Live-Supervision: Vom Einwegspiegel zur videobasierten Online-Supervision

Marion Jakob^a Florian Weck^a Martin Bohus^b

^a Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Goethe-Universität Frankfurt,

^b Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Deutschland

English Version available at
www.karger.com/doi/10.1159/000354234

Schlüsselwörter

Live-Supervision · Akzeptanz · Effektivität · Bug-in-the-eye-Supervision · Psychotherapieausbildung · Prozessforschung

Zusammenfassung

Live-Supervision ermöglicht dem Supervisor, Einblicke in eine laufende Therapiesitzung zu erhalten und in diese beratend einzugreifen. Die direkte Rückmeldung des Supervisors an den Supervisanden stellt dabei ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zu nachträglichen Supervisionsformen dar. In den letzten 60 Jahren wurden verschiedene Formen der Live-Supervision entwickelt, die im Rahmen dieser Arbeit in Hinblick auf ihre Praktikabilität, Akzeptanz und Effektivität diskutiert werden. Aufgrund der vielen Vorteile von videobasierter Live-Supervision («bug-in-the-eye», BITE) wird in dem aktuellen Beitrag ein besonderes Augenmerk auf diese neueste Entwicklung der Live-Supervision gelegt. Während einer BITE-Supervisionssitzung verfolgt der Supervisor die Therapie online über eine Videokamera und hat die Möglichkeit, über einen Monitor direkte Hinweise an den Therapeuten zu geben. Bei diesem Supervisionsformat ist es dem Supervisor möglich, die Supervision andernorts via Internet durchzuführen. In der vorliegenden Arbeit werden konkrete Hinweise für die Durchführung einer BITE-Supervisionssitzung gegeben. Zudem werden auf der Basis von 25 BITE-Sitzungen erste Ergebnisse einer Studie zur Akzeptanz dieses Verfahrens berichtet. Hierbei zeigte sich, dass die Akzeptanz von BITE-Supervision bei Therapeuten, Supervisoren und Patienten sehr hoch ist und diese als nützlich und hilfreich eingeschätzt wird. Abschließend wird diskutiert, auf welche Weise BITE-Supervision in die Psychotherapieausbildung integriert werden könnte.

Keywords

Live supervision · Acceptance · Efficacy · Bug-in-the-eye supervision · Psychotherapy training · Process research

Summary

Live Supervision: From the One-Way Mirror to Video-Based Online-Supervision

Live supervision enables a supervisor to gain insight into a running therapy session and to intervene with advice. Compared to forms of post-hoc supervision, a distinguishing feature represents the immediate feedback of the supervisor towards the supervisee. During the last 60 years, different forms of live supervision have been developed which will be reviewed as a part of this article with regard to their practicability, acceptance, and efficacy. Due to the many benefits of video-based live supervision (bug-in-the-eye, BITE), we paid particular attention to this latest development of live supervision. During BITE supervision, the supervisor follows the therapy session online with the help of a video camera and has the opportunity to give the supervisee an immediate feedback via a monitor. This format of live supervision allows the supervisor to follow the therapy session from a different location via internet. In the present article, concrete advice for the implementation of a BITE session is given. In addition, preliminary results concerning the acceptance of this method are presented based on 25 sessions of BITE supervision. The results show that BITE supervision is highly accepted by therapists, supervisors, and patients and is evaluated as useful and helpful. Concluding, it is discussed in which way BITE supervision could be integrated into the training of psychotherapists.

Einleitung

Supervision ist nach Bernard und Goodyear [2009] eine Intervention, die einem weniger erfahrenen Mitglied einer Profession von einem erfahreneren Mitglied derselben Profession zur Verfügung gestellt wird. Diese Beziehung ist bewertend, dauert längere Zeit an und hat die Ziele, die professionellen Fähigkeiten des weniger erfahrenen Mitglieds zu verbessern und die Qualität der Leistungen, die Klienten von ihm erhalten, zu überprüfen. Das erfahrenere Mitglied erfüllt dabei die Funktion eines Türhüters gegenüber denjenigen, die in dieser Profession arbeiten wollen. Unabhängig von verschiedenen Psychotherapieschulen stellt Supervision einen wichtigen Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung dar. So wird Supervision übereinstimmend von Psychotherapeuten in Ausbildung und von erfahrenen Psychotherapeuten als eine unerlässliche Ausbildungskomponente für die Entwicklung von therapeutischer Expertise bewertet [Strauß et al., 2009; Zimmer, 2009]. Es existiert eine große Anzahl verschiedener Supervisionsformate. Diese lassen sich grob 3 Kategorien zuordnen [West et al., 1993]: Supervision mittels nachträglichem verbalen Bericht, Supervision mittels nachträglicher Betrachtung (z.B. durch Audio- oder Videoaufnahmen) und Live-Supervision.

Im Folgenden wird die Entwicklung von Live-Supervision dargestellt und verschiedene Varianten dieser Supervisionsform vorgestellt. Es wird ein Überblick über Studienergebnisse zur Effektivität und zur Akzeptanz von Live-Supervision aufseiten von Therapeuten, Patienten und Supervisoren gegeben. Zudem werden Daten einer eigenen Pilotstudie zur Akzeptanz einer neuen Live-Supervisionsmethode vorgestellt. Schließlich werden Implikationen für Forschung und Praxis abgeleitet, insbesondere vor dem Hintergrund der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten.

Entwicklung von Live-Supervision

Im traditionellen Sinne nutzte ein Supervisor als einzige Quelle zur Einschätzung der Effektivität eines Supervisanden dessen verbalen Bericht über den Therapieverlauf. Im Rahmen der psychodynamischen Therapieverfahren wurde davon ausgegangen, dass sich in der Supervisionsbeziehung zwischen Supervisor und Supervisand durch das verbale und nonverbale Verhalten des Therapeuten und seines Supervisors die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse zwischen Therapeut und Patient widerspiegeln [Searles, 1955]. Der Supervisor erhielt dadurch Einblick in die therapeutische Beziehung, was zusammen mit dem Bericht des Supervisanden als ausreichend für das Anstoßen von Entwicklungsprozessen und für die Erweiterung der therapeutischen Kompetenz betrachtet wurde. Die konkrete Beobachtung einer Therapiesitzung wurde von analytischen Supervisoren folgerichtig abgelehnt [Scherl und Haley, 2000].

Mit dem Aufkommen von verhaltens- und familientherapeutischen Ansätzen entstanden alternative Supervisionskonzepte. In den 1950er Jahren wurde der Einwegspiegel als Hilfsmittel in die Familientherapie eingeführt. Mit der direkten Beobachtung einer Therapiesitzung über den Einwegspiegel konnten unterschiedliche Ziele verfolgt werden. Zum einen konnte das Einschalten/Konsultieren des Supervisors hinter dem Spiegel oder die Zuhilfenahme eines ganzen Teams («reflecting team») [Andersen, 1990] von Therapeuten als Intervention im Rahmen der Therapie genutzt werden. Zum anderen konnte dieses Setting auch zum Training von Therapeuten mit dem Ziel der Verbesserung ihrer therapeutischen Kompetenz genutzt werden. Supervisoren hatten nun die Möglichkeit, das therapeutische Geschehen direkt zu verfolgen und sich eine eigene Meinung darüber zu bilden. Hierdurch bot sich eine Gelegenheit zur Vermeidung von Nachteilen, die im Zusammenhang mit einseitigen retrospektiven Berichten des Supervisanden entstehen.

Verbale Berichte als einzige Quelle zur Einschätzung des Therapieverlaufs sind in mehrerlei Hinsicht problematisch. Die Berichte des Supervisanden können verzerrt oder ungenau sein. Stein et al. [1975] fanden heraus, dass Supervisoren den Schweregrad einer Störung je nach Darbietungsform unterschiedlich einschätzten. Nach ausschließlich verbalem Bericht eines Erstgesprächs durch Supervisanden schätzten die Supervisoren die Störung des Patienten im Vergleich zur eigenen Einschätzung über eine Aufzeichnung des Gesprächs als weniger gravierend ein. Die verzerrte Wiedergabe des Therapieverlaufs durch den Supervisanden kann verschiedene Gründe haben. Zum einen können verbale Berichte generell durch die subjektive Perspektive des Berichtenden verzerrt sein. Auf den psychotherapeutischen Ausbildungsbereich bezogen, sind gemäß des integrierten Entwicklungsmodells von Stoltenberg und Delworth [1987] gerade Therapeuten in Ausbildung in der ersten Entwicklungsstufe emotional und kognitiv überwiegend auf sich selbst fokussiert. Durch Supervision und Erfahrung erwerben sie im Laufe der Zeit immer mehr Fertigkeiten und Wissen, sodass sie schließlich weniger unsicher und selbstaufmerksam sind und die zweite Entwicklungsstufe erreichen. Dann ist es ihnen möglich, den Patienten stärker zu fokussieren und ihre therapeutischen Interventionen den Reaktionen des Patienten anzupassen. Der starke Selbstfokus in der ersten Stufe kann durchaus dazu führen, dass wichtige Problembereiche des Patienten übersehen oder kritische Interaktionen in der Therapie nicht wahrgenommen werden. Für diese Stufe betonen Stoltenberg und McNeill [1997] die Bedeutung einer strukturierten, auf den Ausbau von praktischen Fertigkeiten und theoretischem Wissen ausgerichteten Supervision, die von den Therapeuten in Ausbildung mit hoher Motivation in Anspruch genommen wird. Sie empfehlen für Supervisanden in den Entwicklungsstufen 1 und 2 direkte Beobachtung als Supervisionsmethode.

Neben der Möglichkeit, dass sich ein Supervisand als Folge seines Entwicklungsstands unabsichtlich seinem Supervisor gegenüber nicht ausreichend über Ereignisse in der Therapie

öffnet, ist es möglich, dass er dies bewusst nicht tut. Selbstöffnung des Supervisanden stellt eine entscheidende Voraussetzung für effektive Supervision dar. Selbstöffnung bedeutet, dass Supervisanden den Verlauf der Therapie realistisch schildern und alles berichten, was sie als wichtig für die Therapie erachten, sodass Supervisoren einen umfassenden Überblick erhalten. Nur unter diesen Umständen kann es Supervisoren gelingen, den Verlauf der Behandlung nachzuvollziehen, das Patientenwohl im Auge zu behalten und auf die Entwicklung und Bedürfnisse ihrer Supervisanden zu achten [Alonso und Ruttan, 1988; Ladany et al., 1996; Rønnestad und Skovholt, 1993]. Empirische Studien, die sich mit mangelnder Selbstöffnung von Supervisanden beschäftigt haben, fanden hohe Häufigkeiten dieses Phänomens. Von den von Yourman und Farber [1996] befragten Supervisanden gab knapp die Hälfte an, vermeintliche Behandlungsfehler manchmal bis häufig nicht mit ihren Supervisoren besprochen zu haben. In einer Studie von Reichelt et al. [2009] äußerten zwei Drittel der Supervisanden Schwierigkeiten damit, mit ihrem Supervisor über Unsicherheit bezüglich der eigenen therapeutischen Kompetenz oder über die Supervisionsbeziehung zu sprechen. Ähnlich hohe Werte von Nichtöffnung fanden Ladany et al. [1996]. 97% der von ihnen befragten Supervisanden konnten sich an mindestens eine Situation erinnern, in der sie sich ihrem Supervisor gegenüber nicht öffneten.

Diese Daten geben Hinweise darauf, dass eingeschränkte Selbstöffnung während der Supervision häufig vorkommt. Auch wenn derzeit nur wenige empirische Daten zu den Arten, den Anlässen und den Auswirkungen von Nichtöffnung vorliegen, ist doch zu vermuten, dass sich beispielsweise nicht berichtete und in der Konsequenz nicht besprochene therapeutische Fehler negativ auf das Therapieergebnis, die therapeutische Beziehung oder auch die therapeutische Entwicklung und Kompetenz des Supervisanden auswirken.

Mit Live-Supervision steht ein Supervisionsformat zur Verfügung, das dem Supervisor die direkte Beobachtung des Supervisanden und damit eine unzensierte Beurteilung der Therapiesitzung und des Entwicklungsstands des Supervisanden erlaubt. Dadurch wird es dem Supervisor ermöglicht, gezielter auf die therapeutische Kompetenz des Supervisanden Einfluss zu nehmen und seinem Entwicklungsstand angemessene, bedürfnisorientierte Impulse zur therapeutischen Weiterentwicklung zu geben.

Ein weiterer Aspekt, auf den Supervisoren über Live-Supervision Einfluss nehmen können, ist die «Behandlungsintegrität» [vgl. Weck et al., 2011]. Diese beinhaltet die Adhärenz des Therapeuten wie auch dessen Kompetenz. Die Adhärenz des Therapeuten ist gegeben, wenn er erwünschte Interventionen des Behandlungsmanuals einsetzt und unerwünschte vermeidet. Die Kompetenz bezieht sich auf die Fähigkeit und das Geschick des Therapeuten bei der Durchführung der Behandlung. Die Sicherstellung der Behandlungsintegrität ist eine wichtige Voraussetzung zur Herstellung der internen Validität von Therapiestudien [z.B. Schlosser, 2002]. Daher soll-

te die Behandlungsintegrität im Rahmen von Psychotherapiestudien, aber auch im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung, überprüft und sichergestellt werden. Als Bewertungsgrundlage zur Einschätzung der Behandlungsintegrität sollten Materialien mit hoher Informationsdichte verwendet werden wie z.B. Videoaufnahmen der Therapie [Waltz, et al., 1993]. Es ist davon auszugehen, dass Live-Supervision eine ebenso hohe Informationsdichte wie Therapieaufnahmen hat und durch die Feedbackoption des Supervisors gegebenenfalls geeigneter ist, Therapeuten dabei zu unterstützen, eine hohe Behandlungsintegrität beizubehalten oder auf deren Verbesserung hinzuwirken.

Die supervisorische Rückmeldung während der Live-Supervision

Supervisanden müssen bei Einwilligung zur Teilnahme an einer Live-Supervision gleichzeitig auch mit der damit verbundenen maximalen Selbstöffnung einverstanden sein. Während nun die maximale Selbstöffnung des Supervisanden ein immenser Bestandteil jedes Live-Supervisionsformats ist, gibt es je nach Art der Live-Supervision unterschiedliche Möglichkeiten für den Supervisor, auf das Wahrgenommene zu reagieren.

Anfangs war das ausschließliche Verfolgen von Therapiesitzungen durch den Einwegspiegel für Supervisoren oft frustrierend, weil sie den Therapeuten zwar beobachteten, ihm aber keine Rückmeldung zu seinem Verhalten in der Therapie geben konnten [Gordon, 1975]. Rückmeldungen konnten erst nach Beendigung der Therapiestunde oder erheblich später gegeben werden, was die Lernerfahrung der Therapeuten einschränkte [Gallant et al., 1991]. Im weiteren Verlauf entwickelten sich jedoch Formate, die eine direkte Rückmeldung des Supervisors ermöglichten wie z.B. «Phone-in»- und «Knock-on-the-door»-Supervision und «Bug-in-the-ear»-Live-Supervision.

Während der Phone-in-Supervision kann der Supervisor mittels Telefon im Therapieraum Kontakt zum Supervisanden aufnehmen, um ihm (und seinem Patienten) eine direkte Rückmeldung zu geben. Knock-on-the-door-Supervision bedeutet, dass der Supervisor gegebenenfalls an die Tür des Therapie-raums klopft, um sich mit dem Therapeuten zu besprechen. Ein weiteres Format ist Bug-in-the-ear-Supervision. Bei diesem Supervisionsformat trägt der Supervisand einen Kopfhörer in einem Ohr, über den er Hinweise des Supervisors empfangen kann. Der Supervisor verfolgt die Therapiesitzung entweder über den Einwegspiegel oder über eine Webcam. Das Verfahren wurde in den 1970er und 1980er Jahren insbesondere im Rahmen von Verhaltensmodifikationsprogrammen wie z.B. im Mutter-Kind-Training [Wimberger und Kogan, 1974; Gordon und Kogan, 1975] und im Training von Medizin- und Psychotherapiestudenten eingesetzt [Hunt, 1980].

Gemeinsam ist diesen 3 Verfahren, dass der Supervisor die Therapiesitzung in Echtzeit über den Einwegspiegel oder über eine Webcam beobachtet und gegebenenfalls direkt auf

Abb. 1. Schematischer Aufbau BITE-Supervision.

verschiedene Arten intervenieren und auf den Therapieverlauf Einfluss nehmen kann. Hierbei sind die Interventionsarten unterschiedlich invasiv und störend. Die Stimme des Supervisors im Ohr des Supervisanden führt bisweilen zu Irritationen (M. Linehan, persönliche Mitteilung), und dass die Knock-on-the-door-Supervision zu Störungen des Therapieablaufs führt, ist immanent [Scherl und Haley, 2000].

Weiterentwicklung der Live-Supervision

Um die Nachteile der Supervisionsformate Knock-on-the-Door, Phone-in und Bug-in-the-Ear zu reduzieren und die Vorteile weiterhin zu nutzen, entwickelten sich im Laufe der Jahre alternative Live-Supervisionsverfahren, die es dem Supervisor ermöglichen, die Therapie zu beobachten und an den entscheidenden Stellen weniger invasiv zu intervenieren. Dabei half die Weiterentwicklung der Computertechnik. Es entstanden neue Live-Supervisionsformate, deren zentrales Element die supervisorische Rückmeldung über einen Bildschirm darstellt. Der Bildschirm steht so im Therapieraum, dass er nur für den Therapeuten sichtbar ist und es dem Supervisor möglich ist, darüber mit dem Therapeuten zu kommunizieren. Der Supervisor beobachtet die Therapie dabei direkt entweder über einen Einwegspiegel oder eine Webcam. Es gibt verschiedene Arten der bildschirmbasierten Live-Supervision, die sich durch die Rückmeldung der Supervisoren unterscheiden. Die Technik von Follette und Callaghan [1995] sieht lediglich eine Linie auf dem Bildschirm vor, die sich je nach Leistung der Therapeuten nach oben oder unten bewegt und ihnen dadurch eine direkte Rückmeldung über die Zufriedenheit des Supervisors mit ihrem Verhalten gibt. Dabei werden keine spezifischen Vorschläge gemacht. Die «Bug-in-the-eye» (BITE)-Technik, die erstmals von Klitzke und Lombardo [1991] beschrieben wurde, sieht eine verbale Rückmeldung des Supervisors über den Bildschirm vor, die Interventions- und Verbesserungsvorschläge, Lob und wörtliche Formulierungen beinhalten kann (Abb. 1).

Anders als beim Bug-in-the-ear-Format, bei dem der Therapeut über einen Kopfhörer mit dem Supervisor verbunden ist und dessen Vorschläge hört – gleich, ob er die Hilfestellungen nutzen möchte oder nicht – kann der Therapeut während einer BITE-Supervision entscheiden, ob er auf den Bildschirm schauen und die Vorschläge nutzen möchte. Aus diesem Grund gilt bildschirmgestützte Live-Supervision als das am wenigsten invasive Verfahren [Smith, et al., 1998].

Empfohlener Ablauf der BITE-Supervision

Nach Scherl und Haley [2000] besteht eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung einer BITE-Supervision darin, dass der Supervisor seine Hinweise so kurz wie möglich formuliert (z.B. «Suchen Sie einen Weg, die Mutter anzusprechen»). Diese einfachen Hinweise sollen den Therapeuten an Strategien erinnern, die er schon gelernt hat, aber in der Situation nicht erinnert und anwendet.

Um die Nützlichkeit dieser Technik zu maximieren, sollte Folgendes beachtet werden:

- Die Hinweise des Supervisors sollten zwischen 7 und 9 Wörtern lang sein.
- Die Hauptaufgabe des Supervisors besteht darin, die Botschaften so eindeutig und klar wie möglich zu formulieren.
- Der Monitor sollte so im Therapieraum aufgestellt werden, dass die Patienten die Supervisionshinweise nicht sehen können.

Empfehlenswert ist, dass der Therapeut seinem Supervisor schon vorab ein Supervisionsprotokoll zukommen lässt. Hierüber sollten der aktuelle Stand der Therapie mit potenziellen Schwierigkeiten, die Ziele für die Sitzung und spezielle Anliegen an die Supervision zu entnehmen sein. Vor und nach der Therapiesitzung sollte Zeit für eine kurze Besprechung eingeplant werden. Dadurch ergibt sich folgender Ablauf einer BITE-Supervisionssitzung:

1. 5–10 min Vorbesprechung. Ziele: Schilderung des aktuellen Therapieverlaufs, Planung und/oder Besprechung der

Sitzungsziele, Wünsche des Therapeuten an den Supervisor, Anliegen für die Sitzung

2. 50 min Therapiesitzung

3. 5–10 min Nachbesprechung. Ziele: Klärung potenzieller Fragen des Therapeuten, Rückmeldung des Supervisors zur Sitzung, Planung/Ausblick auf weitere Sitzungen

Abhängig von der Bedürfnislage und der für die Durchführung der BITE-Supervision genutzten Software kann der Supervisor mittels Intranet im selben Gebäude supervidieren, in dem die Therapiesitzung stattfindet, oder mittels Internet von einem anderen Ort aus (z.B. der eigenen Praxis). Hinsichtlich der Datensicherheit sind bei einer BITE-Sitzung über das Internet 2 Aspekte zu berücksichtigen: Die Datenverschlüsselung der übertragenen Therapiesitzungen und die Sicherheit der genutzten Computer. Die Datensicherheit bei der Übertragung kann dabei durch verschiedene Maßnahmen gewährleistet werden. Im Rahmen der von uns genutzten BITE-Software findet die Kommunikation mit dem Web-Supervisionsserver grundsätzlich SSL-verschlüsselt statt. Die eigentliche Sitzungskommunikation (Video, Ton und Chat) findet nur zwischen den Clients auf beiden Computern statt. Die Sitzungskommunikation ist AES-256-Bit-verschlüsselt, was als sehr sichere Verschlüsselung gilt. Eine weitere mögliche Schwachstelle für die Datensicherheit stellen die genutzten Computer dar. Daher sollten diese regelmäßig gewartet und Viren sowie Spyware gegebenenfalls entfernt werden.

Herausforderungen für den Supervisor

Im Unterschied zu nachträglicher Supervision folgt ein Live-Supervisor der Therapiesitzung direkt. Dies bietet den Vorteil, den Patienten nicht nur mit den Augen des Supervisanden zu sehen, sondern sich einen eigenen Eindruck zu verschaffen und hierüber den Supervisanden gezielter und effektiver supervidieren zu können. Der Supervisand kann direkt bei der Anwendung bestimmter Interventionen oder der Bewältigung von schwierigen Situationen unterstützt werden. Die großen Vorteile der BITE-Supervision stellen gleichzeitig eine Herausforderung für den Supervisor dar. Ähnlich wie während einer Therapiesitzung sollte der Supervisor direkt reagieren. Er sollte aber neben der Perspektive des Patienten auch den Therapeuten im Blick behalten und darauf achten, dass dieser nicht überfordert wird. Im Rahmen des BITE-Formats ist es möglich, direkt in den Ablauf der Therapie einzugreifen. Dies ist auch bis zu einem gewissen Grad erwünscht. Wichtig ist dabei, den Entwicklungs- und Wissenstand des Supervisanden zu berücksichtigen und keine Interventionen vorzuschlagen, die nicht bekannt sind. Ausbildungskandidaten äußern zumindest anfänglich häufig Bedenken oder Angst davor, während der Therapie vom Supervisor beobachtet zu werden. Gerade zu Beginn der Therapieausbildung gibt es häufig noch Kompetenzdefizite und große Unsicherheiten bezüglich des Einnehmens der therapeutischen

Rolle. Diese werden durch die Vorstellung, an einer BITE-Supervision teilzunehmen, noch verstärkt. Hier könnte es von Vorteil sein, dass zumindest eine herkömmliche Supervisionsitzung vor der ersten BITE-Supervision stattfindet, die der Supervisor dazu nutzen kann, um eine Beziehung zum Supervisanden herzustellen und Vertrauen aufzubauen. Er sollte mögliche Ängste vor der BITE-Supervision thematisieren, normalisieren und den Nutzen dieses Verfahrens herausstellen. Der Bewertungsaspekt sollte dabei in den Hintergrund treten vor der Möglichkeit, über eine gemeinschaftliche und respektvolle Zusammenarbeit eine bessere Patientenbehandlung zu erreichen, dabei gleichzeitig ein größeres Ausmaß an Unterstützung und Verständnis zu erhalten und sicherer in der Anwendung neuer Interventionen zu werden.

Nach Stoltenberg und McNeill [1997] bestehen die Supervisionsbedürfnisse eines Therapeuten in Ausbildung im ersten Stadium seiner therapeutischen Entwicklung im Lernen von neuen Techniken und in dem Wunsch, die eigene Unsicherheit in deren Anwendung zu reduzieren. Gerade hier könnte BITE-Supervision sehr hilfreich sein, da der Supervisor mit gezielter Unterstützung und positiver Rückmeldung bei der Durchführung von Techniken zur Reduktion von Unsicherheit und damit zur Befriedigung von Supervisionsbedürfnissen beitragen kann. Die zweite Entwicklungsstufe zeichnet sich durch ein erhöhtes Autonomiebedürfnis des Therapeuten aus bei gleichzeitig weiterhin bestehender Abhängigkeit von der Unterstützung des Supervisors im Umgang mit schwierigen Patienten und unbekannten Techniken. Auch in diesem Stadium könnte die Anwendung der BITE-Supervisionsmethode sehr nutzbringend sein, da der Supervisand mit dem Supervisor vor einer BITE-Supervision besprechen kann, welche Erwartungen er an den Supervisor hat (z.B. speziell bei der Durchführung einer schwierigen Technik zu helfen). Generell ist es bei der Anwendung der BITE-Methode wichtig, dass sich der Supervisor auf die Bedürfnisse und den Wissenstand des Supervisanden einstellt und dessen persönlichen therapeutischen Stil fördert. Durch die BITE-Supervision bekommt er direkte Einblicke in die Stärken und Schwächen des Therapeuten und kann die Supervision effektiver gestalten. Im Hinblick auf die Herausforderungen, denen ein Supervisor im Zusammenhang mit der Durchführung einer BITE-Supervision gegenübersteht, ist es empfehlenswert, eine Schulung für Supervisoren hinsichtlich der Verwendung der BITE-Methode anzubieten.

Effektivität von Live-Supervision

Im Hinblick auf die Effektivität von Live-Supervision gibt es neben empirischen Arbeiten zahlreiche Aussagen von Experten [Goodyear und Nelson, 1997; Montalvo, 1973], die davon ausgehen, dass der Patient im Rahmen von Live-Supervision stärker geschützt wird und dabei stärkeres stellvertretendes Lernen stattfindet als beim nachträglichen ver-

balen Bericht. In der Empirie gibt es Hinweise auf eine Verbesserung der therapeutischen Allianz, der Behandlungskompetenz und der Behandlungsadhärenz unter Live-Supervision [Frankel und Piercy, 1990; Kivlighan, et al., 1991; Smith et al., 2012]. Diese Studien sind die einzigen uns bekannten methodisch fundierteren Untersuchungen, die die Effektivität von Live-Supervision untersuchten.

Kivlighan et al. [1991] verglichen in einer quasiexperimentellen Untersuchung Live-Supervision mit nachträglicher videogestützter Supervision im Rahmen des Trainings von berufsunerfahrenen Therapeuten in interpersoneller dynamischer Psychotherapie. Die Live-Supervision wurde mittels Einwegspiegel durchgeführt, hinter dem der Supervisor die Therapiesitzung beobachtete und ca. 2-mal pro Sitzung in das Therapiezimmer kam, um den Therapieprozess zu kommentieren und Interventionsvorschläge zu machen (Knock-on-the-door). Es zeigte sich, dass Patienten, die unter Live-Supervision behandelt wurden, die therapeutische Allianz als enger und die Sitzungen insgesamt als härter («rougher») einschätzten als Patienten unter Video-Supervision. Außerdem gaben die Therapeuten an, unter Live-Supervision mehr unterstützende und beziehungsfördernde Interventionen zu nutzen. Alle diese Punkte stellen nach Meinung der Autoren Lernziele der interpersonellen dynamischen Psychotherapie dar. Diese Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass Live-Supervision zu einer Erhöhung der Behandlungskompetenz und einer Verbesserung der therapeutischen Allianz beitragen kann. Einschränkungen der Studie bestehen in der alleinigen Nutzung von Selbsteinschätzung und der fehlenden Randomisierung.

Neben der Studie von Kivlighan et al. [1991] gibt es weitere Hinweise darauf, dass Live-Supervision zu einer Verbesserung der therapeutischen Allianz führen kann. Frankel und Piercy [1990] untersuchten den Einfluss von beziehungsfördernden Verhaltensweisen des Supervisors auf das Therapeuten- und Klientenverhalten während der Phone-in-Supervision. Sie fanden, dass kompetentes beziehungsaufbauendes Verhalten des Supervisors aus den Kategorien «Unterstützen» und «Unterrichten» signifikant positiv mit einer Erhöhung der Kompetenz im Ausführen dieser Verhaltensweisen durch die Supervisanden korreliert war. Dies führte wiederum dazu, dass die einzelnen Klienten (Familienmitglieder) entweder schon bestehendes kooperatives Verhalten aufrecht erhielten oder mehr kooperative Verhaltensweisen zeigten. Ein Zusammenhang mit dem Therapieergebnis wurde allerdings nicht untersucht. Dennoch zeigt diese Studie beeindruckend, dass Live-Supervision bei entsprechender supervisorischer Qualität die Kompetenz der Supervisanden beim Aufbau der therapeutischen Allianz erhöht, was zu mehr Kooperation seitens der Klienten führt und sich damit positiv auf die therapeutische Allianz auswirkt.

Smith und Kollegen [2012] zeigten in einer aktuellen Studie, dass Live-Supervision die Behandlungsintegrität nach Besuch eines Workshops erhöhen kann. 97 Supervisanden wur-

den 3 Bedingungen (Bug-in-the-ear-Supervision; nachträgliche Video-Supervision und keine Supervision) randomisiert zugeteilt, nachdem sie einen 2-tägigen Workshop in «Motivational Interviewing» (MI) besucht hatten. Workshop-Teilnehmer unter Bug-in-the-ear-Supervision zeigten eine signifikant höhere Behandlungsintegrität als Workshop-Teilnehmer ohne Supervision in den Kategorien Empathie und «MI spirit» (hierunter versteht man Therapeutenverhalten, das die Autonomie und die Änderungsbereitschaft des Klienten unterstützt und eine kollaborative Stimmung in den Therapiesitzungen fördert). Bug-in-the-ear-Supervision reduzierte außerdem signifikant die mit MI inkompatiblen Verhaltensweisen. Teilnehmer in dieser Bedingung hatten im Vergleich zu Teilnehmern in den beiden anderen Bedingungen ein signifikant höheres Reflektionen-Fragen-Verhältnis. Die nachträgliche Video-Bedingung führte zu mehr komplexen Reflektionen als die Bug-in-the-ear-Supervision. Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass die Bug-in-the-ear-Supervision Therapeuten effektiv dabei unterstützen kann, neu gelernte therapeutische Strategien nach einer Workshop-Teilnahme anzuwenden. Diese Studie ist unseres Wissens die einzige, die ein randomisiertes kontrolliertes Design nutzt. Die Wirksamkeit von Live-Supervision hinsichtlich der Erhöhung der Therapieadhärenz konnte somit erstmals belegt werden. Für weitere Operationalisierungen der Effektivität dieser Intervention wie beispielsweise Einfluss auf die therapeutische Kompetenz, die therapeutische Beziehung oder auch das Therapieergebnis, steht der Nachweis im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie noch aus.

Im Hinblick auf die Effektivität von bildschirmbasierter Live-Supervision liegen auch für diese relativ neue Supervisionsmethode vielversprechende erste Ergebnisse vor, wenn auch die Datenlage insgesamt sehr eingeschränkt ist und bisher auf Einzelfallanalysen und Erfahrungsberichten basiert. In einer qualitativen Einzelfallstudie verglich Thurber [2005] Bug-in-the-ear-, Phone-in- und bildschirmbasierte Live-Supervision hinsichtlich ihres Einflusses auf die Kompetenz von Familientherapeuten, Patientenverhalten und Therapieerfolg. Dabei wirkten sich die Bug-in-the-ear- und die bildschirmbasierte Live-Supervision am effektivsten auf das Therapeutenverhalten aus. Die unter diesen Bedingungen supervidierten Therapeuten zeigten zuvor definierte Zielverhaltensweisen häufiger. Im Gegensatz zur Bug-in-the-ear-Supervision führte allerdings lediglich bildschirmbasierte Supervision zu einem nachhaltigen Lernerfolg des Therapeuten. Diese Erhöhung der therapeutischen Kompetenz ging einher mit einer Verbesserung des Therapieergebnisses (Abbau von Problemverhalten der Klienten, höhere Problemlösefähigkeiten des Paares). Aufgrund der kleinen Stichprobengröße von 3 Therapeuten und 6 Patienten ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse allerdings stark eingeschränkt.

In zukünftigen Studien zur Effektivität von BITE-Supervision sollte empirisch untersucht werden, welche therapeutischen Kompetenzen mit dieser Supervisionsmethode beson-

ders gut gefördert werden können. Während einer BITE-Supervision können nur kurze schriftliche Rückmeldungen gegeben werden. Vermutlich unterstützt BITE-Supervision Therapeuten deshalb am besten bei der Durchführung von konkreten therapeutischen Techniken (z.B. Exposition, kognitive Umstrukturierung) und bei der Ressourcenaktivierung des Patienten. Es kann davon ausgegangen werden, dass positives Therapeutenverhalten über eine sofortige Rückmeldung effektiver verstärkt werden kann als über eine nachträgliche Rückmeldung bei herkömmlicher Supervision. Dies könnte zu einem größeren Lerneffekt der Therapeuten beitragen. Die Methode erscheint hingegen weniger geeignet für längere Rückmeldungen wie z.B. zum Aufbau von Kompetenzen, über die der Therapeut (noch) nicht verfügt, zur Fallkonzeptualisierung oder zum Reflektieren der therapeutischen Gesamtstrategie, der eigenen Sprache und therapeutischen Haltung (z.B. interpersonelles Verhalten). Um die Frage beantworten zu können, ob und unter welchen Umständen bildschirmbasierte Live-Supervision effektiver ist als herkömmliche Supervision, bedarf es weiterer randomisierter kontrollierter Studien.

Akzeptanz von Live-Supervision

Die in den Studien von Kivlighan et al. [1991], Frankel und Piercy [1990] sowie Smith et al. [2012] genutzten Live-Supervisionsformate gelten durch das für den Therapeuten unkontrollierbare Einwirken des Supervisors auf die Therapiesitzung als invasiv [Scherl und Haley, 2000]. Wenn man die verschiedenen Formate einzeln betrachtet, ergibt sich jedoch ein differenzierteres Bild. Je nach Format zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse zur Akzeptanz und Zufriedenheit der Nutzer.

Um die Nutzerakzeptanz einer Supervisionsmethode beurteilen zu können, sollte das Konzept des jeweiligen Verfahrens genauer betrachtet werden. Für den Bereich der Supervisionsforschung liegt kein Modell vor, das erklärt, wie es dazu kommt, dass verschiedene Supervisionsmethoden durch Therapeuten und Supervisoren akzeptiert werden. Da es sich bei Live-Supervision um eine innovative Technologie handelt, kann als Grundlage zur Bestimmung der Akzeptanz das Technologie-Akzeptanz-Modell herangezogen werden [Davis, et al., 1989]. Dieses Modell erklärt die Nutzung von Technologien als Zusammenspiel folgender Faktoren: wahrgenommene Nützlichkeit, Bedienbarkeit, Nutzungsintention und Einstellung zur Nutzung. Es sollte überlegt werden, was diese Faktoren inhaltlich im Rahmen der Live-Supervision bedeuten. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass die Einstellung zur Nutzung durch eventuell bestehende Befürchtungen der Therapeuten hinsichtlich der therapeutischen und Supervisionsbeziehung und die wahrgenommene Nützlichkeit unter anderem durch das Wohlbefinden während der Durchführung beeinflusst wird.

Es liegen vereinzelte empirische Arbeiten für die verschiedenen Live-Supervisionsformate vor, die verschiedene Aspekte der Akzeptanz untersuchten und erste Aussagen darüber erlauben. Um das Wohlbefinden der Therapeuten während einer Live-Supervisionsitzung zu untersuchen, erfassten Bistline et al. [1985] in 6 Phone-in-Supervisionen, inwieweit sich die Interventionen des Supervisors auf das Verhalten der Supervisanden in den Kategorien Ängstlichkeit, Reaktivität und Echtheit auswirken. Sie nutzten Fremd- und Selbstbeurteilung von Therapieausschnitten jeweils 2 min vor und nach einer Intervention. In den beurteilten Verhaltensdimensionen vor und nach einer Intervention wurden keine Unterschiede gefunden. Daraus ziehen die Autoren die Schlussfolgerung, dass sich die Supervisanden während der Phone-in-Supervision nicht unwohl fühlten. Allerdings wurden die von ihnen genutzten Ratinginstrumente nicht beschrieben und auf das Verhalten der Patienten wurde nicht eingegangen. Ein weiteres Defizit der Studie besteht in der sehr geringen Anzahl von beobachteten Verhaltensdimensionen und von beurteilten Phone-in-Sitzungen. Auf dieser Grundlage ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse deutlich eingeschränkt.

Die Interventionen des Supervisors während der Knock-on-the-door-Supervision haben nach Expertenmeinung einen eher negativen und störenden Einfluss auf Therapeuten und Patienten und deren Zufriedenheit mit der Supervision. Die für den Patienten deutliche Intervention des Supervisors kann den Therapeuten in Augen seines Patienten inkompetent und hilfsbedürftig erscheinen lassen und zum Verlust von Ansehen des Therapeuten führen [Scherl und Haley, 2000]. Hierzu liegen allerdings keine empirischen Studien vor.

Ein etwas anderes Bild zeigt sich für die Bug-in-the-ear-Supervision, bei der die Intervention des Supervisors für den Patienten nicht sichtbar ist. Golsan [1976] fand heraus, dass Supervisoren, die dieses Supervisionsformat häufig genutzt haben, planten, es auch weiter zu nutzen, was für eine hohe Nutzungsintention und damit hohe Akzeptanz des Verfahrens spricht. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch Hunt [1980], der die Akzeptanz von Bug-in-the-ear-Supervision bei 34 Medizinstudenten und ihren psychiatrischen Patienten während ihres Erstgesprächs untersuchte. 85 % der Patienten gaben an, vor dem Interview aufgrund des Supervisionssettings ängstlich gewesen zu sein. Während des Gesprächs fühlten sie sich dagegen nicht mehr gestört und hielten auch keine Informationen zurück. Die restlichen Patienten fühlten sich während der ersten 15 Gesprächsminuten gestört, danach nicht mehr. Nur ein Patient fühlte sich durchgehend gestört. Viele Patienten schätzten es, dass mehrere Personen ihr Problem bearbeiteten. Ähnlich waren die Reaktionen der Therapeuten: 76 % waren vor dem Gespräch besorgt, was während des Gesprächs abnahm. 8 % gaben an, während des Gesprächs durch die Kommentare abgelenkt worden zu sein, technische Probleme gehabt zu haben und/oder sich mit dem Kopfhörer im Ohr unwohl gefühlt zu haben. Die Mehrzahl schätzte jedoch die Rückmeldungen und Unterstützung der Supervisoren. Trotz

dieser mehrheitlich positiven Rückmeldungen und Verbesserungen im Vergleich zu anderen Live-Supervisionsformen werden für den Bug-in-the-ear-Ansatz einige Nachteile beschrieben. Zeitgleich Informationen vom Supervisor zu erhalten und auf den Patienten achten zu müssen kann den Therapeuten ablenken. Durch diese möglicherweise empfundene Überforderung kann sich die Ängstlichkeit des Therapeuten erhöhen [Salvendy, 1984]. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Knock-on-the-door-, Phone-in- und Bug-in-the-ear-Supervisionen zwar überwiegend von Nutzern akzeptiert werden, aber einige verfahrensimmanente Nachteile dazu führen, dass sie zumindest von einigen Patienten und Therapeuten als störend und invasiv empfunden werden.

Akzeptanz von BITE-Supervision

Die BITE-Supervisionsmethode wurde in den letzten Jahren in zahlreichen stationären und ambulanten Einrichtungen implementiert und regelmäßig eingesetzt. Erfahrungsberichte weisen auf die große Akzeptanz des Verfahrens bei Supervisoren, Therapeuten und Patienten hin [Bohus, 2007]. Die wenigen vorhandenen Studien zur Akzeptanz von BITE-Supervision unterstützen diese Erfahrungen. In einer qualitativen Einzelfallanalyse von Scherl und Haley [2000] wurde BITE-Supervision mit Phone-in- und Knock-on-the-door-Supervision bei 6 Familientherapeuten in Ausbildung verglichen. Die Teilnehmer zeigten sich mit der BITE-Supervision am zufriedensten. Auch beide Studiensupervisoren schätzten die BITE-Supervision als überaus nützlich ein.

In einer eigenen an der verhaltenstherapeutischen Ambulanz der Goethe-Universität Frankfurt durchgeführten Pilotstudie (Jakob et al., in Vorbereitung) wurde die Akzeptanz der BITE-Supervision anhand einer größeren Anzahl von Sitzungen untersucht. Dabei wurde die BITE-Technik für Teilnehmer der Studie zur Verfügung gestellt und aufgebaut. Im Anschluss an eine BITE-Supervisionssitzung wurden die Therapeuten in Ausbildung, ihre Patienten und die Supervisoren gebeten, verschiedene auf die Sitzung bezogene Aussagen auf einer 4-stufigen Likert-Skala (1 = stimme gar nicht zu, 2 = stimme eher nicht zu, 3 = stimme eher zu, 4 = stimme völlig zu) zu treffen. Der Fragebogen basiert auf der «Purdue Live Observation Satisfaction Scale» [Sprenkle, et al., 1982] und wurde hinsichtlich bestehender Einstellungen gegenüber BITE-Supervision ergänzt, die sich negativ auf die Akzeptanz auswirken können. Der verwendete Fragebogen enthält Items zur wahrgenommenen Nützlichkeit, zum Schweregrad der Störung, zum Wohlbefinden, zur Nutzungsintention, zur Anwendbarkeit, zur geistigen Anstrengung und zur therapeutischen Beziehung während der BITE-Supervisionssitzung.

Insgesamt wurden auf diese Weise 25 BITE-Supervisionssitzungen mit 10 Patienten, 6 Therapeuten in Ausbildung und 5 Supervisoren beurteilt. Tabelle 1 zeigt die Mittelwerte, Standardabweichungen und den Range bestimmter Items zu

den verschiedenen Aspekten der Akzeptanz beurteilt durch Therapeut, Patient und Supervisor.

Insgesamt zeigte sich eine hohe Akzeptanz unter Patienten, Therapeuten und Supervisoren. Alle 3 Nutzergruppen erlebten die BITE-Supervision als angenehm und den Einsatz eines Computers und/oder die Anwesenheit eines Supervisors als wenig störend. Therapeuten und Supervisoren stimmten der Aussage, dass die Therapiesitzung durch die Beobachtung des Supervisors effektiver werde, im Vergleich zu den Patienten durchschnittlich stärker zu. Alle 3 Gruppen hatten nicht den Eindruck, dass sich die BITE-Supervision negativ auf die therapeutische Beziehung auswirkte. Therapeuten und Supervisoren gaben an, BITE-Supervision häufiger nutzen zu wollen, wenn die Technik dafür zur Verfügung stünde.

Diese Ergebnisse geben einen Hinweis darauf, dass BITE-Supervision von Therapeuten, Supervisoren und Patienten akzeptiert und als effektiv und hilfreich erlebt wird. Es zeigte sich eine hohe wahrgenommene Nützlichkeit, ein niedriger Grad an Störung, ein hohes Wohlbefinden, eine hohe Nutzungsintention und eine als einfach beurteilte Anwendbarkeit in allen 3 Nutzergruppen. Die geistige Anstrengung wird heterogen beurteilt und ein negativer Einfluss auf die therapeutische Beziehung als niedrig eingeschätzt.

BITE-Supervision im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituts

Die oben genannte Pilotstudie an der Verhaltenstherapieambulanz Frankfurt untersuchte weiterhin, inwieweit sich das BITE-Format in das ambulante psychotherapeutische Setting und in den Ablauf eines verhaltenstherapeutischen Ausbildungsinstituts integrieren lässt. Gerade für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten, die 150 h Supervision beinhaltet, kann eine solche Erweiterung der herkömmlichen Supervision attraktiv sein. Für den Therapeuten in Ausbildung bietet die BITE-Supervision den Vorteil, dass die Therapiesitzung zeitlich simultan mit der Supervisionssitzung abläuft. Allerdings wird dieser zeitliche Vorteil dadurch ausgeglichen, dass es für Therapeuten häufig recht aufwendig ist und Flexibilität erfordert, einen gemeinsamen Termin mit Supervisor und Patient zu finden. Für Supervisoren ist die BITE-Supervision attraktiv, da sie es ermöglicht, über eine Internetverbindung zu supervidieren. Dies könnte besonders reizvoll für Supervisoren sein, die an anderen Orten arbeiten als die Supervisanden. Für die auszubildenden Therapeuten sind somit auch überregional Experten für verschiedene Störungsbilder als Supervisoren verfügbar.

In der praktischen Umsetzung lassen sich allerdings auch organisatorische Probleme feststellen. Eine übliche Einzelsupervisionssitzung dauert 45 min, eine im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung durchgeführte Einzeltherapiesitzung hingegen 50 min. Zusammen mit der zur BITE-Supervision gehörenden Vor- und Nachbesprechung von jeweils mindes-

Tab. 1. Deskriptive Werte verschiedener Akzeptanzitems

	n	MW (S)	Ablehnung (1–2), %	Zustimmung (3–4), %
Wahrgenommene Nützlichkeit				
T: Nutzung von BITE steigert Effektivität meiner Arbeit	25	3,6 (0,57)	4	96
S: Nutzung von BITE steigert Effektivität meiner Arbeit	25	3,5 (0,71)	4	96
P: Therapiesitzung effektiver durch Zuschauen des Supervisors	23	2,8 (0,65)	30	70
Grad an Störung				
T: Anwesenheit eines Computers war störend	25	1,6 (0,71)	88	12
S: Störung durch Nutzung des Computers zur Durchführung von BITE	25	1,3 (0,61)	92	8
P: Anwesenheit eines Computers war störend	24	1,4 (0,58)	96	4
P: fühlte mich gestört durch Beobachtung des Supervisors	24	1,3 (0,44)	100	0
Wohlbeinden				
T: Durchführung von BITE war angenehm	25	3,4 (0,71)	12	88
S: Durchführung von BITE war angenehm	25	3,8 (0,44)	0	100
P: Therapiesitzung mit Live-Supervision war angenehm	23	3,5 (0,79)	9	91
Nutzungsintention				
T: Würde BITE häufiger nutzen, wenn Technik zur Verfügung stünde	25	3,5 (0,82)	12	88
S: Würde BITE häufiger nutzen, wenn Technik zur Verfügung stünde	25	3,4 (0,71)	4	96
Anwendbarkeit				
T: Anwendung und Bedienung von BITE ist einfach	25	3,2 (0,50)	4	96
S: Anwendung und Bedienung von BITE ist einfach	25	3,6 (0,82)	20	80
Geistige Anstrengung				
T: Durchführung von BITE erfordert große geistige Anstrengung	25	2,7 (0,90)	36	64
T: Schwierig, Aufmerksamkeit zwischen Bildschirm und Patient zu teilen	25	2,0 (0,68)	80	20
S: Durchführung von BITE erfordert große geistige Anstrengung	25	2,4 (1,2)	48	52
S: Schwierig, Aufmerksamkeit konstant zu halten	25	1,3 (0,56)	96	4
Therapeutische Beziehung				
T: BITE wirkt sich negativ auf die therapeutische Beziehung aus	25	1,5 (0,71)	88	12
S: BITE wirkt sich negativ auf die therapeutische Beziehung aus	25	1,4 (0,58)	96	4
P: Live-Supervision wirkt sich negativ auf Kontakt mit dem Therapeuten aus	24	1,5 (0,72)	96	4
MW = Mittelwert; S = Standardabweichung. T = Therapeut; S = Supervisor; P = Patient. Die Items wurden auf einer 4-stufigen Likert-Skala eingeschätzt; bei den Prozentwerten wurden für «Ablehnung» die Ausprägungen 1 (stimme gar nicht zu) und 2 (stimme eher nicht zu) zusammengefasst; für «Zustimmung» wurden die Ausprägungen 3 (stimme eher zu) und 4 (stimme völlig zu) zusammengefasst.				

tens 5 min ergibt sich ein zeitlicher Mehraufwand für den Supervisor von mindestens 15 min sowie eine daraus entstehende mögliche Veränderung der üblichen Stundentaktung für Sitzungen. Um BITE-Supervision als attraktive Ergänzung der herkömmlichen Supervisionsmethoden in der Psychotherapieausbildung zu etablieren, sollte über Lösungen dieses Problems nachgedacht werden. Eine mögliche Lösung könnte in der finanziellen Kompensation des zeitlichen Mehraufwands bestehen. Eine BITE-Supervisionssitzung könnte beispielsweise standardmäßig mit 1,5 Supervisionszeiteinheiten (67,5 min) veranschlagt und entsprechend von den Therapeuten in Ausbildung bezahlt werden. Im Rahmen der Ausbildung würde eine BITE-Sitzung mit 1,5 Supervisionsstunden anerkannt werden, was auch angesichts des zeitlichen Mehraufwands und des großen Lernpotenzials, das dieses Format bietet, gerechtfertigt erscheint.

Für die Implementierung der BITE-Technik werden zunächst 2 dem gegenwärtigen technischen Standard entsprechende Computer mit mindestens 4 GB Arbeitsspeicher be-

nötigt. Einer der Computer sollte ein Laptop sein, da er im Therapieraum aufgestellt wird und nicht zu viel Raum einnehmen sollte. Eine weitere Voraussetzung ist eine Internet- oder Intranetverbindung, die den Kontakt der beiden Computer ermöglicht. Weiterhin wird eine externe Webcam benötigt. Optional ist die Nutzung eines externen Raummikrofons, falls das interne Mikrofon des Laptops für eine gute Sprachqualität auf der Supervisandenseite nicht ausreicht. Schließlich wird für die Durchführung einer BITE-Supervision eine Software benötigt, die verbale und schriftliche Kommunikation sowie Videoübertragung ermöglicht. Im Rahmen unseres Projekts haben wir eine entsprechende Software benutzt, die von der Firma Support IT (Freiburg i.Br., Deutschland) entwickelt wurde und sich aktuell in der Testphase befindet. Die finanziellen Konditionen sind noch nicht final geklärt, da dieses System derzeit primär unter wissenschaftlichen Bedingungen getestet bzw. ausgewählten Ausbildungsinstituten zur Verfügung gestellt wird. Unserer Beobachtung nach ist die BITE-Technik unter bestimmten Voraussetzungen wie z.B.

einer funktionierenden Tonanlage, guter Raumakustik, konstanter Internetverbindung und regelmäßiger Wartung der genutzten Computer sehr zuverlässig. In einer Ambulanz mit wechselnder Belegung der Therapieräume kann es durch die verschiedenen Therapeuten zu Veränderungen an den Ton- und Videoanlagen der Räume kommen. Um das Risiko dafür zu minimieren, ist es sehr empfehlenswert, einen ausschließlich für BITE-Supervisionen genutzten Raum einzurichten.

Schlussfolgerung

Die beschriebenen Studien und die vorgestellten eigenen Daten geben erste Hinweise auf die Effektivität und Akzeptanz von BITE-Supervision. Verschiedene Studien zeigen eine Erhöhung der therapeutischen Effektivität durch Live-Supervision. So kann durch diese Methode beispielsweise die therapeutische Beziehung gestärkt und die therapeutische Kompetenz und Adhärenz erhöht werden [Frankel und Piercy, 1990; Kivlighan et al., 1991; Smith et al., 2012]. Auch für die BITE-Supervisionsmethode als eine Form von Live-Supervision gibt es diesbezüglich erste Hinweise [Thurber, 2005]. Allerdings ist die Datenlage bisher sehr eingeschränkt. Um verlässliche Aussagen bezüglich der Vorteile dieser Methode treffen zu können, stehen nach wie vor randomisierte kontrollierte Studien aus, die BITE-Supervision als Supervisionsformat mit direktem Feedback mit nachträglicher Supervision hinsichtlich verschiedener Aspekte der Effektivität vergleichen. Hierbei wäre es beispielsweise von Interesse, empirisch zu untersuchen, ob während einer BITE-Supervision Ressourcen und kompetentes Verhalten des Therapeuten nachhaltiger aktiviert werden können als durch nachträgliche Supervision. Welche therapeutischen Kompetenzen können über diese Methode gezielt gefördert werden? BITE-Supervision hilft Therapeuten direkt bei der Durchführung konkreter Interventionen, nachträgliche Supervision unterstützt bei der Fallkonzeptualisierung und Reflexion des therapeutischen Vorgehens. Es wäre sehr aufschlussreich, im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie zu untersuchen, welchen Einfluss eine Kombination aus beiden Methoden auf die Effektivität im Vergleich zu BITE- und nachträglicher Supervision alleine hat. Unserer Erfahrung nach stellt BITE-Supervision eine wirkungsvolle Methode dar, die nachträgliche Supervision nicht ersetzen kann, sondern eher als sinnvolle Ergänzung dieser zu verstehen ist. Weiterhin können zukünftige

Studien die Frage klären, welche Supervisionsbedürfnisse BITE-Supervision befriedigt. Sind darüber eher Therapeuten in Ausbildung anzusprechen, die ein hohes Bedürfnis nach einer strukturierten und Kompetenzen vermittelnden Supervision haben oder auch Therapeuten auf einer höheren Entwicklungsstufe? Ebenso aufschlussreich könnte ein differenzierter Vergleich verschiedener Live-Supervisionsmethoden sein hinsichtlich Invasivität, differenzieller Indikation (für welchen Therapeuten ist welcher Rückmeldungskanal (schriftlich/mündlich) besser geeignet?), Aufmerksamkeitsprozessen sowie Chancen und Grenzen der Verfahren.

Im Hinblick auf die Akzeptanz von BITE-Supervision liegen verschiedene Berichte vor, die Hinweise auf eine hohe Nutzerakzeptanz geben. Die Teilnehmer unserer eigenen Untersuchung beurteilten verschiedene Akzeptanzaspekte sehr positiv, sodass viele Nachteile bzw. Vorurteile, die für andere Formen der Live-Supervision noch bestanden, für BITE-Supervision nicht relevant zu sein scheinen. Hierzu zählen beispielsweise das Wohlbefinden während der Sitzung und negative Einflüsse auf die therapeutische Beziehung.

Die rasante Entwicklung innovativer Technologien und deren kostengünstiger Einsatz bieten eine Reihe von faszinierenden Möglichkeiten für die psychotherapeutische Ausbildung und Supervision. BITE-Supervision ermöglicht es, die Interventionen des Supervisors synchron zum Therapiegeschehen aufzuzeichnen. Hieraus ergeben sich viele interessante Fragestellungen hinsichtlich supervisorischer Kompetenz und deren Implikationen für die psychotherapeutische Kompetenz und die Effektivität von Supervision. Die Supervisionsforschung ist diesbezüglich noch in ihren Anfängen. BITE-Supervision kann einen wichtigen Beitrag zur Basierung der Evidenz von psychotherapeutischer Supervision leisten und damit deren Professionalisierung als evidenzbasierte Trainingsmethode vorantreiben. Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass BITE-Supervision eine vielversprechende Ergänzung für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten darstellen könnte, die wichtige Impulse für die Supervisionsforschung geben kann und auch in der Praxis häufiger eingesetzt werden sollte.

Disclosure Statement

Die Autoren erklären hiermit, dass keine Interessenskonflikte vorliegen.

Literatur

Alonso A, Ruttan SJ: Shame and guilt in psychotherapy supervision. *Psychotherapy* 1988;25:576–581.
Andersen T: Das reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über Dialoge. Dortmund, Modernes Lernen, 1990.

Bernard JM, Goodyear RK: Fundamentals of Clinical Supervision, ed 4. Boston, Allyn and Bacon, 2009.
Bistline JL, Matthews CO, Frieden FP: The impact of live supervision on supervisees' verbal and nonverbal behavior: a preliminary investigation. *J Marital Fam Ther* 1985;11:203–205.

Bohus M: Neue Konzepte zur Supervision in der psychiatrischen Psychotherapie: Videobasierte Direktsupervision. *Nervenarzt* 2007;78:321.
Davis FD, Bagozzi RP, Warshaw PR: User acceptance of computer technology: a comparison of two theoretical models. *Manag Sci* 1989;35:982–1003.

- Follette WC, Callaghan GM: Do as I do, not as I say: a behavior-analytic approach to supervision. *Prof Psychol Res Pr* 1995;26:413–421.
- Frankel BR, Piercy FP: The relationship among selected supervisor, therapist, and client behaviors. *J Marital Fam Ther* 1990;16:407–421.
- Gallant JP, Thyer BA, Bailey JS: Using bug-in-the-ear feedback in clinical supervision. *Res Soc Work Pract* 1991;1:175–187.
- Golsan WG: Study of the utilization of the 'bug in the ear' in a counselor training practicum. *Behav Eng* 1976;3:76.
- Goodyear RK, Nelson ML: The major formats of psychotherapy supervision; in Watkins CE (ed): *Handbook of Psychotherapy Supervision*. Chichester, Wiley, 1997, pp 328–344.
- Gordon DA: A mobile, wireless 'bug-in-the-ear' communication system for training and therapy. *Behav Ther* 1975;6:130–132.
- Gordon BN, Kogan KL: A mother instruction program: an analysis of intervention procedures. *Fam Process* 1975;14:205–221.
- Hunt DD: 'Bug-in-the-ear' technique for teaching interview skills. *J Med Educ* 1980;55:964–966.
- Kivlighan DM, Angelone EO, Swafford KG: Live supervision in individual psychotherapy: effects on therapist's intention use and client's evaluation of session effect and working alliance. *Prof Psychol Res Pr* 1991;22:489–495.
- Klitzke MJ, Lombardo TW: A 'Bug-in-the-Eye' can be better than a 'Bug-in-the-Ear': a teleprompter technique for online therapy skills training. *Behav Modif* 1991;15:113–117.
- Ladany N, Hill CE, Corbett MM, et al.: Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *J Couns Psychol* 1996;43:10–24.
- Montalvo B: Aspects of live supervision. *Fam Process* 1973;12:343–359.
- Reichelt S, Gullestad SE, Hansen BR, et al.: Nondisclosure in psychotherapy group supervision: the supervisee perspective. *Nordic Psychology* 2009;61:5–27.
- Rønnestad MH, Skovholt TM: Supervision of beginning and advanced graduate students of counselling and psychotherapy. *J Couns Dev* 1993;71:396–405.
- Salvendy JT: Improving interviewing techniques through the bug-in-the-ear. *Can J Psychiatry* 1984;29:302–305.
- Scherl C, Haley J: Computer monitor supervision: a clinical note. *Am J Fam Ther* 2000;28:275–282.
- Schlosser RW: On the importance of being earnest about treatment integrity. *Augment Altern Commun* 2002;18:36–44.
- Searles HF: The informational value of the supervisor's emotional experiences. *Psychiatry* 1955;18:135–146.
- Smith RC, Mead DE, Kinsella JA: Direct supervision: adding computer-assisted feedback and data capture to live supervision. *J Marital Fam Ther* 1998;24:113–125.
- Smith JL, Carpenter KM, Amrhein PC, et al.: Training substance abuse clinicians in motivational interviewing using live supervision via teleconferencing. *J Consult Clin Psychol* 2012;80:450–464.
- Sprenkle DH, Constantine JA, Piercy FP: *Purdue live observation satisfaction scale*. West Lafayette, Purdue University, Family Therapy Program, 1982.
- Stein SP, Karasu TB, Charles ES, et al.: Supervision of the initial interview: a study of two methods. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32:265–268.
- Stoltenberg CD, Delworth U: *Supervising Counselors and Therapists*. San Francisco, Jossey-Bass, 1987.
- Stoltenberg CD, McNeill BW: Clinical supervision from a developmental perspective: research and practice; in Watkins CE (ed): *Handbook of Psychotherapy Supervision*. New York, Wiley, 1997, pp 184–202.
- Strauß B, Barnow S, Brähler E, et al.: *Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen*. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2009.
- Thurber SL: *The Effects of Direct Supervision on Therapist Behavior: An Initial Functional Analysis* (Dissertation). Brigham Young University, 2005.
- Waltz J, Addis ME, Koerner K, et al.: Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:620–630.
- Weck F, Bohn C, Ginzburg DM, et al.: *Behandlungsintegrität: Implementierung, Messung, Evaluation und Zusammenhänge zum Therapieerfolg*. Verhaltenstherapie 2011;21:99–107.
- West JD, Bubenzer DL, Pinsoneault T, et al.: Three supervision modalities for training marital and family counselors. *Counselor Education and Supervision* 1993;33:127–138.
- Wimberger HC, Kogan KL: A direct approach to altering mother-child interaction in disturbed children. *Arch Gen Psychiatry* 1974;30:636–639.
- Yourman DB, Farber BA: Nondisclosure of distortion in psychotherapy supervision. *Psychotherapy* 1996;33:567–575.
- Zimmer D: Supervision in der Verhaltenstherapie; in Margraf J, Schneider S (eds): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd 1. Heidelberg, Springer, 2009, pp 925–936.