

Psychodrama in der Psychotherapie

Hans-Jörg Burmeister

- 2.1 Einführung – 9**
- 2.2 Die Theorie der psychodramatischen Psychotherapie – 10**
 - 2.2.1 Gesundheits- und Störungsbegriff im Psychodrama – 11
 - 2.2.2 Szene und Rollen: Das Arbeitsmodell für Beziehungen im therapeutischen Psychodrama – 11
 - 2.2.3 Spontaneität und Kreativität: Lösungsorientierung der psychodramatischen Psychotherapie – 13
 - 2.2.4 Die Bühne: Die besondere Arbeitsebene der psychodramatischen Psychotherapie – 14
 - 2.2.5 Externalisierung und Katharsis: Ausgesuchte Wirkprinzipien der psychodramatischen Psychotherapie – 15
 - 2.2.6 Zielvorstellungen der psychodramatischen Psychotherapie – 15
- 2.3 Verlauf und Prozessparameter der psychodramatischen Psychotherapie – 15**
 - 2.3.1 Die therapeutische Beziehung – 15
 - 2.3.2 Die Erwärmungsphase – 17
 - 2.3.3 Die Aktionsphase – 18
 - 2.3.4 Die Integrationsphase – 19
 - 2.3.5 Regieprinzipien für die szenische Arbeit auf der Bühne – 19
 - 2.3.6 Differenzielle Indikationen und Kontraindikationen – 20
- 2.4 Psychodramatische Diagnostik – 21**
 - 2.4.1 Grundlagen der Diagnostik im Rahmen der psychodramatischen Psychotherapie – 21
 - 2.4.2 Zielvorstellungen psychodramatischer Diagnostik im Überblick – 22
 - 2.4.3 Ablauf und Zugangswege psychodramatischer Diagnostik – 22
 - 2.4.4 Instrumente zur Dokumentation und Evaluation von Psychodrama-Sitzungen – 23

2.5 Spezielle Anwendungen – 24

2.5.1 Abhängigkeits- und Suchterkrankungen – 30

2.5.2 Schizophrenie – 34

2.5.3 Angsterkrankung – 35

2.5.4 Depression – 37

2.5.5 Psychosomatische Störungen – 39

2.6 Rahmenbedingungen der Ausübung von Psychotherapie – 42

2.6.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen – 42

2.6.2 Ethische Prinzipien – 43

2.6.3 Psychotherapie als Profession: Anforderungen und Risiken – 44

Literatur – 45

»Moreno nahm dich in deiner Ganzheit, mit deinem Potenzial, nicht nur mit deinen Fehlern wahr. Er glaubte nicht daran, dass ein Begriff wirklich eine wesentliche therapeutische Hilfe darstellt. Er glaubte nicht daran, dass Sprache den Königsweg zur Psyche darstellt und dass Sprache all das vermitteln kann, was man zu wissen hat. Du kennst die Muster eines Menschen, aber wenn sich diese bestimmte Person dir gegenüber offenbart, siehst du etwas völlig anderes« (Moreno 1996, unveröffentlichtes Arbeitspapier).

2.1 Einführung

Trotz der visionären Leistungen, die Moreno, der Begründer des Psychodramas, mit der Etablierung eines eigenständigen gruppenpsychotherapeutischen Modells, eines Prinzips mitmenschlicher Begegnung als Basis jeder psychotherapeutischen Intervention oder der erstmaligen bewussten Ausarbeitung von Lösungskompetenz und Handlungsfähigkeit als psychotherapeutischen Leitvorstellungen vorgelegt hat, bleibt das Psychodrama als psychotherapeutisches Verfahren auch heute hinter seinen Möglichkeiten zurück. Der dem Verfahren eigenen Virtuosität bei der Gestaltung therapeutischer Prozesse und der Evidenz, die sich über Jahrzehnte hinweg in unzähligen Behandlungsverläufen gezeigt hat, steht ein deutlicher Mangel an wissenschaftlicher Systematik und empirischer Forschung entgegen. So kommt es, dass sich das Psychodrama als eines der ältesten Modelle der neuzeitlichen Psychotherapie in Deutschland bisher nur in Teilen des Gesundheitssystems etablieren konnte.

■ Konzepte der allgemeinen Psychotherapie

Eine der am meisten verbreiteten Definitionen von Psychotherapie hat Strotzka (1975) vorgelegt:

»Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen

Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch nonverbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturveränderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig. (S. 3) «

Psychotherapie kann unmittelbar darauf abzielen,

1. das Leiden des Betroffenen zu beseitigen (Symptombefreiheit) oder
2. eine Einstellungsänderung herbeizuführen, die dieses Leiden lindert.

Dabei kann das Ziel auch dadurch erreicht werden, eine »tiefergehende« Problematik (z. B. einen familiären Konflikt), die der Klient mithilfe seines Symptoms unter Umständen unbewusst zu bewältigen sucht, bewusst zu machen und aufzuarbeiten.

Der für die Psychotherapie relevante und über Jahrhunderte diskutierte Leib-Seele-Dualismus (sind psychische Phänomene »reine biologische« Tatsachen?) ist durch die neuesten neurobiologischen Forschungsergebnisse zugunsten einer integrativen Perspektive endgültig überholt worden (vgl. Roth 1997). Dabei gilt das sogenannte **biopsychosoziale Modell** (Uexküll u. Adler 1996) als hermeneutische Grundlage für alle Formen menschlichen (und damit auch psychischen) Leidens: Leiden erklärt sich aus und betrifft alle Dimensionen menschlicher Existenz gleichzeitig. Der »körperlose Seelenmensch« und der »seelenlose Körpermensch« verfehlen die ganzheitliche Intention des Modells. Der allgemeine Zusammenhang zwischen Genetik und lebensgeschichtlichen Einflüssen wird durch das **Diathese-Stress-Modell** überzeugend beschrieben: Eine individuell unterschiedliche, biologisch determinierte Anfälligkeit für bestimmte psychische Störungen (Vulnerabilität) wird lebensgeschichtlichen Belastungen (»life events«, Stress) ausgesetzt, aber auch durch Schutzmechanismen gestützt. Störungen treten dann auf, wenn der durch die Vulnerabilität definierte individuelle Schwellenwert überschritten wird.

2.2 Die Theorie der psychodramatischen Psychotherapie

Die Rollentheorie Morenos und ihre Weiterentwicklungen bilden den Kern des hier vertretenen Erklärungsmodells. Die Grundzüge der Rollentheorie sollen hier in ihrer spezifischen Bedeutung für die psychodramatische Psychotherapie dargestellt werden, s. Übersicht.

Überblick über die Grundannahmen der psychodramatischen Psychotherapie

1. Menschliche Entwicklung ist untrennbar gebunden an zwischenmenschliche Beziehungen eine interpersonale Matrix (z. B. die Mutter-Kind-Beziehung).
2. Die in der Beziehung wirksame Interaktion vollzieht sich vor allem im Handeln. Handeln ist für die menschliche Entwicklung konstitutiv.
3. Spontaneität, die als energetisches Potenzial Handlungen auslösen kann (Handlungsbereitschaft, beim Neugeborenen sogenannter Aktionshunger), erzeugt die Möglichkeit neuer Erfahrung. Sie ist für kreative, neuartige Handlungen konstitutiv.
4. Das Beziehungsgeschehen hat szenischen Charakter. Die im szenischen Handeln erfahrene intersubjektive Dynamik wird in Form von spezifischen Vorstellungs-, Gefühls- und Handlungsmustern im Inneren konserviert. Im Psychodrama werden diese Muster als Rollenmuster bezeichnet. Rollen sind zielbezogen und funktional. Sie dienen den Lebensinteressen.
5. Die theoretisch vorhandene endlose Komplexität von Rollen wird durch den Rückgriff auf bekannte Muster reduziert, die sich bei der Bewältigung von Realität bewährt haben. Das ausgesuchte Muster bzw. die ausgesuchte Rolle korrespondiert mit der subjektiven Wahrnehmung, der emotionalen Bewertung und der kognitiven Deutung der Situation.
6. Für eine angemessene Wahrnehmung muss der Klient Gewissheit über die eigene Existenz erlangt haben und in der Lage sein, Fantasie und Realität zu unterscheiden. Diese Fähigkeiten erfordern die Ausbildung spezifischer Rollenkompetenzen: Rollenhandeln, Rollenwahrnehmung, Rollenausübung und Rollentausch (s. ■ Tab. 2.1). Phasenabhängig werden dabei während der menschlichen Entwicklung jeweils bestimmte Dimensionen des Rollenhandelns ausgestaltet:
 - Die somatisch-motorische Dimension der Rolle,
 - die phantasie- und vorstellungsgetragene Dimension der Rolle,
 - die sozial und kognitiv konstruierte Dimension der Rolle.
7. Rollen ermöglichen im Idealfall eine Koordination von somatomotorischer Aktivität, affektiver Gestimmtheit sowie kognitiv und interpersonal vermittelter situativer Einschätzung der »Stimmigkeit« des eigenen Verhaltens. Sie bleiben im Idealfall derartig flexibel, dass sie auf Veränderungen im Beziehungsgeschehen durch Verhaltensanpassungen adäquat antworten können.
8. Diese Oszillation des Rollenverhaltens wird als Bündelung einzelner »Responses« um einen bestimmten »Rollenkern« beschrieben. Dabei werden als Organisationsprinzip soziale Rollenkategorien betont (z. B. Mutter, Freund, Lehrer), die durch bestimmte Attribute intrapsychisch weiter aufgefächert werden (z. B. die gute Mutter, die böse Mutter, die liebenswürdige Mutter, die erfolgreiche Mutter). Je nach situativer Anforderung werden dann bestimmte Rollenattribute für angemessene Rollenkonstellationen ausgewählt.
9. Das für die psychodramatische Psychotherapie grundlegende Phänomen spontaner szenischer Wechsel, das z. B. auftritt, wenn eine Ausgangsszene die Erinnerung an die nächste, genetisch frühere Szene anstößt,

kann über »innere Resonanzvorgänge« erklärt werden. In der aktuellen Szene werden bestimmte Merkmale aktiviert (z. B. bestimmte Gefühle und Körpersensationen), die auch mit der früheren Szene verbunden sind (etwa durch »neuronale Attraktoren« oder »Knotenpunkte«). Dadurch kann diese wieder ins Gedächtnis treten.

10. Rollenmuster tendieren in unterschiedlichen Bezugssystemen zur Wiederholung. Als Ausgangspunkte für die szenische Wiedergabe von interaktionalen Mustern werden in der psychodramatischen Psychotherapie
 - die aktuelle therapeutische Beziehung, insbesondere ihre multiple Auffächerung in Gruppen,
 - die Realbeziehungen in familiären und/oder anderen sozialen Systemen,
 - die rekonstruierten Beziehungen innerhalb psychodramatischer Handlungssequenzen und die Beziehungsäquivalente auf leiblicher und/oder symbolisch-imaginativer Ebene verwendet.

2.2.1 Gesundheits- und Störungsbegriff im Psychodrama

Die Frage, was als Störung bzw. Krankheit betrachtet wird und was nicht, wirft in der Psychotherapie Probleme auf. Anders als im medizinischen Bereich, wo ein mehr oder weniger objektivierbares körperliches Krankheitsgeschehen vorliegt, hängt die Einstufung eines psychischen Phänomens als »Störung« in entscheidendem Maße ab

- von soziokulturellen Konventionen (was in einer Kultur als psychische Störung aufgefasst wird, kann in einer anderen Kultur als normal gelten),
- von gesellschaftlichen Machtverhältnissen,
- von den Interessen des »Auftraggebers« (von Familienangehörigen bis hin zu juristischen Instanzen) und nicht zuletzt
- von der Bewertung des Betroffenen selbst.

Entsprechend ist in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Krankheitsbegriff aufgegeben worden. Die kritische Reflexion der Diagnose »psychische Störung« als sozialer Konstruktion in jedem Einzelfall gehört daher zur Professionalität des Therapeuten.

Gesundheit erscheint aus psychodramatischer Sicht als Vorhandensein von Spontaneität und interpersonaler »Rollenkompetenz« (s. ■ Tab. 2.1), die sich als Fähigkeit äußern, auf interpersonale und situative Anforderungen mit jeweils aktualisierbaren Rollen angemessen reagieren zu können. Dies schließt die Neuschöpfung von Rollen oder die neue Bewertung bisheriger Rollen aufgrund von Spontaneität mit ein. Denn spontane Handlungen setzen Anforderungen voraus, die durch automatisierte Handlungsmuster nicht angemessen beantwortet werden können. Die Angemessenheit von Handlungen steht in Bezug zu subjektiven Zielkriterien (Funktionalität und »Stimmigkeit« des Handelns) und zu sozialen Normen, zwischen denen das Handeln koordiniert werden muss.

Störung wird umgekehrt sichtbar in einem Misslingen dieses Adaptationsvorgangs. So unterschiedlich die je individuell wirksamen Ursachen sind (biologische Defekte, erworbene Malformationen, soziokulturelle Pathogenese), so einheitlich ist das Pathologieverständnis psychischer Phänomene des Psychodramas: Pathologie im Sinne des Psychodramas ist immer Beziehungspathologie, d. h. misslingende Beziehungskoordination des Individuums mit seiner Umwelt. »Das Abgeschnitten-sein vom intermediären Raum der Beziehung (der Inter-Psyche) impliziert den Verlust vom eigenen Inneren, vom Zutrauen in dieses Innere« (Rohde-Dachser 1980, S. 278).

2.2.2 Szene und Rollen: Das Arbeitsmodell für Beziehungen im therapeutischen Psychodrama

Das Psychodrama sieht Beziehungserfahrungen als szenische Erfahrungen an. Szenen entstehen im Zusammenspiel komplementärer Rollen (■ Abb. 2.1, R1

Tab. 2.1 Rollenkompetenz als Ziel der psychodramatischen Psychotherapie

Rollendimension	Rollenkompetenz	Vorherrschender Erlebnismodus	Vorherrschender Rollenmodus
Psychosomatische Rollendimension	Kompetenzziel: Klare Unterscheidung Ich/Du, Innen/Außen	Direkt zugängliches, sensoaaffektomotorisches Erleben	»Role enactment«: Rollenhandeln, Rollenausübung
Psychodramatische Rollendimension	Kompetenzziel: Unterscheidung Phantasie/soziale Realität	Imaginativ-magisches Erleben, Einpersonen-Perspektive: Präsentativ- symbolische Dimension	»Role perception«: Rollenwahrnehmung »Role taking«: Rollenübernahme
Soziodramatische Rollendimension	Kompetenzziel: Integration von Ethik/Normen, überindividuellen Zielvorstellungen	Reflektierbares Erleben, sozial modifizierende Perspektivenübernahme: Diskursiv- symbolische Dimension	»Role revealsal«: Bidirektionale Rollenübernahme

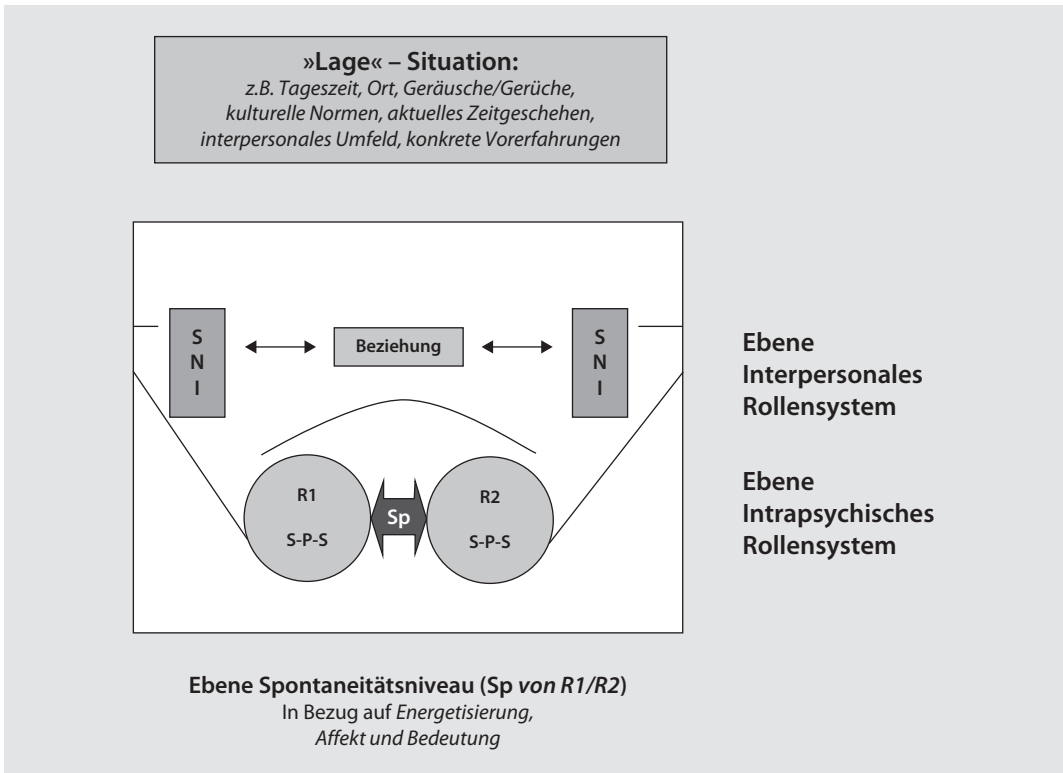


Abb. 2.1 Arbeitsmodell für Beziehungen in der Psychodrama-Therapie

und R2), die in einer bestimmten »Lage«/Situation realisiert werden. Die verschiedenen (somatischen, psychischen, sozialen) Rollendimensionen der ak-

tiven Rollen differenzieren die szenische Erfahrung weiter (Abb. 2.1, S-P-S; intrapsychisches Rollensystem). Gleichzeitig wirken aus dem Hintergrund

sozioemotional wichtige Beziehungen auf die Beziehungsgestaltung ein (► Abb. 2.1, interpersonales Rollensystem; SNI = soziales Netzwerkinventar). Die für die Szene charakteristische »Lage« schafft durch ihre Einflüsse eine je individuelle Ausgangssituation, die in die Beurteilung und Bewertung des Beziehungsverhaltens einbezogen wird. Die in einem bestimmten Augenblick gegebene Beziehungsdynamik, d. h. das Zusammenspiel von Lage und Rollenverhalten, spiegelt schließlich das individuelle Spontanitätsniveau in der Beziehung für R1 und R2 wider.

Beispiel

Wenn ein männlicher Angestellter mit seinem männlichen Chef eine Gehaltsverhandlung führt, kann die Begegnung als Begegnung zwischen zwei Männern (soziale Rollenkategorie: Mann) und/oder als Begegnung zwischen Vorgesetztem und Untergebenen (soziale Rollenkategorie: Untergebener/Vorgesetzter) registriert werden. In der szenischen Erfahrung der Beteiligten werden beide Rollen des Rollensets symbolisch und emotional bewertet und vor dem Hintergrund bestehender Rollenmuster wahrgenommen (Verbindung zum SNI). Genetisch frühere Szenen beeinflussen die aktuelle Szene: Merkmale wie etwa Beherrschtwerden vs. Beherrschung oder Angst plus unterdrückte Wut vs. Schadenfreude könnten etwa den involvierten Rollen zugeordnet, die aktualisierten Rollendimensionen wie Verkörperung, emotionale oder kognitive Besetzung der Rolle (S-P-S) und der Szene entsprechend »ausgerichtet« werden. Je nach Lage, z. B. atmosphärischer Einhüllung der Szene beispielsweise durch Kontakte im unmittelbaren Vorfeld der Begegnung, variieren Rollenausübung und Spontanität zusätzlich.

Interpsychischer und intrapsychischer Rollenstatus sind Ausdruck der individuellen Beziehungserfahrung. Kompetenzen und Störungen gehen in beide ein und beide können als Zugangswege der psychodramatischen Psychotherapie genutzt werden. Dabei werden Rollen systematisch gesammelt, ausgewertet und in Verbindung zum Therapieziel gebracht: Progressive oder dysfunktionale Rollen. Die Handlungs- und Lösungskompetenz bleibt mit dem jeweiligen verfügbaren Spontanitätsniveau verbunden.

2.2.3 Spontanität und Kreativität: Lösungsorientierung der psychodramatischen Psychotherapie

Kreative Handlungsbereitschaft beruht auf Spontanität. Handlungsbereitschaft sinkt, wenn Kontrollverlustängste und – damit eng verbunden – Angst vor negativer Bewertung durch die Umwelt vorliegen. Handlungsbereitschaft steigt,

- wenn Vertrauen sich selbst gegenüber,
- Vertrauen anderen und der Situation gegenüber,
- aber auch Erfahrung von eigener Wirksamkeit,
- Glaube an die Beeinflussbarkeit der Situation und der eigenen Lösungskompetenz in der Situation vorhanden sind.

Dieser enge Zusammenhang zwischen Rollenentwicklung und Spontanität lässt sich am Beispiel der Behandlung chronischer psychischer Erkrankungen verdeutlichen. So engen z. B. schizophrene oder demenzielle Prozesse sowie Erkrankungen mit rigiden Handlungsmustern (z. B. Zwangserkrankungen, Depressionen oder schwere traumatische Erkrankungen) das aktualisierte Rollenrepertoire stark ein. Es kommt zur Rollenfixierung und einer starken Hemmung von Spontanität. In diesen Fällen kann die gezielte Stimulierung von »günstigen«, emotional positiv besetzten Rollenerfahrungen im Erwärmungsprozess und die Aktivierung gegenwärtig nicht mehr genutzter Rollenkategorien (z. B. Fantasierollen) eine Flexibilisierung des Verhaltens und eine Zunahme von Spontanität einleiten. Selbst bestätigendes Erleben kann dabei sowohl auf der psychischen (z. B. durch Imaginationsübungen, durch Stimulierung von Hoffnung) als auch auf der kognitiven (z. B. durch »positives Denken«) und der somatischen Rollendimension (z. B. durch Körperübungen und andere körperliche Aktivitäten) stimuliert werden. Jede Rollendimension verfügt also über spezifische »Interaktionszonen«, die selbst bestätigendes Erleben stimulieren können. Die Frage, über welche Interaktionszonen das Spontanitätsniveau »gestartet« werden kann, bildet eine der Kernfragen für die psychodramatische Psychotherapie. Die Vorgänge, die erforderlich sind, um sich ungenutzte Rollenkategorien wieder

anzudeuten, müssen dabei jeweils störungsspezifisch gestaltet werden.

Anders als beim klassischen sozialen Rollentraining geht es dabei zunächst nicht um die Bearbeitung der spezifischen Konfliktlage, sondern um die allgemeine Erweiterung des Handlungs- und Lösungspotenzials des Klienten. Im Rollenspielen erlebt der Klient eine Erweiterung der eigenen Handlungsmöglichkeiten; dieser erlebte Zuwachs der eigenen Selbstwirksamkeit führt zu einem Zuwachs an Spontaneität. In der einmal erreichten Spontaneitätslage wird das schöpferische Potenzial für alternative Handlungsmuster frei: Interpersonales Rollenverhalten kann – einmal aus seiner Automatisierung gelöst – in der Therapie um neue Rollenkonfigurationen erweitert werden, die erlebte und erfahrene Beziehung erhält eine neue Bewertung, da sich der emotionale Bezug zum Anderen und/oder zur eigenen Person in der Beziehung verändert hat.

2.2.4 Die Bühne: Die besondere Arbeitsebene der psychodramatischen Psychotherapie

Psychodramatische Psychotherapie zeichnet sich durch die Hinzunahme einer besonderen therapeutischen Arbeitsebene aus, die für das Verfahren spezifisch ist. Es handelt sich dabei um einen intermediären Übergangs- oder Übungsraum (Winnicott 1985), die psychodramatische Bühne, die eine neue Kategorie von Realität in die Therapie einführt und der Umsetzung des psychodramatischen Handlungs- und Gestaltungsprinzips dient (Surplus Reality). Die Stimulierung von Spontaneität und Spiel eröffnet im Idealfall einen Möglichkeitsraum, in dem Klienten therapeutisch sinnvolle Veränderungen vornehmen und erproben können.

Die Bühne bietet »... ideale Vorbedingungen, präsymbolische oder nie ins Bewusstsein des Patienten gelangte Bilder in eine echte Symbolsprache zu überführen, indem sie eine in den psychischen Außenraum verlagerte und damit auch visuell erfahrbare szenische Aktion entstehen lässt« (Rohde-Dachser 1980, S. 298). Diese Externalisierung der »Innenwelt« (Holmes 1992) schafft Distanz,

die schöpferisch genutzt werden kann. »Psychodrama lässt mit Hilfe des Klienten die intrapsychischen Vorgänge in der Gestalt annehmen, um sie in einem greifbaren [!] und kontrollierbaren [!] Universum zu objektivieren« (Moreno 1964, S. XXI f.). Der reversible Charakter der Spielrealität verstärkt das schöpferische Potenzial des Verfahrens. Gleichzeitig wirkt die implizite Verwendung von Imagination und »präsentativer Symbolik« im Rahmen von Konfliktbearbeitungen schützend und kränkungsvermeidend (Franzke 1985). Die Erlebnis-dichte führt dabei zu Erlebnissen vitaler Evidenz, die Einsicht und neue Perspektiven zugänglich macht und den Idealbedingungen der Problemaktualisierung (Grawe 1995) nahekommt. Der szenische Symbolgehalt geht aber über die einfache Abbildung von Interaktionen hinaus. Gerade in der Auswahl einzelner Gegenstände und in der atmosphärischen Einhüllung der Szene spiegeln sich häufig latente Beschreibungsansätze, die das manifeste Thema der Szene entscheidend konturieren und weiter entwickeln können (s. auch Delius u. Hüffer 1996, zur besonderen Wirkung von Bildern auf den Gruppenprozess).

In einer von Pruckner (2002) vorgeschlagenen begrifflichen Ausweitung des Bühnensbegriffs für das therapeutische Psychodrama insbesondere mit Kindern werden von ihr als »Arbeitsbühnen« die Soziale Bühne (SB), die Begegnungsbühne (BB) und die Spielbühne (SpB) unterschieden. Auf der SB werden die in der sozialen Realität des Betroffenen fassbaren Zustände, Veränderungen und Konflikte erfasst (z. B. mit dem sozialen Atom) und therapeutisch beantwortet (z. B. im Paar- oder Familiengespräch). Auf der BB wird die psychodramatische Beziehungsgestaltung zur Vor- und Nachbereitung der eigentlichen Spielsequenz eingesetzt (z. B. Beziehungsaufbau, Abklärung von Befindlichkeit, Motivation, Erleben von Vertrauen/Sicherheit in den bevorstehenden Prozess, Sharing und Rollenfeedback nach der Spielsequenz, etc.). Auf der SpB werden die auf der BB vereinbarten Themen des Protagonisten als Als-Ob Realität mit passenden psychodramatischen Techniken inszeniert und auf therapeutische Ziele hin weiter entwickelt.

2.2.5 Externalisierung und Katharsis: Ausgesuchte Wirkprinzipien der psychodramatischen Psychotherapie

Das Psychodrama gehört zu den emotionszentrierten Ansätzen der Psychotherapie. Es ist in der Lage, die emotionale Repräsentanz und Verarbeitung von Beziehung besonders darzustellen und im Rahmen eines therapeutischen Prozesses systematisch verfügbar zu machen. Sie führt dabei die Ressourcen von Spiel, Handlung und symbolischer Darstellung in die Praxis der Psychotherapie ein.

Unterdrückte Gefühle können angemessenes Rollenverhalten erschweren oder unmöglich machen. Gerade dadurch können schwerwiegende Störungen des Beziehungsverhaltens mit hohem Leidensdruck entstehen oder aufrechterhalten werden. Als Beispiele können depressive, psychosomatische oder Suchtstörungen dienen, bei denen trotz aller individuellen Unterschiede häufig bestimmte Gefühle (z. B. Aggressionen, Bindungswünsche), die in zwischenmenschlichen Situationen entstehen, nicht im Rahmen dieser Beziehungen artikuliert werden. Stattdessen werden diese Gefühle auf andere Situationen übertragen und indirekt »artikuliert«. Die Emotionsforschung hat die Bedeutung des angemessenen Umgangs mit Affekten eindrücklich belegt.

Affekte gefährden die Möglichkeit, die Kontrolle und damit die Sicherheit als Grundbedürfnis über eine interpersonale Situation zu behalten. Um Affekte ausdrücken zu können, muss deshalb einerseits Vertrauen und Sicherheit in die äußere Situation und die beteiligten Personen bestehen. Andererseits können die betroffenen Gefühle mit dem eigenen Selbstbild unvereinbar sein oder sie können als potenziell nicht begrenzbar und deshalb schädigend eingeschätzt werden. Bevor Affekte ausgedrückt werden können, ist deshalb häufig die Arbeit am Selbstbild (intrapsychisches Rollenrepertoire) oder an der Begrenzung von Gefühlen (Rollenhandeln mit gestuften Übungen) Voraussetzung. Damit der kathartische Ausdruck unterdrückter Gefühle auch zu Wachstum und kreativer Veränderung führen kann, muss er in Verbindung zu den auslösenden Beziehungserfahrungen gebracht und in ein neues Beziehungsverhalten

eingefügt werden können. Dieses mitunter mehrschrittige Vorgehen führt zur Integrationskatharsis: Die durch die Katharsis freigesetzte Energie hebt den bis dahin niedrigen Spontaneitätsgrad an und ermöglicht dadurch Handlungskorrekturen, die den Prozess zur integrativen Handlungskatharsis vervollständigen.

2.2.6 Zielvorstellungen der psychodramatischen Psychotherapie

Die Ziele der psychodramatischen Psychotherapie werden im Einzelfall durch den Klienten vorgegeben. Im Allgemeinen bestehen die Ziele

1. in der Stimulierung von Spontaneität und Kreativität, mit der notwendige Veränderungen eingeleitet werden können;
2. in der Identifizierung von pathogenen, inadäquaten Handlungs- und Rollenmustern, ihren Voraussetzungen und ihrer lebensgeschichtlichen Bedeutung;
3. in der Anbahnung und Erprobung neuer Interaktionsformen (Erweiterung des Rollenrepertoires).

2.3 Verlauf und Prozessparameter der psychodramatischen Psychotherapie

In der psychodramatischen Psychotherapie werden vier Prozessparameter unterschieden, die jeweils spezifische Funktionen für den therapeutischen Prozess erfüllen: die therapeutische Beziehung, die Erwärmungsphase, die Aktionsphase und die Integrationsphase (■ Tab. 2.2).

2.3.1 Die therapeutische Beziehung

Unabhängig von der verwendeten Methode kommt der Qualität der therapeutischen Beziehung in der Psychotherapie eine wesentliche Bedeutung zu. Die Beziehungskoordination, die als Leitmotiv des interpersonalen Psychodramas gelten kann, muss sich hier besonders bewähren. Einerseits beruhen

■ Tab. 2.2 Prozessparameter der psychodramatischen Psychotherapie

Parameter	Funktion
Therapeutische Beziehung	Aufbau einer Telebeziehung Dokumentation des Rollenstatus in der Gestaltung sozialer Beziehungen
Erwärmungsphase	Vorbereitungsphase: Identifizierung und Aktivierung von Ressourcen Gestufter Aufbau der Übungen nach Interventionsziel und Interaktionszonen Dokumentation des Rollenstatus in der Gestaltung sozialer Beziehungen
Aktionsphase	Gezielte Problemaktualisierung mit szenischer Externalisierung Problemklärung mit lösungsorientierten Interventionen Ziel: Verbesserung von Einsicht (»Integrationskatharsis«) und Management des Problems Dokumentation des Rollenstatus in der Gestaltung sozialer Beziehungen
Integrationsphase	Interpersonale Problemklärung Ziel: Entwicklung eines differenzierten Störungs- und Lösungsmodells Ziel: Entwicklung eines »Sense of coherence« Dokumentation des Rollenstatus in der Gestaltung sozialer Beziehungen

■ Tab. 2.3 Positionen in der therapeutischen Beziehung

Position in der Beziehung	Funktion
Regisseur	Aktive Gestaltung der Szene Garantie von Regeln und Grenzen
Beobachter von außen	Distanz: Reflexive Bewertung Einfühlung: Anteilnahme
Hilfs-Ich	Rollenträger im Spiel Übernahme von komplementären Rollen, besonders als empathisches, konvalidierendes Doppel

Störungen des psychischen Wohlbefindens auf gestörten Beziehungen, was die Gefahr der Wiederholung auch im Rahmen der therapeutischen Beziehung birgt. Andererseits setzt gerade die Offenbarung mitunter intimer Aspekte der eigenen Lebensgeschichte besonderes Vertrauen und eine besonders gelungene Beziehungskoordination voraus. Adäquate Einfühlung und Wahrnehmung der Befindlichkeit des Klienten können nur auf der Basis des Teleprozesses zwischen Therapeut und Klient entstehen, der die adäquate Wahrnehmung der konkreten Lage des Klienten sowie die Erfassung der dahinter liegenden Beziehungskonstellationen (interpersonale Tiefendimension) ermöglicht.

➤ **Das Idealbild der therapeutischen Beziehung in der psychodramatischen Psychotherapie besteht nicht (wie im Idealbild der Psychoanalyse) in einer Haltung der**

Abstinenz und Neutralität, sondern in einem wechselseitigen Teleprozess zwischen Therapeut und Klienten.

Dabei gilt, dass sowohl Therapeut wie Klient im Rahmen der therapeutischen Beziehung verschiedene Positionen einnehmen und aus verschiedenen Rollenkonstellationen heraus die Beziehung gestalten können (■ Tab. 2.3).

Je mehr Rollencluster die Telebeziehung umfasst, umso tiefgreifender wird die intersubjektive Verständigung erlebt. Je geringer das Rollenrepertoire eines Menschen ist und je weniger Rollen damit aktiviert werden und für Einfühlung und Rollenwahrnehmung zur Verfügung stehen, umso geringer ist auch die Kompetenz für Telebeziehungen entwickelt. Der Gegenbegriff zur Telebeziehung ist die abgekapselte, durch Entfremdung charakterisierte Beziehung. Entfremdung und Verlust

Psychodrama: Praxis

von Ameln, F.; Kramer, J. (Hrsg.)

2014, XV, 238 S. 19 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-642-44937-6