

Brauchen auch unsere Patientinnen und Patienten Supervision?

Do Our Patients Also Need Supervision?

Johannes Kämper, Berlin

In einem Vortrag über Fehlentwicklungen in psychotherapeutischen Behandlungen stellte Prof. Dr. Horst Kächele die Forderung auf, auch Patienten sollten Supervision nehmen können. Was ist von dieser Forderung zu halten?

Der Autor geht im folgenden Artikel dieser Frage nach, indem er auch das Arbeitsgebiet Psychiatrie, inklusive Musiktherapie, miteinbezieht und zu einem Perspektivwechsel einlädt. Dabei wird beschrieben, wie Behandlungen mit ungünstigem Verlauf von Patienten erlebt werden und welche Möglichkeiten sie heutzutage haben, sich an Reflexionsprozessen im Rahmen von „Open Dialogue“-Veranstaltungen zu beteiligen.

Die geschilderten Beschreibungen beziehen sich dabei auf Erfahrungen, die der Autor als Musiktherapeut in einer Berliner Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sammeln konnte. Abschließend wird diskutiert, welche Bedeutung das Thema „Patientensupervision“ vor dem Hintergrund bereits praktizierter, alternativer Reflexionsformate gewinnen könnte.

In a lecture about undesirable developments in psychotherapeutic treatments, Prof. Dr. Horst Kächele made the claim that patients should also be able to receive supervision. How is this claim to be understood?

The author pursues this question in the following article in which he incorporates the field of psychiatry, including music therapy, and offers a change in perspective. This includes how patients experience treatments with adverse outcome and which given possibilities they have today to participate in reflection processes within the framework of “Open Dialogue” events.

The illustrated descriptions draw upon experiences gained by the author, as a music therapist at a Berlin clinic for psychiatry, psychotherapy and psychosomatics. In conclusion, the significance of the topic “patient supervision”, against the background of previously practiced alternative reflection formats, will be discussed.

Da staunte das Fachpublikum nicht schlecht: Gerade hatte Professor Dr. Horst Kächele gefordert, auch Patienten sollten Supervision nehmen können.

Für diese Position warb Kächele im Februar 2009 auf dem 5. Landespsychotherapeutentag in Berlin im Rahmen seines Vortrags zum Thema „Fehlentwicklungen in psychotherapeutischen Behandlungen“ (Locher/Jäschke 2009).

Als Zuhörer im Saal hatten mich Kächeles Überlegungen sofort angesprochen. Sie begleiten mich seither immer wieder in meiner Berufspraxis und bilden heute den Ausgangspunkt für den folgenden Beitrag.

Hintergrund und Bezugsrahmen für die nachstehenden Reflexionen werden gespeist aus meinen klinischen Arbeitserfahrungen als Musiktherapeut in der Erwachsenenpsychiatrie eines Berliner Krankenhauses.

Gehen wir zunächst einmal vom weitverbreiteten Regelfall im Bereich Psychotherapie und Psychiatrie aus. Das Arbeitsfeld Musiktherapie wird dabei immer mitgedacht. Die professionellen Helfer nutzen Supervision, um die eigene Arbeit zu reflektieren, bei komplizierten Behandlungen aus Sackgassen herauszufinden, Interaktionsgeschehen besser und umfassender zu verstehen, sich im Dickicht von Übertragung und Gegenübertragung zurechtzufinden oder vielleicht auch, um das bereits Gelungene zu betrachten und zu würdigen.

Viele weitere Aspekte wären denkbar, wenn es um die Frage geht, warum professionelle Helfer Supervision nehmen.

Abgesehen von den jeweiligen spezifischen Beweggründen und Inhalten haben wir es beim Supervisionsgeschehen unter anderem meist mit folgenden Phänomenen zu tun:

1. Die Supervisanden erhoffen, ihre eignen Nöte in der Zusammenarbeit mit Patientinnen und Patienten besser zu verstehen, zu bearbeiten, zu lindern oder zu wenden.
2. Eine außenstehende unabhängige Person soll dabei hilfreich sein, nämlich der Supervisor.

Ändern wir nun unsere Perspektive und nehmen den Standpunkt unserer Patienten ein, zunächst bezogen auf das Setting einer ambulanten Psychotherapie. Auch hier schließen wir wie im Weiteren das Arbeitsfeld Musiktherapie immer in unser Denken ein.

Ein fiktives Beispiel

„Meine Behandlung stockt. Es geht mir nicht besser. Ich fühle mich nicht mehr verstanden. Mein Therapeut hat keine Ideen mehr. Er hat das Interesse an mir verloren. Soll ich abbrechen oder meine Zweifel in der nächsten Therapiestunde zum Thema machen? Was, wenn ich mit meinen Zweifeln und meiner Kritik auf Unverständnis und Ablehnung stoße? Was, wenn meine Kritik und meine Zweifel nicht angenommen, sondern mit Interpretationen beantwortet werden, die mir verdeutlichen, wie stark ausgeprägt meine Störung noch ist? Und wenn ich abbreche? Erliege ich dann meinem mir so vertrauten Muster und wiederhole nur etwas, statt diese Behandlungskrise aktiv anzugehen und als Chance zu nutzen? Oder hat es zwischen uns von Anfang an nicht gepasst und ich habe meine anfänglichen Zweifel nicht ernst genommen? Ich war so froh, nach langer Wartezeit endlich einen Therapieplatz bekommen zu haben. Was soll ich jetzt bloß machen?“

Natürlich könnte sich ein Patient in der oben beschriebenen Lage mit Freunden oder Familienangehörigen besprechen. Aber wäre diesem Patienten nicht auch

die Möglichkeit zu gönnen, sich mit einer unabhängigen Person vom Fach zu beraten?

Nehmen wir nochmals die Patientenperspektive ein, jetzt bezogen auf ein psychiatrisch-stationäres Setting.

Ein fiktives Beispiel

„Im Moment läuft meine stationäre Behandlung eher schlecht. Mit vielen Mitgliedern des Teams bin ich zerstritten. Die trauen mir wenig zu. Ich darf nur in Begleitung rausgehen. Und hier soll ich das ganze Programm mitmachen. Dieses hilft mir ja eh nur zum Teil. Wenn ich Kritik äußere, werde ich abgebügelt. Okay, manchmal reagiere ich sicher zu heftig. Vielleicht mache ich ja auch etwas falsch. Was kann ich tun, damit ich mehr von der Behandlung habe? Oder soll ich einfach abhauen? Aber das bringt ja auch nichts.“

Ein Patient, der seine psychiatrisch-stationäre Behandlung möglicherweise so oder ähnlich erlebt, spricht vielleicht mit Mitpatienten, Freunden oder Angehörigen über seine Situation.

Aber wie wäre es, wenn dieser Patient zusätzlich die Chance hätte, sich an einem neutralen Ort mit einer unabhängigen Fachkraft auszutauschen?

Beide fiktiven Beispiele verdeutlichen: Nicht nur Mitglieder des therapeutischen Teams können in der Interaktion mit ihnen anvertrauten Patienten in Not geraten. Auch im umgekehrten Falle gilt: Neben den hilfreichen Anteilen, die unsere Patienten in ihren ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungen finden, können die Betroffenen gleichzeitig aber auch in gewisse Nöte geraten, die jenseits der eigenen Psychopathologie eher mit der gegenwärtigen, eventuell momentan nicht erfolgreich laufenden Therapie zusammenhängen können.

Professionelle Helfer können Klärung schwieriger Behandlungssituationen via Supervision erfahren. Aber was ist mit den Patienten? So gesehen gäbe es durchaus gute Gründe, Supervision auch für Patienten anzubieten. Darüber habe ich in den vergangenen Jahren mit vielen Patienten sowie mit einigen Supervisoren gesprochen.

Dabei erfuhr ich, dass die meisten meiner Gesprächspartner die Idee der *Patientensupervision* interessant und nachvollziehbar fanden, allerdings über keinerlei Praxiserfahrung diesbezüglich verfügten.

Darüber hinaus wurde mir im Rahmen dieser Gespräche berichtet, welche Erfahrungen Patienten im Zusammenhang mit frustriert erlebten, wenig erfolgreich laufenden Behandlungen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich erlebt hatten. Als häufig praktizierte Umgangsweisen der Patienten mit wenig konstruktiven Therapieverläufen zeigen sich folgende:

- Ratsuche bei Freunden und Angehörigen; Therapieabbruch
- Therapeutenwechsel, manchmal auch mit Wechsel des Therapieverfahrens (im ambulanten Bereich)
- Aushalten und „Schlucken“ der Frustration, der Zweifel und des sich Unverstandenfühlens; Selbstanklage, ein schlechter Patient zu sein; Fokussierung auf die hilfreichen Anteile der Therapie bei gleichzeitigem Nicht-Thematisieren der problematischen Anteile

- diskretes Ansprechen bis hin zu offenem Aussprechen von Kritik und Zweifeln; Manipulation, Gewaltandrohung und Gewaltanwendung, um Unzufriedenheit mit der Behandlung zum Ausdruck zu bringen bzw. um gewünschte Veränderungen in der Behandlung durchzusetzen (im psychiatrisch-stationären Bereich)
- Aufsuchen der Sprechstunde der Patientenfürsprecherin
- Beschwerdeführung bei der Klinikleitung

Warum hat sich bis heute eine Supervisionskultur für Patienten noch nicht etablieren können? Die Gründe dafür sind vermutlich vielfältig und sollen an dieser Stelle nicht weiter beforscht und behandelt werden.

Stattdessen möchte ich einem anderen Gedankengang folgen: Wenn wir davon ausgehen, dass *Supervision* unter anderem mit den Phänomenen *Innehalten*, *Nachdenken*, *Nachspüren*, *Reflektieren*, *sich gegenseitig zuhören* und *sich austauschen* zu tun hat, dann könnten wir fragen, inwieweit unsere Patienten schon heute von diesen supervisorischen Elementen partizipieren.

Eine „waschechte“ *Patientensupervision* gibt es bisher nicht. Doch lassen sich bei näherer Betrachtung der komplexen Behandlungen vielleicht bereits Strukturen und Qualitäten finden, die auch für ein Supervisionsgeschehen charakteristisch sind.

Die weitere Betrachtung soll sich im Folgenden auf die Klinik beziehen, in der ich seit vielen Jahren arbeite.

Es handelt sich um die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Chefärztin Frau Dr. Munk) am Vivantes Klinikum Neukölln in Berlin.

Die Klinik ist mit der Versorgungsverpflichtung für ca. 310.000 Einwohner des Bezirks Neukölln beauftragt und verfügt über 170 vollstationäre Betten (6 Stationen mit je 26 Betten, eine Krisenstation mit 12 Betten), 3 Tageskliniken sowie eine Psychiatrische Institutsambulanz. Das Selbstverständnis der Klinik wird geprägt von den Grundsätzen einer gemeindenahen Psychiatrie, der Bedeutung der therapeutischen Beziehung und einer Recovery- und Ressourcenorientierung.

Seit dem Jahr 2010 wird in der Klinik mit Elementen des Konzepts *Open Dialogue* (offener Dialog) gearbeitet. Viele Mitarbeiter haben dazu eine zweijährige klinikinterne Weiterbildung in *Open Dialogue – Netzwerkarbeit – Bedürfnisangepasster Behandlung* absolviert. Die Leitung lag bei Dr. Volkmar Aderhold (Universität Greifswald) und seinen Mitarbeiterinnen.

Das ursprünglich in Skandinavien entwickelte Konzept der *bedürfnisangepassten Behandlung* (Alanen 2007) mit seinen Ansätzen *Open Dialogue* und nachfolgend *Reflecting Team* wurde in Deutschland schwerpunktmäßig durch Dr. Aderhold bekannt gemacht (Aderhold/Alanen/Hess/Hohn 2003).

Im Wesentlichen wird der Behandlungsansatz *Open Dialogue* durch eine bestimmte Haltung geprägt, aus der heraus spezifische Vorgehensweisen zur Anwendung kommen. Folgende Prinzipien kennzeichnen das Konzept *Open Dialogue*:

- Einbeziehen des sozialen Umfeldes in die Behandlung, jede Stimme soll gehört werden (Vielstimmigkeit),

- psychotherapeutisch geprägte und individuell angepasste Ausrichtung der Behandlung,
- gemeinsame Behandlungsplanung mit den Patienten,
- weitgehende Anwesenheit des Patienten in allen ihn betreffenden Situationen,
- Unsicherheiten und Ambivalenzen tolerieren,
- Transparenz durch offene Diskussionen herstellen,
- Förderung von Dialogen,
- Zulassen des Ausdrucks von Emotionen (Seikkula/Arnkil 2007).

Die genannten Prinzipien finden in unserer Klinik seit 2011 in folgenden Arbeitsformen ihre Anwendung.

Behandlungskonferenz

Behandlungskonferenzen finden im 14-tägigen Rhythmus statt und dauern 20 Minuten. Der teilnehmende Patient und vier bis fünf Teammitglieder der verschiedenen Berufsgruppen gestalten die Zusammenkunft nach einem bestimmten Ablauf: Zu Beginn spricht der Patient mit einem Teammitglied darüber, was ihn beschäftigt, z.B. wie er zur Zeit die Behandlung wahrnimmt, was er als hilfreich erlebt, wo sich Probleme zeigen. Auch jedes andere Thema ist willkommen. Anschließend können Fragen aus der Runde zum Gehörten gestellt werden.

Danach folgt eine Reflexionsphase (*Reflecting Team*), in der die Mitarbeiter ihre Eindrücke und Gedanken zum zuvor Gesagten formulieren. Die Rückmeldungen erfolgen in wertschätzender Weise und schließen kritische Punkte durchaus ein. Jeder Teilnehmer ist eingeladen, sich auf seine eigene Art zu präsentieren.

Patient und Gesprächspartner lassen die Reflexionen auf sich wirken, um dann anschließend das Gespräch fortzusetzen.

Jetzt werden gemeinsam für die nächsten 14 Tage Behandlungsziele verabredet und notwendige Absprachen getroffen. Der Patient erhält am Ende ein Protokoll der Behandlungskonferenz.

Netzwerkgespräch

Netzwerkgespräche finden einmalig oder in größeren Abständen mehrmals statt und dauern jeweils 90 Minuten.

Über den Patienten, die beiden Moderatoren und zwei bis drei Teammitglieder hinaus können alle Personen teilnehmen, die der Patient dabei haben möchte: z.B. Partner, Freunde, Nachbarn oder Familienangehörige. Dies sind Menschen, die für den Patienten als soziale Bezugspunkte bedeutsam sind und die er sich als Teilnehmer des Netzwerkgesprächs wünscht.

Es handelt sich um ein offenes Gespräch. Das heißt, im Vorfeld findet keine Planung oder Festlegung von Themen statt.

Alle Beteiligten dürfen unabhängig von Erkrankung und Behandlung alles ansprechen, was ihnen wichtig ist. Jedes Thema ist willkommen. Auch für schwierige Punkte stehen Raum und Zeit zur Verfügung. Jeder soll zu Wort kommen dürfen.

Die anwesenden Teammitglieder nehmen möglichst eine Haltung des Nichtwissens ein. Sie stellen Fragen, die es den Anwesenden erleichtern, alles Wichtige zu berichten und miteinander ins Gespräch zu kommen.

Es geht nicht um Expertenlösungen, sondern um die Entfaltung offener Dialoge. Als förderlich erweist sich eine haltgebende Atmosphäre, die das Aushalten von Ambivalenzen und Unsicherheiten ermöglicht. Die Moderatoren nehmen der Ambivalenz gegenüber eine neutrale Haltung ein. Die professionellen Helfer arbeiten daran, einen Raum entstehen zu lassen, in dem sich Nachdenklichkeit und Reflexivität ausbreiten können. Dafür helfen die Momente, in denen das Gespräch für den Beitrag des *Reflecting Teams* angehalten wird.

Wie auch bei *Behandlungskonferenzen* stellen die Teammitglieder ihre Reflexionen zum bisher Gesagten allen anwesenden Personen gegenüber wertschätzend und empathisch zur Verfügung.

Durch Innehalten und Verlangsamten (*Reflecting Team*) erfährt die anschließende Fortführung des Gesprächs häufig eine andere Qualität. So nehmen z.B. Momente lebendiger Präsenz zu („Now-Moments“, Stern 2010). Teilnehmende erleben, dass jeder Beitrag im *Netzwerkgespräch* wichtig und für etwaige Lösungen und Entwicklungen bedeutsam ist.

Ziel eines *Netzwerkgesprächs* ist zunächst einmal das Anregen des Prozesses selbst sowie das Entstehen eines offenen Dialogs. Die Anwesenden kommen miteinander ins Gespräch. Dies geschieht in einer Art und Weise, die das Öffnen bisher unausgesprochener Themen ermöglicht.

Die Fokussierung auf schnelle Problemlösungen tritt in den Hintergrund. In den Mittelpunkt rückt die Entwicklung einer Gesprächskultur, die zu mehr Verständnis und Verbundenheit untereinander führt.

Dies wiederum bildet die Basis dafür, dass der Patient im Zusammenspiel mit seinem sozialen Netzwerk und dem therapeutischen Team einen für ihn möglichen Weg im Umgang mit Komplikationen und Schwierigkeiten der Behandlung finden kann.

Seit fünf Jahren konnte ich bisher als Teilnehmer von *Behandlungskonferenzen* und *Netzwerkgesprächen* vielfältige Erfahrungen sammeln, die ich zusammenfassend als überaus positiv erlebt habe.

Beide Gesprächsformate ermöglichen es den Patienten, sowohl Kritik an der Gesamttherapie zu äußern als auch Verantwortung für ihre Behandlung, ihren Alltag und ihre Lebensgestaltung insgesamt zu übernehmen. Die Teammitglieder erfahren als lohnenswert, die eigene innere Haltung zu überprüfen und gegebenenfalls zu verändern. Z.B. werden sie angeregt, etwaige paternalistisch-defizitäre

Einstellungen zugunsten einer ressourcenorientierten Wertschätzung der Stärken des Patienten und seines sozialen Umfeldes aufzugeben.

Behandlungskonferenzen und *Netzwerkgespräche* fördern das dialogische Prinzip, die Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung von Patienten, den Umgang mit Kritik an der Behandlung, die Kooperation der verschiedenen involvierten Berufsgruppen sowie die Zufriedenheit aller Beteiligten mit den laufenden Behandlungen. Sie erweitern eine Arbeitsatmosphäre, die geprägt sein kann von Verbundenheit, Anteilnahme, Reflexivität, Sich-Berühren-Lassen und Humor.

Gleichzeitig können in *Behandlungskonferenzen* und *Netzwerkgesprächen* Grenzen der psychiatrischen Interventionsmöglichkeiten ebenso deutlich werden wie Grenzen im Gestaltungsspielraum der Patienten.

Betrachten wir nun den Zusammenhang zwischen dem Konzept *Open Dialogue* und der Idee *Patientensupervision*. Die Patienten unserer Klinik (stationär, teilstationär und ambulant) beschäftigen sich immer wieder mit Fragen, die auch durch ihr In-Behandlung-Sein aufgeworfen werden.

Zu diesen Fragen und Themen gehören häufig folgende:

- „Wie komme ich besser auf meiner Station zurecht? Mit meinen Mitpatienten, mit dem Team?“
- „Ich verstehe gar nicht, was das Klinikpersonal von mir will. Die sollen mich doch alle in Ruhe lassen!“
- „Ich bekomme zu wenig Zuwendung und Aufmerksamkeit. Wie kann ich das ändern?“
- „Liege ich falsch oder ist es nicht Aufgabe der Klinik, mir eine neue Wohnung zu besorgen?“
- „Wieso wollen die, dass ich mich um meine Sachen selber kümmere? Ich bin doch viel zu krank dafür!“
- „Wieso wollen die mir alle Schwierigkeiten abnehmen? Ich kann mich doch selber um alles kümmern.“
- „Ich bin hier Zwangsmaßnahmen ausgesetzt. Über mich wird bestimmt. Ich will meine Freiheit zurück!“
- „Wieso drängeln die so? Sie sagen, ich soll bald entlassen werden und wieder Verantwortung für meinen Alltag übernehmen. Dazu bin ich aber noch gar nicht in der Lage.“
- „Sie sagen, wenn ich mich selbst verletze, muss ich gehen. Dann kann ich mich ja gleich umbringen.“
- „Ich werde hier so liebevoll behandelt und habe immer Menschen um mich herum. Das habe ich zu Hause alles nicht. Kann ich hier nicht einziehen?“
- „Hier in der Tagesklinik fühle ich mich total überfordert. Die Mitarbeiter erwarten zu viel von mir.“
- „Von morgens bis abends diese quälenden Stimmen und seit Monaten kann mir hier niemand helfen!“

- „Die heftigen Streitereien mit meiner Familie machen mich fertig. Vom Klinikpersonal erwarten meine Familie und ich jetzt Lösungsvorschläge, aber die bekommen wir nicht geliefert. Wozu sind die Profis denn dann da?“

Stellen wir uns nun vor, dass Patienten mit den oben genannten Fragen und Schwierigkeiten bezüglich ihrer Behandlung ein Forum suchen, um sich mit anderen Menschen austauschen zu können. Nehmen wir des Weiteren folgende drei Möglichkeiten an:

1. Die Betroffenen besuchen eine Supervisionsgruppe für Patienten.
2. Jeder Betroffene nimmt an seiner individuellen Behandlungskonferenz teil.
3. Für jeden Betroffenen wird ein Netzwerkgespräch organisiert.

Auch wenn ich mir vorstellen kann, dass die Betroffenen von einer Patienten-Supervisionsgruppe oder auch von einer Einzelsupervision profitieren könnten, sehe ich die psychiatrischen Patienten vor meinem inneren Auge doch eher im *Open Dialogue (Behandlungskonferenz und Netzwerkgespräch)* besser aufgehoben.

Natürlich könnten in einer Patientensupervision gewisse Introspektionsprozesse erlebt sowie Reflexionen, Anregungen und Empfehlungen ausgetauscht werden. Aber etwas Entscheidendes würde fehlen: nämlich die Möglichkeit, sich genau mit den Menschen auszutauschen, mit denen man den gegenwärtigen (Klinik-)Alltag teilt und die Behandlung interpersonell gestaltet. Gelingen und Scheitern, Konflikte und Einvernehmen, Enttäuschungen und positive Entwicklungen, Verhandeln und Ringen im Spannungsfeld von Reglementierung und Autonomie, gemeinsames Aushalten von Unsicherheit und Ratlosigkeit in verfahrenen Situationen, Erleben von Gemeinsamkeit und Zusammenhalt bei der Suche nach einem gangbaren Weg gehören in das Spektrum des Behandlungsalltags. Dazu zählen auch all die Menschen, die hier im Moment direkt miteinander arbeiten. Es sind all diejenigen, die an der Behandlung beteiligt sind und bei *Netzwerkgesprächen* zusätzlich auch all diejenigen, die das soziale Umfeld der Patienten bilden.

Hinzu kommt, dass die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten (Allen/Fonagy/Bateman 2011) im *Open Dialogue* anders gefördert werden kann als in einer denkbaren *Patientensupervision*.

Mentalisieren wird dabei verstanden als ein Gewährwerden von eigenen psychischen Zuständen und von psychischen Zuständen anderer Menschen (Allan/Fonagy/Bateman 2011).

So haben die Patienten in *Behandlungskonferenzen* und *Netzwerkgesprächen* die Möglichkeit, nicht nur ihr eigenes Erleben zu thematisieren, sondern auch etwas von Einstellungen und Sichtweisen anderer Teilnehmer zu erfahren: „Aha, so sieht dieser Teilnehmer meine Behandlung.“ – „Gut, so begründet jener Teilnehmer seine Einstellung und Entscheidung.“ – „Okay, meine Annahme war verzerrt. Mein Gegenüber denkt ja ganz anders, als ich angenommen habe“.

Im *Open Dialogue* haben sowohl Patienten als auch Angehörige und Teammitglieder die Möglichkeit, eigene Mentalisierungen zu überprüfen. Es ist mei-

ner Meinung nach darüber hinaus auch von unschätzbarem Wert, wenn Patienten emotionale Beteiligung von Teammitgliedern und Angehörigen erleben; wenn sie erleben, dass die professionellen Helfer der verschiedenen Berufsgruppen sich auch untereinander mit Respekt und Wertschätzung begegnen und dies auch bei unterschiedlichen oder konträren Standpunkten durchhalten.

Es entsteht eine gemeinsam gemachte Erfahrung für alle Teilnehmenden, ein intersubjektives Feld.

Genau dieses Feld kann Mentalisierungsprozesse anders stimulieren als etwaige Reflexionen über zurückliegende Erfahrungen, wie es häufig in Supervisionskontexten zu beobachten ist.

Gleichwohl hätte eine *Patientensupervision* auch gewisse Vorteile. In einer Gruppe von Betroffenen mit einem unabhängigen Supervisor, der nicht in die Behandlung involviert ist, könnten einige Patienten vielleicht befreiter und „ungefilterter“ sprechen. Sie säßen nicht zusammen mit Klinikmitarbeitern und Angehörigen in einer Runde und hätten nicht zu befürchten, dass ihren Äußerungen möglicherweise negative Konsequenzen folgen.

Aus einem Abstand heraus, unabhängig, frei von therapeutischen Absichten und Veränderungsdruck könnten sich die Patienten mit Hilfe eines Supervisors z.B. darüber Klarheit verschaffen, welche Schwierigkeiten sie in ihrer Therapie auf welche Weise bearbeiten könnten. Sie könnten entdecken, durch welche eigenen Beiträge sie mehr aus ihrem Behandlungsteam „herausholen“ und insgesamt zu einer für sie zufriedenstellenden Behandlung finden könnten.

Schlusswendung

Im Unterschied zu den Patienten, die im klinischen Kontext stationär, teilstationär (Tagesklinik) oder ambulant (Institutsambulanz) in Behandlung sind und meines Erachtens unter Abwägung aller Vor- und Nachteile aus den genannten Gründen im *Open Dialogue* besser aufgehoben wären als in einer *Patientensupervision*, fände ich für ambulante Psychotherapiepatienten die Möglichkeit, Supervision zu nehmen sehr sinnvoll.

Ambulante Psychotherapie im Einzelsetting ist vom Wesen her auf die duale Beziehung Patient-Therapeut fokussiert, auch wenn es Supervisions- oder Interventionsmöglichkeiten für Therapeuten gibt.

Die Vielstimmigkeit und Mehrdimensionalität, die den *Open Dialogue* kennzeichnen, sind in der *bedürfnisangepassten Behandlung* dadurch garantiert, dass Betroffene, soziale Bezugspersonen sowie professionelle Helfer dialogisch in die Behandlung involviert sind. Dies fehlt der Dyade Patient – Therapeut im Einzelsetting der Psychotherapie.

Allein schon aus diesem Grund würde ich es jedem Psychotherapiepatienten gönnen, für seine Behandlung Supervision nehmen zu können. Besonders in Zeiten, in denen der Patient im Therapieprozess mit seinem Therapeuten in eine Krise

gerät und sich mit Zweifeln und Gefühlen der Ausweglosigkeit bezüglich des Therapieverlaufes herumplagt, kann eine supervisorische Unterstützung hilfreich sein. Dem entsprechend forderte Prof. Dr. Horst Kächele auf dem anfangs erwähnten 5. Landespsychotherapeutentag in Berlin, 5 % der bewilligten Psychotherapiestunden sollten für die Supervision der Patienten zur Verfügung stehen (Locher/Jäschke 2009).

So, wie der Vorschlag von Horst Kächele dafür steht, die Position der Psychotherapiepatienten im Sinne einer Empowerment – Dimension (Locher/Jäschke 2009, 181) zu stärken, versucht auch der Ansatz von *Open Dialogue*, die Behandlungssituation der Patienten zu verbessern.

Patienten und Angehörige werden dabei als Experten für ihr Leben gesehen. Zusammen mit den Teammitgliedern planen sie Hilfen, die am besten zu ihnen passen (*Bedürfnisangepasste Behandlung*). Dazu gehört auch, dass alle an der Behandlung Beteiligten die Gesamttherapie reflektieren und positive sowie negative Kritik äußern – im Sinne eines offenen Dialogs.

Literatur

- Aderhold, V.; Alanen, Y. O.; Hess, G.; Hohn, P. (Hrsg.) (2003): *Zusammenfassung und Überlegungen zur Übertragung auf die BRD. In: Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien*. Gießen: Psychosozial Verlag, 235–248
- Alanen, Y. O. (2007): *Integrierte und individualisierte psychodynamische Behandlung schizophrener Patienten. Erfahrungen aus Finnland*. In: von Haebler, D.; Müller, T.; Matejek, N. (Hrsg.) (2007): *Perspektiven und Ergebnisse der psychoanalytischen Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 45–67.
- Allen, J. G.; Fonagy, P.; Bateman, A. (2011): *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Locher, B.; Jeschke, K. (2009): *Umgang mit Fehlentwicklungen in psychotherapeutischen Behandlungen und Facetten des Beschwerdeverfahrens*. *Psychotherapeutenjournal* 2 (2009), 180–181.
- Seikkula, J.; Arnkil, T. E. (2007): *Dialoge im Netzwerk. Neue Beratungskonzepte für die psychosoziale Praxis*. Neumünster: Paranus Verlag.
- Stern, D. N. (2010): *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.

Johannes Kämper
 Ahornstraße 27
 12163 Berlin
 johannes.kaemper@gmx.de