ihrer fachlichen Gemeinschaft bemühen, und dazu gehört auch, „**risikosensibel**“ in der eigenen Arbeit zu sein und zu bleiben, denn wer macht keine Fehler? Was wir am wenigstens gebrauchen können, ist die Reaktion: das sind „nur wenige schwarze Schafe“, die nicht „professionell genug“ gearbeitet haben.

Zusammenfassung: Wenn Supervisionen schaden – explorative Untersuchungen im Dunkelfeld risikanter supervisorischer Praxis

Nach grundsätzlichen Überlegungen zu Risiken und Schäden in Psychotherapie und Supervision werden die Ergebnisse einer explorativen, internetbasierten quantitativen und qualitativen explorativen Studie im Dunkelfeld supervisorischer Praxis vorgestellt, nämlich zu „Verletzungen in der Supervision und in Lehrsupervisionen“. Die Untersuchung ist ein erster Versuch, sich diesem komplexen Thema zu nähern und stellt die Art der affektiven Beeinträchtigung, der Motivations- und Leistungsminderung und die subjektiv erlebte Schwere der Verletzungen dar. Die Pilotstudie beschreibt den Rahmen, in dem die Verletzungen stattfanden und welche seelischen und beruflichen Auswirkungen diese Verletzungen hatten. Dargestellt werden die eingesetzten Bewältigungsstrategien. Zur Diskussion stehen die Konsequenzen, die aus den Ergebnissen für die Ausbildung von Supervisor/innen und dem Schutz für Supervisor/innen und deren Patienten/Klientensystem gezogen werden müssen.

Schlüsselwörter: Supervisionsforschung, Schäden, Nebenwirkungen, Dunkelfeldstudie, Integrative Supervision

Summary: When Clinical Supervision Causes Damage – Explorative Studies in the Dark Field of Risky Supervision

Following some basic reflections on risks and damages in psychotherapy and supervision the

results of an explorative, internet based quantitative and qualitative Dark Field Study are presented concerning "Hurts in Supervision and Training Supervision". The study is a first attempt to approach this complex topic. It presents the character of the affective infringement, the diminution of motivation and achievement and the subjectively experienced severity of the attack. This pilot study describes the context of the hurt and its psychological and professional consequences. Different coping strategies are described. The consequences which should be drawn from the results of this research for the training of clinical supervisors and for the protection of their clients or patients are discussed.

Keywords: Clinical Supervision Research, Damage, Side Effects, Dark Field Study, Integrative Supervision

Literatur

- Abdul-Hussain, S. (2011): Genderkompetente Supervision. Wiesbaden: VS Verlag. (im Druck).
- Altmeyer, M., Thomä, H. (2006): Die vernetzte Seele. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Balint, M. (1964): The Doctor, His Patient and the Illness. London: Pitman.
- Barolin, G.S. (1990): Schwerste Mißstände in „einem Wiener Pflegeheim“ - schon 1985 in allen Details publiziert! *Österreichische Krankenhauszeitschrift* 31 (1990) 33-43.
- Beckermann A. (2001): Analytische Einführung in die Philosophie des Geistes. 2. Aufl. Berlin: De Gruyter.
- Beine, K.-H. (1998): Sehen, Hören, Schweigen Krankentötungen und aktive Sterbehilfe. Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Beine, K.-H. (2003): Homicides of patients in hospitals and nursing homes: a comparative analysis of case series. *International Journal of Law and Psychiatry* 26, 373-386.
- Beine, K.-H. (2010): . Krankentötungen in Kliniken und Heimen - Aufdecken und Verhindern., Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag
- Berger, P.L., Luckmann, T. (1970): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Brandt, O. (2010): Schadensersatzrecht. München: C.H. Beck.
- Brühlmann-Jecklin, E. (2005): Supervision bei Pflegefachleuten. Eine Studie zur Situation in der Schweiz. Masterthese, Betreuer: Prof. Dr. Hilarion Petzold, Donau-Universität Krems.
- Castonguay, L. G., Muran, J.C., Angus, E. (2010): Bringing Psychotherapy Research to Life: Understanding Change Through the Work of Leading Clinical Researchers. Washington: American Psychological Association.
- Donabedian, A. (2005): Evaluating the Quality of Medical Care, *The Milbank Quarterly*, 4, 691-729.
- Edlhaime-Hrubec, C.M. (2006): Die „Supervisorische Beziehung“. Theoriekonzepte und soziale Repräsentation im Lehrsupervisoren-, Supervisoren- und Supervisandensystem - im Fokus der Integrativen Supervision. *Supervision* 02/2006, <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/02-2006-edlhaime-hrubec-christiana-maria-die-supervisorische-beziehung.html>.
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G. (2003a): Supervision und innerinstitutionelle Schweigepflicht. Vrije Universiteit Amsterdam Faculteit der Bewegingswetenschappen - Postgradualer Studiengang Supervision Amsterdam. Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 11/2003
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G. (2003b): Hilflosigkeit, Kontrolle, Bewältigung - Kernkonzepte und Materialien für die Supervision. Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 12/2003
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G. (2003c): Kausalattribution und Kontrollüberzeugung und deren Bedeutung für die Supervision. - Bei www.fpi-publikationen.de/supervision - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 13/2003.

- Ertel, F., Jakob-Krieger, C., Petzold, H.G. (2009): Supervision als Ressource von TelefonSeelsorge. Eine Felderkundung zur Rolle und Bedeutung von Supervision mit Ehrenamtlichen in der TelefonSeelsorge aus Integrativer Sicht. Bei: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 6/2009
- Fatzer, G.; Rappe-Giesecke, K.; Looss, W. (1999, 2002): Qualität und Leistung von Beratung. Supervision, Coaching und Organisationsentwicklung. Köln: EHP
- Flick, U. (2002): Qualitative Sozialforschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt.
- Gebhardt, M., Petzold, H.G. (2005): Die Konzepte «Transversalität» und «Mehrperspektivität» und ihre Bedeutung für die Integrative Supervision und das Integrative Coaching. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 4/2005.
- Gifford, R. (2007): Environmental Psychology: Principles and Practice.. Colville, WA: Optimal Books.
- Gottfried, K. (2011): Supervision in der Psychiatrie. Diss. Univ. Köln.
- Gottfried, K., Petitjean, S., Petzold, H.G. (2003a): Supervision im Feld der Psychiatrie – eine Multicenterstudie (Schweiz). In: Petzold, Schigl, Fischer, Höfner (2003) 299-333.
- Grawe, K. (2005): Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie* 7/8, 311
- Grawe, K., Braun, U. (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23, 242–267.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994, 5. unveränderte Auflage): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe., 2001.
- Haessig, H., Petzold, H.G. (2009): Transversale MACHT in der Supervision - integrative und differentielle Perspektiven. Mit einem Geleitwort von Hilarion G. Petzold. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - Jg. 2009.
- Hartz, P., Petzold, H.G. (2010): Chancen für arbeitslose Frauen und Männer, die ihr Leben neu gestalten wollen. *Zeitschr. für Medizinische Psychologie* 2, 47 – 67. vgl. <http://www.minipreneure.de/>
- Haubl, R., Hausinger, B. (2009): Supervisionsforschung: Einblicke und Ausblicke. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hausinger, B. (2008): Der Nutzen von Supervision. Verzeichnis von Evaluationen und wissenschaftlichen Arbeiten <http://www.dgsv.de/pdf/Nutzen.pdf>.
- Hawkins, P., Shohet, R. (2006): Supervision in the Helping Professions: an organisational, group and organisational approach. Maidenhead: Open University Press.
- Hecht, A., Petzold, H.G., Scheiblich, W. (2011): Theorie und Praxis differentieller und integrativer, niedrigschwelliger Arbeit (DINA) – die „engagierte Perspektive“ Integrativer Suchthilfe. In: Petzold, H.G., Scheiblich, W., Lammel, U. A.: Integrative Suchttherapie. 3. erw. u. überarb. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag.
- Heckmann, H.D., Walter, S. (2006): Qualia Ausgewählte Beiträge.2. Aufl., Paderborn: mentis.
- Hüther, G. (2006): Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G. (2010): Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern. 6., unveränd. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jakob-Krieger, C., Dreger, B., Schay, P., Petzold, H. G. (2004): Mehrperspektivität - ein Metakonzept der Integrativen Supervision. Zur „Grammatik“ - dem Regelwerk - der mehrperspektivischen, integrativen Hermeneutik für die Praxis. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 03/2004.
- Knaus, K.-J., Petzold, H.G., Müller, L. (2006): Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland – eine explorative Multicenterstudie. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 1/2006.
- Knoll, N., Schwarzer, R. (2005). Soziale Unterstützung. In: Schwarzer, R. (Vol. Ed.), Enzyklopädie der

- Psychologie, Series X, Vol. 1: Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe, 333-349.
- Knopf, W. Walther, I. (2010): Beratung mit Hirn. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die Praxis von Supervision und Coaching. Wien: facultas.wuv.
- Kreutzer, A. (1994): Kriminologische Dunkelfeldforschung. *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 1, 10 – 16.
- Kreutzer, A., Görgen, T., Krüger, R., Münche, V., Schneider, H. (1993): Jugenddelinquenz in Ost und West. Bonn: forum.
- Küsters, I. (2009, 2. Auflage): Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag.
- Laireiter A.-R., Vogel, R. (1998): Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch. Tübingen: DGVT.
- Laireiter A.-R. (2002): Negative Effekte von Selbsterfahrung und Eigentherapie von TherapeutInnen in der Psychotherapie. In: Märten M., Petzold H. G. (Hg.): Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald, 384–412.
- Lambert, M.J., Ogles, B.M. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5. Auf. New York: Wiley, 139-193).
- Leder, H.-C. (1998): Dunkelfeld. Bemerkungen aus devianz- und kriminalsoziologischer, kriminologischer und wissenschaftstheoretischer Sicht. Frankfurt: Europäischer Verlag der Wissenschaften,
- Leitner, A. (2009): Von der Compliance zur Adherence, vom Informed Consent zu respektvollem Informed Decision Making. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (2009): Vol. 35, No. 1. Edition Donau-Universität Krems. Wien: Krammer, 71–86.
- Leppin, A., Schwarzer, R. (1997): Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen: Hogrefe, 349-373.
- Luban-Plozza B, Laederach-Hofmann K, Knaak L, Dickhaut, H.H. (2002, 8. Auflage): Der Arzt als Arznei. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Maisch, H. (1996): Phänomenologie der Serientötung von schwerkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 3, 201-205.
- Maisch, H. (1997): Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. München: Kindler 1997.
- Märten, M., Petzold; H.G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald.
- Mayring, P. (1996): Narratives Interview. In: Mayring, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken, 3. überarbeitete Aufl. München: Beltz, Psychologie Verlags Union, 54-56.
- Moser, A. (2011): Reaktanz – ein zentrales Konzept für die Supervision. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg. 2011
- Moser, G. (2009): Psychologie environnementale: La relation homme-environnement. Bruxelles: de Boeck.
- Moser, J., Petzold, H.G. (2003/2007): Supervision und Ethik – Theorien, Konzepte, Praxis. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 03/2007
- Müller, L., Petzold, H. G., Schreiter-Gasser, U. (2005): Supervision im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (2005), Vol. 1/2, 181-214 und in: Petzold, H.G., Müller, L. (2005).
- Oeltze, H.-J., Ebert, W., Petzold, H.G. (2002): Integrative Supervision in Ausbildung und Praxis – eine empirische Evaluationsstudie im Mehrebenenmodell. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen. www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm: SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 01/2002
- Orange, D.M., Atwood, G.E., Stolorow, R.D. (2001): Intersubjektivität in der Psychoanalyse:

- Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Orlinsky David E., Howard Kenneth I. (1988): Ein allgemeines Psychotherapiemodell. In: *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, Vol. 4, 281-308.
- Orth, I., Petzold, H.G. (2004): Theoriearbeit, Praxeologie und „Therapeutische Grundregel“ Zum transversalen Theoriegebrauch, kreativen Medien und methodischer und „sinnlicher Reflexivität“ in der Integrativen Therapie mit suchtkranken Menschen. In: *Petzold, Schay, Ebert* (2004), 297-342.
- Orth, S., Siegele, F., Petzold, H.G. (2007): Die Wirkung von Supervision in psychiatrischen Tageskliniken. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 05/2007.
- Perls, F.S. (1969): *Gestalt Therapy Verbatim*. Lafayette, Ca.: Real People Press.
- Petzold, H.G. (1975m): Ein Kriseneingriffsseminar - Techniken beziehungsgeleiteter Krisenintervention, Aufbau eines „guten Konvois“, „innerer Beistände“ und „protektiver Erfahrungen“. Textarchiv Hilarion Petzold Jg. 1975. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>, auch in: *Petzold, van Wijnen*, Stress, Burnout, Krisen - Materialien für supervisorische Unterstützung und Krisenintervention, www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – 11/2010.
- Petzold, H.G. (1977l): Gegen den Mißbrauch von Körpertherapie. Risiken und Gefahren bioenergetischer, primärtherapeutischer und thymopraktischer Körperarbeit. In: *Petzold, H.G.*, 1977n (Hrsg.). Die neuen Körpertherapien, Paderborn: Junfermann, 478-490; auch in *Sensus-Kommunikation* 3, 3-7.
- Petzold, H.G. (1979l): Die inhumane Situation alter Menschen und die Humanisierung des Alters. *Z. f. humanistische Psychol.* 3/4, 54-63.
- Petzold, H.G. (1981c): Konzept des Widerstandes in der Psychotherapie. In: *Petzold, H.G.*, 1981b (Hrsg.). Widerstand - ein strittiges Konzept der Psychotherapie, Paderborn: Junfermann, 7-37.
- Petzold, H.G. (1985d): Die Verletzung der Alterswürde - zu den Hintergründen der Misshandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals, in: *Petzold, H.G.*; Mit alten Menschen arbeiten, München: Pfeiffer, 553-572.
- Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. Bildungsarbeit, Psychotheapie, Soziotherapie, Pfeiffer, München.
- Petzold, H.G. (1985d): Die Verletzung der Alterswürde - zu den Hintergründen der Mißhandlung alter Menschen und zu den Belastungen des Pflegepersonals. In: *Petzold* (1985a), 553-572, Neuaufl. Stuttgart: Klett-Cotta (2005a), 265-283.
- Petzold, H.G. (1987g): Vertrauenstherapeuten, *Gestalt-Bulletin* 1, 120-124.
- Petzold, H.G. (1989b): Belastung, Überforderung, Burnout - Gewaltprobleme in Heimen. *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4, 17-44.
- Petzold, H.G. (1993g): Die Krisen der Helfer. In: *Schnyder, U., Sauvant, Ch.*, Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber, 157-196.
- Petzold, H.G. (1994b): Mut zur Bescheidenheit. In: *Standhardt, R., Löhmer, C.* (1994): Zur Tat befreien: Gesellschaftspolitische Perspektiven der TZI-Gruppenarbeit. Mainz: Matthias Grünewald, 161-169.
- Petzold, H.G. (1996f): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben - Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* 2/3, 288-318.
- Petzold, H.G. (1997b): Zehn Jahre Pro-Senectute Österreich. Ein Interview. *Pro Senectute, Zeitschrift für Geriatrie und Altenpflege* 1 (1997), 4-11.
- Petzold, H.G. (2005h): Ein schlimmer Rückblick: Die „Würde des Patienten ist antastbar“ – „Patient Dignity“ als Leitkonzept angewandter Gerontologie. In: *Petzold* (2005a), 284-292.
- Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 16/2006 und *Integrative Therapie, Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, (2006): Vol. 1, 62-99.

- Petzold, H.G. (2006u): Der Mensch „auf dem Wege“ – Altern als „Weg-Erfahrung“ des menschlichen Lebens. Festvortrag 20 Jahre Pro Senectute Österreich, Wien: *Thema Pro Senectute* 1 (2006), 40-57.
- Petzold, H.G. (2007j): „Hot seat?“ - Kritische Überlegungen zu einem problematischen Begriff, zu Therapieideologien und „risikosensibler Praxis“ – Über die Notwendigkeit weiterführender Entwicklungen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* – 02/2007.
- Petzold, H.G. (2009h): Mentalisierung und die Arbeit mit der „Familie im Kopf“. „Integrativ-systemische“ Entwicklungstherapie mit Familien im „erweiterten biopsychosozialen“ Modell Integrativer Humantherapie. Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - Jg. 2009. *Integrative Therapie* Heft 2, 2010, 161 -250.
- Petzold, H.G. (2009k): Transversale Erkenntnisprozesse der Integrativen Therapie für eine Ethik und Praxis „melioristischer Humantherapie und Kulturarbeit“ durch Multi- und Interdisziplinarität, Metahermeneutik und „dichte Beschreibungen“ Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 15/2009; repr. in: Petzold, H.G., Sieper, J. (2011): Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie. Die Aktualität des HENRY DUNANT 1828 – 1910. Wien: Krammer.
- Petzold, H.G., Leitner, T., Orth, S., Sieper, J., Telsemeyer, P. (2002): Mythos Supervision? - Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Risiken, Nebenwirkungen und Rechtsverletzungen. Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit und bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - In: *SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - 02/2004.
- Petzold, H.G., Linz, S., Ostermann, D. (2008): „Qualitätssicherung und Dokumentation von Supervisionsprozessen“ – Metahermeneutisch fundiertes Erfassen von Supervisionsverläufen mit einem strukturierten „Supervisionsjournal“ in der der „Integrativen Supervision“. In: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - Jg. 2008.
- Petzold, H.G., Märtsens, M. (1999a) (Hrsg.): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2005a): Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie: Brisante Themen – Konzepte – Praxis, Integrative Perspektiven. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Müller, L., Horn, E., Leitner, A. (2005): Der permanente Skandal - Gefährliche Pflege, sozialtoxische Kontexte, maligner Burnout. Verletzte Menschenwürde und dehumanisierende Heimsituationen - in Tirol und allüberall. Eine sozialwissenschaftliche und supervisorische Felderkundung. In: *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, Vol. 1/2, 28-117 und in: Petzold, Müller (2005).
- Petzold, H.G., Müller, M. (2005/2007): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: Europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367-431.
- Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Patel, A. (2010): Von der Abhängigkeit in die Souveränität. Über Professionalisierung in der Psychotherapie durch reflektierte und dokumentierte Praxis. Polyloge, Bei www.FPI-publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* 17/2010.
- Petzold, H.G., Orth-Petzold, S., Ratz, C. (2011): DAS SUPERVISIONSJOURNAL - Ein methodisches Konzept zur Sicherung und Entwicklung von Qualität in Supervision und kundenbezogener Arbeit. .: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* – Jg/2011.
- Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F. (1996): Geht es nur um Schweigepflicht oder um praktische Ethik? Eine Stellungnahme und empirische Erkundung zur Weitergabe von Geheimnissen und zur Anonymisierung in der Supervision. *Organisationsberatung Supervision Clinical Management (OSC)*

- 3, 277-288. Erw. in *Familiendynamik* 3 (1997) 289-311 und *Petzold* 1998a, 191-211.
- Petzold, H.G., Schigl, B.* (1996): Evaluation eines Supervisionslehrgangs für Altenarbeit, Forschungsbericht des Österreichischen Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung, hrsg. v. Dr.-Karl-Kummer-Institut f. Sozialpolitik und Sozialreform. Wien. pp. 320.
- Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M. Höfner, C.* (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation.. Leske + Budrich, Opladen.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (2008a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bde. Bielefeld: Sirius, Aisthesis.
- Petzold, H.G., Wolff, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A.* (2000): Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: *van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L.*: Traumatic Stress. Erweiterte deutsche Ausgabe. Paderborn: Junfermann. 445-579.
- Petzold, H.G., Wolff, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z.* (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G., Wijnen, H. van* (2010): Stress, Burnout, Krisen - Materialien für supervisorische Unterstützung und Krisenintervention, in: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* - Jg. 11/2010
- Renz, H., Petzold, H.G.* (2006): Therapeutische Beziehungen – Formen „differentieller Relationalität“ in der integrativen und psychodynamisch-konflikttherapeutischen Behandlung von Suchtkranken. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - *POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit* - Jg. 13/2006
- Rosenmayr, L.* (1989): Supervision in der geriatrischen Pflege und Betreuung, *Rathaus-Korrespondenz* (Wien) 15, 17-21.
- Rosenthal, G.* (2002): Biographisch-narrative Gesprächsführung: Zu den Bedingungen heilsamen Erzählens im Forschungs- und Beratungskontext. In: *Psychotherapie und Sozialwissenschaften*, Heft 4, 204-227.
- Saup, W.* (1993): Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schay, P., Dreger, B., Siegele, F.* (2006): Die Wirksamkeit von Supervision für den Patienten – eine Evaluationsstudie zur Wirksamkeit von Supervision für das Patientensystem in Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger. In: *Schay, P.* (2006): Innovationen in der Drogenhilfe. Wiesbaden: VS-Verlag, 247-305.
- Schiepek G.* (2003, 2011, 2. vollständig neu bearb. und erw. Auflage): Neurobiologie der Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Schigl, B., Petzold, H.G.* (1997): Evaluation einer Ausbildung in Integrativer Supervision mit Vertiefungsschwerpunkt für den klinisch-geriatrischen Bereich - ein begleitendes Forschungsprojekt. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, Vol. 1-2, 85-145.
- Schreyögg, A.* (2004, 4. überarbeitete Auflage): Supervision. Ein Integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schreyögg, A.* (2007): Fehlerkultur, Fehlermanagement und ihre Bedeutung für Maßnahmen der Personalentwicklung in Kliniken. *OSC* 3, 213-223.
- Schütze, F.* (1976): Zur Hervorlockung und Analyse von Erzählungen thematisch relevanter Geschichten im Rahmen soziologischer Feldforschung – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen: Kommunikative Sozialforschung. München, 159-260
- Schütze, F.* (1983): Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 3, 283-293.
- Schwarz, G.C., Wandt, M.* (2006, 2. Auflage): Gesetzliche Schuldverhältnisse. München: Beck.
- Schmitz, H.* (2008): Differenzierung und Integration. In: *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (2008): Vol. 34, No. 3. Edition Donau-Universität Krems. Wien: Krammer, 397-407.

- Stengel, M. (2002): Ökologische Psychologie. München: Oldenbourg.
- Schwarzer, R., Leppin, A. (1991): Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127
- Stolorow, S.D, Brandchaft, B., Atwood, G.E. (1996): Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Taylor, S.E. (2007): Social support. In: H. S. Friedman, R. C. Silver (Eds.): Foundations of Health Psychology. New York, NY: Oxford University Press, 145–171.
- Waibel, M.J., Petzold, H.G. (2007): Mobbing und Integrative Supervision -Materialien, Modelle, Perspektiven und eine Befragung zu Mobbingberatung und Supervision. Bei [www. FPI-Publikationen. de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 09/2007.
- Weigand, W. (1999): Qualität statt Quantität - Die DGSv im 10. Jahr ihres Bestehens. *DGSv aktuell* 2 (1999), 4-5.
- White, E., Winstanley, J. (2010): Does clinical supervision lead to better patient outcomes in mental health nursing? *Nursing Times*; 16, 16-18.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold
Dipl.-Sup. Jutta Ehrhardt
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit

Wefelsen 5
42499 Hückeswagen
Deutschland

E-Mail-Adressen:

Forschung.EAG@t-online.de (Petzold)
j.e.ehrhardt@dn-connect.de (Ehrhardt)