

Susanne Kunz

Psychodrama in der stationären Psychotherapie

Psychodrama in In-patient Psychotherapy

Abstract This article will show psychodrama work in inpatient psychotherapy. There are described three techniques (family sculpture, role change and social atom in monodrama) of psychodrama. This examples should explain the integration of psychodrama in the therapy process.

Keywords:

Psychodrama; In-patient psychotherapy; Family sculpture; Role change; Social atom; Monodrama.

Dieser Artikel setzt sich mit dem Thema Psychodrama in der stationären Psychotherapie auseinander. Dazu gibt es noch immer relativ wenig Literatur wie z.B. von Leutz (1974), Moreno (1972), Petzold (1978) und Stelzig (1996).

Die Anwendungsmöglichkeiten und Indikationen des Psychodrama in der stationären Psychotherapie sind sehr vielfältig. Ich beziehe mich in diesem Artikel auf Psychodrama sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting.

Beschreibung des Arbeitsfeldes

Mehrere Jahre lang leitete ich als Oberärztin eine Psychotherapiestation mit 20 Betten. Neben Führungs- und konzeptuellen Aufgaben betreute ich auch Patientinnen und Patienten. Die Methode des Psychodramas fand hierbei in der Einzel- als auch in der Gruppenarbeit Anwendung.

Auf dieser Psychotherapiestation werden Menschen mit Depressionen, Neurosen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und schweren Lebenskrisen (z.B. nach Trennung, Arbeitsplatzverlust etc.) behandelt. Die Therapiemodule werden individuell zusammengestellt. Die definierten Schwerpunkttherapien sind Einzel- und Gruppentherapien. Beide Therapieformen erachten wir als gleichwertig. Sie werden durch nonverbale Therapien ergänzt. Zu den nonverbalen Methoden zählen Mal- und Gestaltungs-, Musik- und verschiedene Körpertherapien und Ergotherapie. So entsteht ein intensiver und vernetzter Therapieprozess, der durch das therapeutische Milieu zusätz-

lich gefördert wird. Die Aufenthaltsdauer beträgt durchschnittlich 3 Monate.

Psychodramatische Interventionen

Ich werde mich hier auf die verwendeten Interventionen im Zusammenhang mit den Fallbeispielen* beschränken. Der Einsatz psychodramatischer Interventionen in der stationären Psychotherapie ist abhängig vom Schweregrad der Störungen und muss entsprechend angepasst werden. Ich-stützende Interventionen im Sinne von Hilfs-Ich-Funktionen wie Doppeln werden bei Patienten mit geringer Ich-Stabilität eingesetzt.

Doppeln ist eine auf Empathie beruhende psychodramatische Technik. Der Protagonist erhält mittels Doppeln emotionalen Support von einem Gruppenteilnehmer oder vom Therapeuten. Die doppelnde Person stellt sich hinter den Protagonisten und verbalisiert in Ich-form für den Protagonisten ein z.B. vorbewusstes Gefühl. Weitere Funktionen sind Vermittlung von Verständnis, Klärung von Ambivalenzen, aber auch die Einführung der Mitspielerinnen in ihre Rollen usw.

Bei Patienten mit mehr Ich-Stärke und seelischer Stabilität kommen auch Interventionen wie Spiegeln, Rollentausch und Rollenwechsel zur Anwendung.

Spiegeln soll den Protagonisten mit seinem eigenen Verhalten konfrontieren und ihn zu vermehrter Selbstreflexion anregen.

Rollentausch und **Rollenwechsel** unterscheiden sich hinsichtlich formaler und zeitlicher Kriterien. Der Rollenwechsel wird im Rahmen eines Protago-

* Hiermit möchte ich mich bei den Patienten für ihre Unterstützung bedanken, die sich mit der Veröffentlichung dieses Artikels einverstanden erklärten.

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag befasst sich anhand von drei Fallbeispielen mit psychodramatischer Arbeit in der stationären Psychotherapie. Es werden drei verschiedene Techniken (Familienskulptur in der Gruppe, Rollenwechsel und soziales Atom im Monodrama) des Psychodrama in der Gruppen- und in der Einzeltherapie beschrieben. Diese Beispiele sollen die Integration des Psychodrama im psychotherapeutischen Prozess verdeutlichen.

Schlüsselwörter:

Psychodrama; stationäre Psychotherapie; Familienskulptur; Rollenwechsel; soziales Atom; Monodrama.

nistenspiels vorübergehend durchgeführt. Das Hilfs-Ich wechselt in die Rolle des Protagonisten, um ein Gefühl zu verdeutlichen, anzuregen oder eine Facette der Persönlichkeit herauszuarbeiten und wechselt anschließend wieder in seine Rolle zurück. Der Rollentausch hingegen führt zur vollständigen Übernahme einer anderen Rolle, kann über die ganze Sitzung andauern und dient der Vertiefung und Exploration einer anderen Rolle, wie es im 2. Fallbeispiel beschrieben wird (Rollentausch mit der Mutter).

Inhaltlich wird mithilfe von Rollentausch und Rollenwechsel intendiert sich vorübergehend mit Teilaspekten einer anderen Person zu identifizieren und das „Du“ zu antizipieren. Dies erfordert die Fähigkeit, zwischen dem seelischen Innen- und Außenraum zu unterscheiden. Damit werden Integration und Reintrojektion unbekannter, abgespaltener und projizierter Persönlichkeitsanteile möglich. Man kann auch von der antagonistischen Position sprechen. Eine „andere“ Rolle ermöglicht die Realisierung und Verkörperung von Wünschen. Erst mit dem „realen“ Perspektivenwechsel im Spiel ist die Erfahrung in einer „neuen“ Rolle möglich. Dieser Effekt ist jedoch nicht nur bedeutsam für die Beziehung zum Selbst, sondern trainiert und ermöglicht die Fremdwahrnehmung. Letztlich bedeutet der Rollenwechsel im Psychodrama die Realisierung und Konkretisierung phantasierter Selbst- und Fremddanteile.

Diagnostik

Die Diagnostik spielt in der Klinik eine große Rolle, da hier die Möglichkeit eines längeren Kennenlernprozesses (zeitlich überdauernde Verhaltens- und Reaktionsmuster) des Patienten zeitlich begrenzt ist, und eine genaue Einschätzung schon bald nach Aufnahme des Patienten in die Klinik erfolgen sollte. Hier setzen wir mittlerweile neben der ICD 10 Diagnostik, einem rein phänomenologischen Instrument, auch die OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik) ein, einem mehrachsigen, diagnostischen System. Neben der Symptomatik sollen auch andere wichtige Parameter wie Beziehungsverhalten, Struktur und Konflikte des Patienten erfasst werden, um Therapie und Prognose besser anzupassen. In einem bis zwei Interviews werden 5 Achsen:

1. Krankheitserleben, 2. Beziehung, 3. Konflikt, 4. Struktur und 5. die Klassifikation nach ICD-10 geratet. Diese Achsen erlauben eine relativ klare diagnostische Einschätzung des Patienten bezüglich der Ausbildung der Persönlichkeitsstruktur, welche neben anderen auch die Indikation für psychodramatische Interventionen ermöglichen. Darüber hinaus ist Psychodrama selbst als diagnostisches Instrumentarium nutzbar.

Kernstück: Beziehung

In unserem psychodynamischen und psychodramatischen Krankheitsverständnis gehen wir von einer Beziehungsstörung aus, die Auswirkungen auf alle Lebensbereiche des Patienten hat. Eine wichtige Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit Beziehungsproblemen ist die am Anfang der Behandlung stehende ich stärkende Stabilisierung des Patienten. Es folgt die Fokussierung der Beziehungsstörung. Diese nimmt in der Gesamtbehandlung einen wichtigen Stellenwert ein. Dazu möchte ich an dieser Stelle den Begriff des sozialen Atoms einführen.

Soziales Atom

Karoline Zeintlinger (1981, S. 197 ff): „Das Soziale Atom ist nach Moreno die kleinste notwendige soziale Einheit, in der das Individuum aufgehoben sein muss, um existenzfähig zu sein.“ Es ist das wichtigste soziale Netz eines Menschen, bestehend aus Personen oder auch Tieren, etc., die als Repräsentanzen verinnerlicht sind. Entscheidend ist die emotionale Besetzung dieser Repräsentanzen, die entsprechend variieren.

Mit dieser Überlegung wird einerseits die Bedeutung der Phantasie des Menschen über seine soziale Umwelt und sein darin „Eingebettet-Sein“ erklärt, die andererseits mit den realen Objekten und Personen wenig zu tun haben.

„Der Mensch hat kein soziales Atom, sondern er ist sein soziales Atom, d.h. die Gesamtheit der Beziehungen eines Menschen machen ihn aus, und der Verlust eines Mitgliedes aus dem sozialen Atom, das nicht ersetzt werden kann, bedeutet Abnahme, soziales Sterben ... Das Individuum ist seinem Wesen nach kollektiv verfasst, in die Kollektivität eingebunden. Es hat eine Kollektiv-Identität“ (Petzold, 1982, S. 125).

Im Monodrama verwenden wir für die Arbeit mit dem sozialen Atom verschiedene Gegenstände, hier Holzfiguren, aber auch Gegenstände, wie Knöpfe, Puppen, Stofftiere usw. In der Arbeit mit dem sozialen Atom geht es um die Veranschaulichung der inneren Bühne.

Die Indikation für das soziale Atom wird im 3. Fallbeispiel zur Erhebung einer erweiterten Anamnese mit Biographie und Diagnostik gestellt.

Von wesentlicher Bedeutung ist neben dem Begriff des sozialen Atoms die **Gruppe** als zentraler Ort der Begegnung und Beziehung. Dazu ein Zitat aus dem gruppentheoretischen Konzept Morenos des „Gemeinsamen Unbewussten“, das auch schon Freud beschrieben hat: „Eine Gruppe mit gemeinsamer Geschichte entwickelt eine gemeinsame Emotionalität, eine ‚Inter-Psyche‘, die mehr ist als die Summe der Gefühle ihrer einzelnen Mitglieder, sie ist Ausdruck ihrer ganz speziellen Beziehungen zueinander“ (Zeintlinger, 1981). Mit dem Begriff der „Inter-Psyche“ wird die Wichtigkeit des interpersonalen Aspektes betont. Zwischen den Mitgliedern einer Gruppe (wie auch im sozialen Atom) bestehen und entwickeln sich komplexe Beziehungsgeflechte, die gemeinsam Bewusstes und Unbewusstes hervorbringen, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft miteinander produzieren und damit in vielschichtiger, wechselseitiger Abhängigkeit stehen. Das individuelle Unbewusste im Freud'schen Sinne hingegen ist für Moreno unbedeutend.

Ein weiterer Begriff Morenos ist das **Tele**, was den wechselseitigen Gefühls-austausch zwischen den einzelnen Mitgliedern umschreibt. Das Tele bezeichnet alle Momente der Anziehung und Abstoßung in zwischenmenschlichen Beziehungen. Es ist die Gesamtheit der Gefühlsaspekte einer Beziehung.

Somit sind das soziale Atom als wichtigstem basalen Bezugssystem des Individuums, die Gruppe mit dem interpersonalen Beziehungsaspekt der „Inter-Psyche“ und seinen Implikationen und das Tele, als Synonym der Summe aller Gefühle seiner Mitglieder wesentliche theoretische Bausteine der psychodramatischen Methode für die Beziehungsarbeit.

Für die tägliche Behandlungspraxis relevant in diesem Zusammenhang sind das Auftreten konstruktiven oder auch destruktiven Potentials von Gruppen.

Förderlich für die offiziellen wie auch inoffiziellen Gruppen im stationären Setting sind positive Beziehungen der Patienten untereinander, die von Zueinanderlichkeit und Sympathie getragen sind. Sie fördern den individuellen Heilungsprozess. Ablehnung und negative Spannungen hingegen wirken blockierend. Aus diesem Grunde achtet das Betreuersteam auf das Miteinander und unterstützt soweit als möglich die Entwicklung eines positiven Potentials oder steht bei der Lösung von Konflikten hilfreich zur Verfügung. Kurz, eine wohlwollende Gruppenatmosphäre bedarf der aktiven Förderung. Aber auch die Einzelarbeit hat einen wichtigen Stellenwert und erlaubt in der therapeutischen Dyade eine andere Form und Intensität des Prozesses. So wird durch die Beziehungsarbeit in Gruppen- und im Einzelsetting ein komplexer und reflexiver Prozess der Individuen miteinander induziert.

Was ist nun unter Beziehungsarbeit zu verstehen? Dazu möchte ich Krüger (2000), der die Begegnung im Psychodrama als Schlüsselbegriff versteht: „Jede Psychotherapiemethode hat einen Schlüsselbegriff, ein Markenzeichen oder Logo, das nach außen ausdrückt, um was es in der Methode geht, und das nach innen identitätsstiftend wirkt. Für die Psychoanalyse ist das der Begriff des Unbewussten, für die Familientherapie das System, die systemische Betrachtungsweise und ... für das Psychodrama die Begegnung. Begegnung im Psychodrama besteht aus den vier Elementen: Handeln, Aktion, Intersubjektivität und Rollentausch.“

Der Begriff Begegnung im Psychodrama in seiner Beziehungsdimension, in Abgrenzung zu anderen Methoden, beschreibt die Qualität der therapeutischen Beziehung als gleichwertig und intersubjektiv.

1. Fallbeispiel

Es handelt sich um eine Mitte 20-jährige Patientin, die bei uns wegen einer schweren, chronifizierten Anorexie hospitalisiert war. Die Biographie war der Patientin kaum erinnerlich. Sie wuchs als jüngere von 2 Töchtern bei den Eltern auf, war eine gute, sehr leistungsorientierte Schülerin. Sie wurde durch die ältere Schwester, in deren Schatten sie stand, durch deren Essverhalten zu Diät animiert und begann bei

einem Körpergewicht von 50 kg und einer Körpergröße von 159 cm langsam auf 43 kg Körpergewicht abzumagern. Anfangs schien die Kontrolle über die Gewichtsabnahme noch erhalten, dann entglitt ihr alles. Sie erbrach regelmäßig und begann zwanghaft Sport zu treiben. Die Menstruation setzte mit 15 Jahren ein und kam in der Folge nur mehr unregelmäßig. Die Essstörung hatte sie längere Zeit vor den Eltern verheimlichen können. Nach zwei Jahren entdeckten die Eltern die Störung und konnten ihre Tochter zu einer ambulanten Therapie motivieren. Bis zur Matura erreichte die Patientin wiederum ein Gewicht von 50 kg. Sie absolvierte eine pädagogische Ausbildung und praktizierte anschließend für einige Zeit in ihrem Beruf. Nach einer mehrmonatigen Reise fand sie eine fixe Anstellung. Mit Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit zog die Patientin in eine eigene Wohnung. Sie verlor wieder an Gewicht und wog noch 41 kg.

Symptomatik

Der Tagesablauf der Patientin war bestimmt durch verschiedenste Kontrollzwänge. Sobald sie zuviel gegessen hatte, induzierte sie täglich Erbrechen. Neben einer rigiden Diät betrieb sie exzessiven Sport.

Im psychopathologischen Status zeigte sie eine subdepressive Stimmungslage, Grübelzwänge, Fixierung auf das Essen, rigide Verhaltensmuster mit ritualhaftem Essverhalten, starker innerer Anspannung und Angetriebenheit, gestörte Selbst- und Körperwahrnehmung und deutliche Ambivalenz.

Für die Behandlung wurden nach Indikationsstellung verschiedene verbale und nonverbale Therapien zusammengestellt. Neben der Einzel- und Gruppentherapie, sowie milieutherapeutischer Begleitung, wurde ein störungsspezifisches Essprogramm mit speziellem Essvertrag (Esstagebuch, regelmäßige Teilnahme an den Mahlzeiten, regelmäßiges Wiegen einmal pro Woche, Reflexion nach Erbrechen und Verhaltensanalyse) mit der Patientin vereinbart. Ergänzt wurde das Gesamtbehandlungsprogramm mit Körpertherapie, Mal- und Gestaltungstherapie und Psychopharmaka.

Wir diagnostizierten eine schwere Anorexia nervosa und eine Persönlichkeitsstörung. Aufgrund unserer dia-

Le psychodrame en milieu hospitalier

Résumé Le présent article est consacré à l'utilisation du psychodrame avec des patients hospitalisés dans un service de psychothérapie. Trois cas sont présentés : une patiente souffrant d'un trouble de l'alimentation, un patient dépressif et un patient avec un trouble de la personnalité. Ils permettent de montrer comment le psychodrame peut être utilisé dans un cadre hospitalier. J'ai travaillé en tant que médecin-chef d'une unité de psychothérapie où j'ai traité des patients en setting individuel et de groupe ; ceci m'a permis d'acquérir beaucoup d'expérience par rapport au psychodrame.

Diverses techniques et interventions utilisées en psychodrame (individuel ou en groupe) sont d'abord décrites. Puis les trois exemples de cas sont présentés. La première patiente souffre d'un trouble chronique de l'alimentation. Il s'est agi de définir sa position dans sa famille en utilisant la psychothérapie de groupe. Signalons que la durée des séances n'est que de 90 minutes, ce qui est relativement court pour la pratique du psychodrame ; mais ceci a suffi, du fait qu'il y en avait deux par semaine. De plus, en milieu hospitalier les patients se connaissent bien et la phase d'introduction n'est pas nécessaire au début de chaque séance.

Le second cas est celui d'un patient souffrant d'un trouble affectif (dépression) au moment où son couple passe par une crise. Les problèmes du couple sont engendrés par le complexe maternel du patient. Dans le cadre du psychodrame, des changements de rôle permettent d'approfondir et de clarifier cette problématique ; le patient peut alors mieux intégrer son image de la mère.

Le troisième patient souffre d'une dépression issue d'un trouble narcissique. Malgré ses problèmes de personnalité, il avait bien fonctionné pendant des années, mais devait maintenant affronter une grave crise. Il n'avait jusqu'alors pas fait de psychothérapie et avait de la peine à parler de lui-même. Le psychodrame lui a facilité la tâche en setting individuel puisqu'il lui fournissait un moyen d'expression. Nous avons réussi à réfléchir à sa famille d'origine et à ses souvenirs d'enfance ; le fait de concrétiser les différents personnages lui a donné accès à des émotions réprimées et difficilement supportables.

Ces trois patients appartiennent à des catégories différentes du point de vue de leur âge, de leur sexe et de leurs troubles. La présentation de leur cas permet donc de fournir un aperçu des différentes manières dont le psychodrame peut être indiqué et pratiqué avec des patients hospitalisés dans un service de psychothérapie.

gnostischen Einschätzung bestand unser therapeutisches Ziel vorerst in ich-stabilisierenden Maßnahmen. Die Essstörung verstanden wir als Abwehr einer schwereren Psychopathologie. Somit waren eher stützende Techniken in der Einzeltherapie und in der Psychodramagruppe die Technik des Doppels indiziert.

Gruppenarbeit

Nun möchte ich mich der Arbeit mit der Patientin in der stationären zweimal wöchentlich stattfindenden Gruppentherapie zuwenden.

Die Gruppe bestand aus 11 Teilnehmern und hatte sich über mehrere Sitzungen mit dem Thema Vorbilder und Familie beschäftigt. Die oben genannte Patientin hatte wenige Tage zuvor ein Familiengespräch erlebt. Sie berichtete, dass sie nach dem Familiengespräch sehr verwirrt gewesen sei. Die Eltern hatten mit Unverständnis auf die Erkrankung ihrer Tochter reagiert. Es fiel ihnen schwer familiäre Zusammenhänge in Verbindung mit der Essstörung der Tochter zu sehen. So betrachteten sie die Erkrankung der Tochter als etwas Schicksalhaftes. Die Mutter war mit der Symptomatik ihrer Tochter überidentifiziert und reagierte meist mit Versuchen die Tochter zum Essen zu motivieren. Dies hatte über Jahre hinweg zu fixierten Konfliktmustern geführt. Der

Vater hielt sich heraus und stand abseits. Andere Konflikte in der Familie, jenseits des Essverhaltens der Tochter, wurden negiert. „Wenn die Tochter nur richtig essen würde, wäre alles in Ordnung.“ Die Patientin erlebte ihre Eltern in dieser Situation wenig konfliktfreudig. In der Gruppe hingegen quälte sie ein tiefer Loyalitätskonflikt gegenüber den Eltern.

Es standen noch zwei andere Themen zur Auswahl, doch die Gruppe entschied sich für das Problem der Patientin. Das Thema Familie stand für die ganze Gruppe im Vordergrund. Die Patientin hatte große Angst, sich zu exponieren. Trotzdem entschied sie sich ihre Beziehung zu ihrer Familie in der Gruppe darzustellen. Wir wählten technisch das soziale Atom in Form einer Familienskulptur.

Erwärmungsphase

Diese Vorphase dient der emotionalen Hinwendung und Vorbereitung der Protagonistin und der Gruppe auf das Spiel. Zwischen Protagonistin und Psychodrama-Leiterin wird eine vertrauensvolle Atmosphäre aufgebaut. So können gewisse Ängste und Widerstände im Vorfeld reduziert werden. Dies geschieht z.B. in Form eines vorbereiteten Interviews.

Ich setzte mich zu der Patientin und begann mit einem Interview zur Fa-

milie. Wir erhoben uns langsam und gingen im Kreis. Nach einigen Überlegungen kam ihr eine Idee, wie sie ihre Familie aufstellen wollte. Wir richteten eine Bühne ein.

Spielphase

Die eigentliche Spielphase beginnt mit dem Einrichten der Bühne und der Besetzung der Rollen aus dem Kreis der Gruppenteilnehmer. Das Spiel, in diesem Fall die Aufstellung, soll der Protagonistin und den Gruppenteilnehmern einen Einblick in das dynamische Geschehen der jeweiligen Beziehungskonstellation erlauben. So werden äußere und innere Eindrücke und Informationen aus dem Spiel gesammelt und später im Sharing und Rollenfeedback reflektiert. Das Spiel endet an emotionalen Wendepunkten und nach Übereinkunft mit dem Protagonisten.

Familienskulptur

Die Patientin suchte sich aus der Gruppe ihre Familienmitglieder aus: Vater, Mutter und Schwester sowie für sich eine Doppelgängerin. Sie stellte die Doppelgängerin und die Mutter einander zugewandt und sehr nah zueinander auf, den Vater mit deutlichem Abstand und um 180 Grad weggedreht, und die Schwester in noch größerem Abstand, ebenfalls von der Familie weggewandt.

Es brauchte lange, bis sie die Personen so aufgestellt hatte, wie sie es sich vorstellte, immer wieder unterbrochen von Zweifeln, dass alles doch nur Ausdruck ihrer ganz persönlichen Sichtweise sei. Sie brauchte viel Ermutigung für ihren Standpunkt. Im Weiteren ordnete sie jedem Familienmitglied einen typischen Satz zu:

Vater: „Du machst wieder so ein Gesicht, da weiß ich schon alles.“

Mutter: „Am liebsten würde ich Dich füttern.“

Schwester: „Ich bin eigentlich der Sonnenschein der Familie.“

Patientin: „Es ist alles wie vor 5 Jahren, immer gleich.“

Ihre Doppelgängerin wechselte und die Patientin stand der Mutter gegenüber. Die Mitspieler verbalisierten noch einmal den typischen Satz. Nach einer kurzen Pause korrigierte die Patientin die Haltung der Mutter, und ließ die Mutter die Arme um sie legen. So verharrte die Patientin einen Augenblick lang in dieser Szene und war sehr berührt. Sie wechselte zurück und betrachtete diese Szene noch einmal von außen mit der Doppelgängerin in ihrer Rolle. Die Patientin war erschöpft, und wir brachen an dieser Stelle ab.

Die Mitspieler wurden entrollt, indem sie sich bewusst ihrer gespielten Rolle in Form eines Rituals entledigten.

Sharing

Das Sharing folgt anschließend und dient der emotionalen Integration des Protagonisten in die Gruppe, die sich durch ihr Spiel emotional exponiert hat. Die Gruppenmitglieder schildern aufgrund ihrer Betroffenheit Gefühle, die sich bei ihnen durch die Szene entwickelt haben. Es handelt um ähnliche Situationen oder Erfahrungen aus ihrem Leben und helfen dem Protagonisten eigene Emotionen besser zu verarbeiten und sich weniger isoliert zu fühlen.

Die folgenden Schilderungen verdeutlichen diesen Prozess:

H. S.: „Ich habe mich immer so sehr nach einem intensiverem Kontakt zu meinem Vater geseht.“

Frau A.: „Mich hat die Szene berührt. Du hast es ja noch gut, Deine Eltern kommen wenigstens zum Familiengespräch, bei mir höchstens die Mutter, wenn überhaupt.“

Frau Sch.: „Ich kenne Deine Gefühle sehr gut. Ich war zu Hause auch oft so

hin und hergerissen, wollte geliebt sein und andererseits war es mir auch wieder zu viel.“ Usw.

Rollenfeedback

Das Rollenfeedback folgt nach dem Sharing und dient dem tieferen Verständnis der dargestellten Situation. Hier werden dem Protagonisten von den anderen Gruppenteilnehmern Rückmeldungen aus ihrem unmittelbaren Rollenerleben gegeben. Sie beschreiben, was sie in ihren zugewiesenen Rollen in Bezug auf die Protagonistin beobachtet und gefühlt haben. Diese Rückmeldungen entsprechen Hilfs-Ich-Funktionen und entstehen aufgrund von Empathie der Gruppenteilnehmer untereinander. Für den Protagonisten sind diese Rückmeldungen Mosaiksteine neuer Erkenntnisse, wie er auf andere gewirkt hat.

Es folgen Beispiele einiger Rollenfeedbacks:

Frau T.: „Als Mutter hätte ich Dich ohnehin am liebsten umarmt, aber es ging irgendwie nicht. Du wirktest so, als wolltest Du es nicht unbedingt.“

Herr J.: „Ich habe mich als Vater hilflos und distanziert gefühlt. Ich kenne die Situation überdies auch von meiner jetzigen Familie.“

Frau Sch.: „Ich möchte von der Mutter am liebsten gehalten werden.“

Frau S.: „Ich habe mit meiner Schwester eine ähnliche Problematik, sie war bei uns auch immer der Sonnenschein.“

Patientin: „Ich bin momentan erschöpft, fühle mich aber nicht schlecht, irgendwie erleichtert.“

Überlegungen

In den letzten Gruppensitzungen waren die Themen Vorbilder und Familie zur Sprache gekommen. Die Gruppe war gut angewärmt. Der nicht präsente oder auch von den zwei Frauen „verstoßene“ Vater, die von ihm abgewandte Mutter und die Patientin als „Problem“ der Familie kam in dieser Aufstellung deutlich zum Ausdruck, aber auch ihre Ambivalenz mütterlich zärtlichen Gefühlen gegenüber. Zumindest gelang es ihr, diese Gefühle für sich als zwiespältig zu erkennen. Die Gruppe half mit Kommentaren zum besseren Verständnis ihrer inneren Situation.

In der nächsten Gruppensitzung beschäftigte uns das Thema der Patientin

noch weiter. Sie schilderte, dass es ihr recht gut gegangen sei. Das Wochenende hatte sie bei den Eltern verbracht, die sich erstmalig nun auch mehr Gedanken machten. Bislang sei sie einfach die „Kranke“ in der Familie gewesen, über die sich die Eltern Sorgen gemacht hatten. Diese Haltung, insbesondere der Eltern ihr gegenüber, beginne sich zu verändern. Jedoch verspüre sie noch eine leichte Unsicherheit, ob es wirklich die „richtige“ Sicht der Dinge sei. „Am meisten beschäftigt mich die Beziehung zu meiner Mutter und inwieweit ich mit meiner Erkrankung auf die Beziehung meiner Eltern Einfluss nehme“, nimmt die Patientin als Resümee und Erkenntnis aus dieser Familienaufstellung mit.

Das Beispiel zeigt wie eine größere Abfolge von konstruktiven Einsichten und Überlegungen durch diese Intervention ausgelöst werden konnte.

Der weitere Therapieprozess gestaltete sich bei der Patientin in Bezug auf die Essstörung zwar sehr zäh, war längerfristig jedoch hinsichtlich Reifung und Stärkung ihres Selbstwertgefühls positiv zu betrachten.

Nach ihrem Austritt suchte sie neuerlich eine Anstellung.

In den nächsten Jahren erlitt die Patientin wiederholt depressive Einbrüche, meistens in Zusammenhang mit Beziehungsproblemen und ihren Schwierigkeiten mit der Nähe- und Distanz-Regulation.

Auch die Essstörung beschäftigt die Patientin weiterhin, vor allem in seelischen Krisen, als Begleitsymptom und Spannungsregulation. Insgesamt entwickelte sie dennoch eine kontinuierliche und schrittweise Veränderung, hat an Sicherheit gewonnen, ist besser arbeits- und liebesfähig und erkennt ihre Grenzen.

Psychodrama in der Einzeltherapie: Monodrama

Im Monodrama wird die Psychodramabühne von zwei Personen gestaltet. Der Therapeut übernimmt die Hilfs-Ich-Rollen, wie das Doppeln und Spiegeln, was in der Gruppe ansonsten von den Gruppenteilnehmern übernommen wird, und ist Leiter des Spiels. Der Patient übernimmt als Protagonist selbst alle imaginierten Rollen, die für die jeweilige Inszenierung wichtig sind.

Weitere psychodramatische Techniken im Monodrama sind Klärung, leerer

Stuhl, Doppeln, Spiegeln, innerer Monolog und Rollentausch- und -wechsel.

Mit diesen Vorüberlegungen komme ich zum 2. Fallbeispiel.

2. Fallbeispiel

Es handelt sich um einen Mann in einem Alter zwischen 40 und 50 Lebensjahren, von Beruf Pädagoge. Im Zusammenhang mit seiner beruflichen Situation geriet er zunehmend in eine depressive Krise. Von seiner behandelnden Therapeutin wurde er zum Vorgespräch angemeldet. Da die ambulante Behandlung über längere Zeit erfolglos geblieben war, wurde die Indikation für einen stationären Aufenthalt einer Psychotherapiestation gestellt.

Zur Biographie

Er war der Älteste einer kinderreichen Familie. Der Vater starb vor einigen Jahren, die Mutter lebt nach einem Schlaganfall in einem Altersheim.

Die Eltern hatten einen eigenen Betrieb, der die ganze Familie sehr gefordert hatte. Bereits als Kinder hatten sie mitarbeiten müssen. Der Patient hätte den Betrieb eigentlich übernehmen sollen.

Nach dem Militärdienst entschied er sich, statt den Betrieb zu übernehmen, für eine Ausbildung in einem pädagogischen Berufsfeld, zog in einen anderen Teil des Landes und nahm dort seine erste Stelle an. Er heiratete seine Freundin.

Die Partnerschaft entwickelte sich nicht wunschgemäß. Nach 5 Jahren ließ sich das Paar wegen unerfülltem Kinderwunsch scheiden.

Danach lebte der Patient einige Zeit allein und genoss seine Freiheit, lernte dann seine jetzige Ehefrau kennen. Aus dieser Ehe gingen 2 Kinder hervor.

Anamnese

Vor 10 Jahren hatte er erstmalig einen depressiven Einbruch im Zusammenhang mit beruflichen Veränderungen erlebt. Nun sei er erneut aufgrund beruflicher Anforderungen und Veränderungen depressiv geworden. Er entwickelte Ängste und quälende Selbstzweifel stellten sich ein. Die anfallende Arbeit bewältigte er nicht mehr und saß statt dessen stundenlang ineffektiv an seinem Schreibtisch. Ständige Grübeleien und Schuldgefühle verursachten nächtliche Schlaflosigkeit. Zuletzt

konnte er nicht mehr arbeiten. Es stellte sich ein allgemeiner Lebensüberdruß, zeitweilig auch passive Todeswünsche, ein. In der Folge wurde er krank geschrieben und versuchte, sich zu Hause zu erholen. Statt einer Verbesserung seines Zustandes unter Druckentlastung, fühlte er sich von diffusen Zukunftsängsten und unangenehmen Tagträumen gefangen. Seine Frau und die Kinder reagierten immer ungeduldiger auf ihn, was ihn zu noch mehr emotionalem Rückzug veranlasste.

Verlauf in der Klinik

In den Einzeltherapiegesprächen kam es zu so genannten „schnelle Einsichten“, die jedoch sehr oberflächlich und ausschließlich intellektuell anmuteten. Der Patient fühlte sich sehr passiv und in sich gefangen.

So erfolgte die Indikationsstellung für das Monodrama aus verschiedenen Überlegungen: Im Gespräch wurde aufgrund der intellektualisierenden Abwehr des Patienten ein Vermeidungsverhalten deutlich, das sich nur schwer lösen ließ. Er litt unter einer persistierenden schweren Beziehungsstörung, die sein Leben in seinen sozialen Bezügen sowohl innerhalb wie außerhalb der Familie beträchtlich erschwerte. Dies sollte über die Veranschaulichung seiner sozialen Beziehungen im Monodrama konkreter verdeutlicht werden. Zusätzlich sollte dem Patienten hinsichtlich seiner Gefühle von Schwere und Passivität eine aktivere Gestaltung seiner Patientenrolle ermöglicht werden.

Anfangs standen für eine Depression typische Selbstzweifel und Gefühle der Ambivalenz im Vordergrund. Die Selbstzweifel bezogen sich vor allem auf seine beruflichen Fähigkeiten, aber auch persönlich hatte er den Eindruck, als Partner und Familienvater völlig versagt zu haben. Sein Selbstwertgefühl hatte einen schweren Einbruch erlitten. Er litt unter dem Gefühl nichts mehr beeinflussen zu können und die falschen Lebensentscheidungen getroffen zu haben.

Diese Entwicklung besser zu verstehen war Thema der nächsten Wochen.

Monodramatisches Rollenspiel

Ein technischer Exkurs: Wir arbeiteten mit einem Rollentausch, was ich bereits anfangs ausgeführt hatte. Der Rollen-

tausch hat mehrere wichtige Funktionen:

Eine therapeutische Funktion durch Rollenerweiterung mit Förderung der Fähigkeit, sich emotional in andere hinein zu versetzen; eine diagnostische Funktion, um Rollendefizite zu erkennen; eine soziale Funktion durch die Aneignung bisher fremder Rollenanteile und schließlich eine kreative Funktion, welche die Gestaltung neuer Rollen ermöglicht. In dem nachfolgenden Beispiel kamen alle vier Funktionen zum Tragen.

Therapeutischer Fokus

Der Patient wollte die konfliktuöse Beziehung zu seiner Ehefrau besser verstehen. Dieser Fokus wurde mit dem Patienten erarbeitet. Hiermit wurde zunächst der äußere Konflikt formuliert, der innere Konflikt war zu diesem Zeitpunkt für den Patienten noch nicht greifbar.

Auffallend waren seine Entwertungen gegenüber seiner Frau, sowohl als Mensch als auch als Partnerin. Gleichzeitig litt er unter starken Schuldgefühlen, erlebte sich als undankbar und unfähig, zumal er sie auch sehr brauchte. Er beschrieb seine Schwierigkeiten Kritik anzunehmen, zog sich oft tagelang in sich zurück.

Hinzu kam, dass er die einerseits befreiende, andererseits aber auch quälende und angstbesetzte Vorstellung hatte, allein leben zu müssen. Nach einer eingehenden Erhebung der aktuellen Situation wandten wir uns seiner Lebensgeschichte zu.

Er war in sozial schwierigen Verhältnissen aufgewachsen, das Familienklima bezeichnete er als kühl. Nur die Arbeitsleistung im Geschäft zählte. Diese Leistungsorientierung dominierte den Patienten über Jahre hinweg, auch im Berufsleben, wo er als sehr engagiert und erfolgreich galt. Innerlich sehr hohe Ansprüche führten wiederholt zu depressiven Einbrüchen mit schweren Selbstzweifeln. In diesem Zusammenhang wurde die Beziehung zur Mutter Thema, die, wie auch die Beziehung zur Ehefrau, von einer sehr entwertenden Haltung geprägt war. Er machte sie für seine Probleme verantwortlich und behauptete, dass sie sein „Leben verpfuscht“ habe. Er hatte ein sehr negativ verinnerlichtes Mutterbild entwickelt.

Im Verlauf der nächsten Wochen, während sich gleichzeitig sein Zustand langsam besserte, kristallisierten sich zwei weitere Foci heraus.

Der eine Fokus bestand darin, als Handelnder wieder mehr eigenverantwortlich sein Leben gestalten zu können. Der zweite Fokus, der die Voraussetzung für den ersten darstellte, konzentrierte sich auf die Auseinandersetzung mit seinem negativen Mutterbild, da sich dies auch in der Beziehung zu seiner Ehefrau blockierend auswirkte.

Letzteres wurde der Ausgangspunkt für mehrere monodramatische Sitzungen, von denen ich mich einer nun besonders zuwenden möchte.

Rollentausch mit der Mutter

Wir wählten den Rollentausch mit der Mutter, da diese im Gespräch emotional wesentlich höher besetzt war als die Ehefrau.

Der Patient konnte sich auf ein Rollenspiel in Form eines Interviews mit der Mutter einlassen. Er bestimmte ihr Zimmer im Altersheim als Ort des Geschehens, wo das Interview stattfinden sollte. Er richtete die Szene ein, platzierte einen leeren Sessel im Raum, wo die Mutter sitzen sollte, wies der Interviewerin einen Platz zu und setzte sich in einen anderen Sessel. Nach einer kurzen Einleitung wechselte er auf den Sessel der Mutter und kam mit der „Einkleidung“ in ihre Rolle hinein.

Die Therapeutin stellte sich als Interviewerin zur Verfügung. Die „Mutter“ wurde von der Therapeutin zu ihrer aktuellen und geschichtlichen Situation interviewt. Sie sei seit Jahren im Anschluss an einen Schlaganfall im Altersheim untergebracht, habe sich aber daran gewöhnt. Mit ihrem Rollstuhl käme sie überall hin. Die Kinder jedoch vernachlässigten sie, besuchten sie zu selten. Sie war schon immer ein wenig kränklich gewesen, leide seit Jahren an Diabetes, Bluthochdruck und Depressionen. Von früh auf hätte sie unter existentiellen Ängsten gelitten. Wie sollte sie die ganze Familie erhalten? Würde das Geschäft genügend finanziellen Gewinn für die Familie abwerfen? Das ganze Leben war für sie ein harter Kampf gewesen. Die Arbeit habe sie als verzehrend und erschöpfend erlebt. Neben dem Geschäft hatte sie noch die Familie und den Haushalt zu versorgen,

was kaum zu schaffen gewesen sei. Ferien oder anderweitige Vergnügen waren zur damaligen Zeit selten möglich. Leider habe keines der Kinder das Geschäft übernommen. Das kränke sie im Grunde sehr. Es sei ihr immer schon alles zu viel gewesen. Ihr ältester Sohn sei ja auch zu selten zu Besuch und wenn, dann immer nur kurz. Eigentlich wisse sie nicht viel von ihm. In Bezug auf das Geschäft habe er sie ja auch enttäuscht. Dabei hätte er die nötige Begabung gehabt, es zu übernehmen. Sie habe ja früher unter Depressionen gelitten, aber das wurde damals weder erkannt, noch behandelt. Es war auch gar keine Zeit dafür.

Mit dem Schlaganfall habe es ja so kommen müssen, nun sei sie im Altersheim. Aber eigentlich sei sie ganz froh hier versorgt zu sein. Sie genieße den regelmäßigen Ablauf. Hin und wieder kämen die Kinder zu Besuch, aber viel zu selten.

Wir unterbrachen das Gespräch als die emotionale Intensität des Gespräches abnahm. Der Patient nimmt nach Rollenentkleidung wieder seinen Platz ein.

Spielende

In der darauf folgenden Rollenauswertung wurde deutlich, wie leicht er sich in die Rolle seiner Mutter einfühlen konnte. Es gelang ihm mühelos ein Bild von ihr zu entwerfen. Er erlebte sie heute zufrieden, nachdem sie sehr lange mit ihrem Leben gehadert hatte. So war er selbst erstaunt, dass es ihm, trotz der lebhaft negativen Gefühle ihr gegenüber gelungen war, sich in sie hinein zu versetzen. Dies mutete angesichts der zuvor beschriebenen Konfliktsituation eher seltsam an. Er schien doch über wesentlich mehr Verständnis für sie zu verfügen, als er selber angenommen hatte.

Er sah nun die beiden Bilder nebeneinander: Das aktuelle, soeben entworfene Bild seiner alten Mutter, die Frieden mit sich und ihrem Leben geschlossen hat. Dieses Bild versöhnte ihn spontan und löste einen Teil lang aufgestauter Schuldgefühle. Diese hatten sich unter anderem durch wiederholt depressive Phasen der Mutter mit emotionalem Rückzug von der Familie entwickelt. Aus seiner Perspektive hatte die Mutter ihrem Sohn Liebe und Zuneigung vorenthalten und damit sein Le-

ben ruiniert, für das er sie noch heute hassen und ständig entwerten musste. Diese negativen Gefühle musste er projizieren. Es konnte kein integriertes Mutterbild entstehen, sondern blieb gespalten. Durch den Rollentausch kam es zu einer teilweisen Reintrojektion dieser Hassgefühle, die ihn auch von seinen Schuldgefühlen entlasteten und den Integrationsprozess im Sinne einer Reifung und Ablösung von der Mutter förderten. Es bedurfte jedoch weiterhin der konsequenten Therapie und Durcharbeitung dieser Dynamik in der Einzeltherapie.

Dennoch war für den Patienten nach dem Rollenspiel etwas Neues entstanden. Er wirkte gelöst. Etwas war ihm geglückt. So führten seine Erfahrungen im Interview zu einer Deblockierung seiner bisherigen Vorstellungen und Phantasien der Mutter gegenüber. In einem weiteren Schritt tauchten verschiedenste Gefühle auf, sowohl Traurigkeit, welche mit seinen tief verwurzelten Schuldgefühlen gegenüber seiner Mutter, die er ja nicht hatte „glücklich“ machen können, in Zusammenhang standen, aber auch Wut, die aufgrund der „ungenügenden“ Mutter entstanden, die ja unter Depressionen gelitten und nicht genügend emotionalen Support geben konnte.

In den nächsten Wochen führten diese emotional getragenen Einsichten zu einer Besserung und zu weiterführenden Überlegungen. Die Entwertungen wichen mehr eigenen konstruktiven und neuen Einstellungen sowohl gegenüber der Mutter, als auch der Ehefrau. Viele seiner negativen Projektionen gegenüber der Ehefrau standen in enger Beziehung zu seinem Mutterbild. Herr Z. erholte sich langsam, die quälenden Selbstzweifel traten zugunsten eines erstarkenden Selbstwertgefühles in den Hintergrund. Themen wie Eigenverantwortlichkeit, die Bereitschaft und Fähigkeit zu vermehrter Introspektion entwickelten sich.

Der Patient konnte nach wenigen Monaten aus der Klinik austreten. Seine Ehefrau war in die Therapie mit einbezogen worden, und gemeinsam konnte der Lebensalltag wieder neu belebt werden. Herr Z. entwickelte auch wieder Freude am Beruf.

So wird anhand dieser Monodrama-Intervention mit Rollenwechsel deutlich, wie sich diese in die Gesamt-Behandlung der Einzeltherapie integrieren

ließ. Ohne dieses Interview hätte der Patient diese ganzheitliche Erfahrung nicht machen können. Im Gespräch ließ sich dieser allumfassende Zustand von körperlichem und seelischem Rollenerleben nicht realisieren. Zu sehr war der Patient in seinen negativen Phantasien gefangen. Ich möchte an dieser Stelle auf die diagnostische Bedeutung des Rollenspiels hinweisen, die verdeutlicht werden konnte. Es handelte sich um eine strukturelle Störung mit deutlichen Spaltungsphänomenen von nebeneinander bestehenden guten und bösen Anteilen. Durch das Rollenspiel wurden sie für den Patienten sichtbar und damit auch der Bearbeitung zugänglich. Überdies verloren diese Phänomene mit zunehmender seelischer Stabilisierung und Wiedererstarben des Selbstwertgefühls langsam an Wirksamkeit.

3. Fallbeispiel

Mein nächstes Fallbeispiel bezieht sich auf einen Mitte 50-jährigen Mann, der nach einem schweren Suizidversuch (mit Alkohol und Tabletten) gefunden wurde. Kurz darauf wies man ihn zunächst in ein somatisches Spital ein. Anschließend, nachdem er sich körperlich ausreichend erholt hatte, kam er in unsere Klinik. Wegen noch bestehender Suizidgedanken wurde er zunächst auf der geschlossenen Abteilung aufgenommen und nach weiterer Distanzierung von den Suizidgedanken auf die offene Psychotherapiestation verlegt. Diagnostiziert wurde eine depressive Entwicklung in psychosozialer Belastungssituation und Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung. Es handelte sich um einen sehr freundlichen älteren Herrn. Auch im Einzelgespräch war er stets freundlich und zuvorkommend und wusste nicht so recht, was er mit Psychotherapie anfangen sollte, wollte aber unbedingt an sich arbeiten.

Anamnese

Der Patient, von Beruf Abteilungsleiter in einem mittleren Betrieb, war seit vielen Jahren verheiratet. Vor einigen Jahren hatte er sich verliebt.

Die Außenbeziehung blieb der Ehefrau nicht verborgen. Es entwickelten sich zunehmende Spannungen in ihrer langjährigen Ehe. Über mehrere Jahre zog sich der Kampf zwischen den Ehe-

leuten hin, bis sie sich zur Trennung entschieden. Der Patient nahm sich eine Wohnung. Diese Konsequenz hatte er all die Jahre befürchtet. In der Folge stürzte er in eine tiefe Krise. Dabei hatte er die Ehe bis auf die letzten Jahre sehr harmonisch erlebt. Alle gemeinsamen Visionen hatten sie umsetzen können. Viele Jahre lang erfüllten sie sich einen Wunsch nach dem anderen, zuerst Kinder, dann den Kauf eines Hauses und finanzielle Anlagen für Notzeiten. Ihr gemeinsames Hobby seien Reisen.

Probleme und Konflikte gab es praktisch nie, man habe alles in Ruhe besprechen können.

Weniger zufriedenstellend sei einzig ihr Intimleben gewesen. Bei seiner Freundin hingegen habe er sich als Mann wieder akzeptiert gefühlt.

Dennoch ließ sich die Situation mit Ehefrau und Freundin so nicht mehr weiter aufrecht erhalten. Er beabsichtigte seine Ehe letztlich doch zu erhalten und unternahm mehrere Versuche sich von der Freundin zu trennen. Seine Frau hatte mittlerweile jedoch das Vertrauen verloren, nachdem bereits mehrere Trennungsversuche gescheitert waren. Sie setzte sich nun für eine Trennung und Scheidung ein. Der Patient hingegen träumte weiterhin von einer gemeinsamen Zukunft, plante wieder mehr Zeit mit ihr zu verbringen und den Lebensabend zu genießen. Erst jetzt bemerkte er, wie sehr ihm seine Frau fehlte.

In einem gemeinsamen Gespräch mit der Ehefrau wurde deutlich, wie wenig er verstehen konnte, dass sie unter seiner Konfliktunfähigkeit litt, und er den Problemen mit einer freundlichen Fassade auszuweichen versuchte.

Seine Anpasstheit und Höflichkeit wirkten emotional eingengt. Er schien von der Idee erfüllt zu sein, dass es ihm gut gehen müsse, und er sich nicht belasten dürfe. Ich spürte die Zurückhaltung in der Stunde als Schwere, und hinter seiner Freundlichkeit war eine schwere und traurige Stimmung spürbar. Es liefen ihm häufig die Tränen über das Gesicht.

In den Stunden war er erwartungsvoll gespannt, wie und womit ich wohl die Stunde beginnen würde. Für ihn sei eigentlich alles in Ordnung. Er wisse nicht recht, was er erzählen solle. Hin und wieder müsse er weinen, aber er wisse nicht so genau warum.

Er erzählte dann kleine Vignetten aus seiner Kindheit, die ihn sehr berührten.

Seine Traurigkeit wurde hier deutlicher spürbar, jedoch gelang es nicht recht, darüber ins Gespräch zu kommen. So schlug ich ihm zwecks Verdeutlichung das Arbeiten mit Figuren vor.

Anwärmung

Nach einer Vorbereitung und Anwärmung über das Gespräch stellte ich Herrn C. eine Kiste, mit verschiedensten Holzfiguren zur Verfügung. Herr C. kramte anfangs etwas lustlos darin herum.

Eigentliche Spielphase

Er wollte seine Ursprungsfamilie aufstellen. Langsam und bedächtig suchte er die Figuren aus. Er wollte sicher sein, dass die größenmäßigen Relationen der Figuren und ihre Abstände zueinander stimmten. Als erstes wählte er die Figuren für sich und die Mutter aus und stellte diese dicht zusammen. Den Vater platzierte er etwas abseits und wählte für ihn die größte Figur. Für die Geschwister (ältere Schwester und älterer Bruder) wählte er in etwa ähnlich große Figuren wie für sich. Sie stehen isoliert. Nun kleidete er die Figuren ein.

Der Vater war Alkoholiker gewesen und hatte die ganze Familie geprügelt, der ältere Bruder wurde von der Fürsorge wegen der Brutalität des Vaters aus der Familie genommen, die ältere Schwester verließ ebenfalls mit ca. 16 Jahren das Elternhaus. Zurück blieb der Patient, der sich insbesondere der Mutter sehr verbunden fühlte. In seiner Phantasie hatte er sie vor dem Vater beschützen wollen. Er schilderte im weiteren sein Leben als Kind zwischen diesen zwei Erwachsenen. Die Geschwister hatten für ihn wenig Bedeutung. Er wuchs in sehr ärmlichen Verhältnissen auf, musste früh zu Hause mithelfen.

Es tauchten weitere Erinnerungen auf, die er bislang zurückgehalten hatte. Hier belasteten ihn die verschiedenen Szenen mit seinem brutalen Vater, welche für ihn mit großen Demütigungen verbunden waren, und die er nur der Mutter zuliebe ertragen hatte. Weitere negative Erinnerungen betrafen seine ersten Erfahrungen mit eigenem Geld. Er konnte keine Lehre machen und verdiente mit Hilfsarbeiten seinen ersten Lohn, den er den Eltern vollständig abliefern musste. Erst viel später habe er aus eigenem Antrieb eine Druckerlehre beginnen können.

Neben dem existentiellen Kampf war er in einer lieblosen und brutalen Atmosphäre aufgewachsen. Seine Gefühlswelt hatte er mit Arbeit zu ersticken gelernt, und dieses Verhaltensmuster prägte auch seinen Lebensstil.

Spielende

Nach diesen Erinnerungen stellte der Patient Bezüge zur aktuellen Situation her und hatte damit den Spielrahmen verlassen.

Seine Ehefrau beschwerte sich häufig über sein unangemessenes Arbeitsverhalten. Er konnte sich jedoch nicht dagegen wehren, es sei ein innerer Zwang gewesen. Er glaubte auch, dass er so vor vielen Problemen davongelaufen sei. Die freundliche Fassade diente der Abwehr. Erst jetzt wurde ihm klar, wie er bisher gelebt hatte. Seine Angst vor Konflikten beeinflusste sein Verhalten im Betrieb wie auch zu Hause und kam einer Selbstaufgabe gleich.

Die Figuren (Repräsentanten) im Sozialen Atom ermöglichten ihm einen spontanen Zugang zu den belastenden Erinnerungen seiner Ursprungsfamilie. Im Vordergrund stand die problematische Beziehung zum Vater, der auch als einzige Person herausgearbeitet werden konnte. Alle anderen Figuren blieben in ihren Eigenschaften und Fähigkeiten eher blass.

Deutlich wurde in dieser Stunde der große Leidensdruck des Patienten hinter einer emotional sonst wenig spürbaren Fassade. Der Leidensdruck stand ganz im Vordergrund und erübrigte weitere Interventionen. Hier kam vor allem unterstützendes Doppeln zur Anwendung.

In den folgenden Therapiestunden löste sich eine Kaskade von gemischten Gefühlen, bestehend aus Traurigkeit, Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, aber auch subtilem Ärger, die ihm allmählich bewusster wurden.

Er konnte aus dem gewonnenen Material und anhand einzelner Vignetten die Erinnerungen betrauern und verarbeiten. Es wurde deutlich, warum er in der Beziehung zu seiner Frau, aber auch im Umgang mit anderen, eine so angepasste Haltung einnahm. Eine tiefe Angst vor Konflikten und der in seiner Phantasie verbundenen Brutalität des Vaters

hatten sich in ihm festgesetzt. Für ihn war Konfliktvermeidung zeitlebens eine Überlebensstrategie gewesen.

So verstanden wir seinen Selbstmordversuch als einen gegen sich selbst gerichteten heftigen Gefühlsdurchbruch, als einen Akt von Wut und Verzweiflung. Auch seine „eingefleischte“ Arbeitshaltung konnte er sukzessiv als Selbstaggression hinterfragen. In der Beziehungsdimension betrachtete er seine gegen sich gerichtete Arbeitshaltung als eine der wenigen Möglichkeiten des Protestes (im Sinne einer permanenten Vorwurfshaltung anderen gegenüber) bei ansonsten übergroßer Anpasstheit.

In der aktuellen Lebenssituation wurden Anpassung und Leistungszwang als zentrale Kompensationsmechanismen seines Lebens deutlich. Seine Schwierigkeiten, die ausufernde Arbeit in Form enormer Überstunden, zu begrenzen und sich nicht aufzuopfern, zeugten von einem großem Über-Ich Druck durch Schuldgefühle.

Dieser internalisierte Leistungsdruck war Kompensation und Selbstbestrafung in einem. Der Patient war über die Jahre in seiner Opferrolle fixiert und erstarrt und in seiner emotionalen Entwicklung stark blockiert.

Der Patient realisierte nun langsam seine inneren Blockaden und war häufig überrascht und erstaunt zugleich, was seine Erkenntnisse und Erfahrungen in ihm bewirkten. Gleichzeitig ließ er sich durch die Mitpatienten auf der Station inspirieren und lernte bei anderen ähnliche Problemstellungen kennen, was ihn zu weiteren Auseinandersetzungen motivierte.

Resümee

Das Ziel meines Artikels soll anhand dieser drei sehr unterschiedlichen Fallbeispiele aufzeigen, wie sich Psychodrama im therapeutischen Prozess integrieren lässt. Die Variation hinsichtlich Alter, Diagnose und Geschlecht wurden so gewählt, um das breite Anwendungs- und Indikationsgebiet vom Psychodrama herauszuarbeiten. Es bedarf im klinischen Alltag „wenig“ an psychodramatischen Interventionen, um mit dem daraus resultierenden Material effektiv arbeiten zu können. In allen drei

Beispielen ergab sich aus diesen Interventionen Material für mehrere Stunden.

Das Psychodrama sollte bei Anwendung im klinischen Alltag einer sorgfältigen Indikationsstellung unterzogen werden, zumindest was den therapeutischen Einsatz anbelangt. Darüber hinaus hat das Psychodrama auch in der Diagnostik einen wichtigen Stellenwert, womit u.a. J. Burmeister und J. Fürst sich eingehender befasst haben.

Das Psychodrama ist eine wichtige therapeutische Methode, die über den verbalen Teil hinaus einen handlungsorientierten, kreativen, spontanen und umfassend körperlichen Erfahrungsanspruch hat, welcher in der Vergangenheit schon vielfach dokumentiert und beschrieben wurde. Mein Beitrag sollte vor allem das Psychodrama in der stationären Psychotherapie beleuchten und den unschätzbaren Wert dieser Methode auch auf diesem Gebiet verdeutlichen.

Autorin

Susanne Kunz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, CH-9573 Littenheid, Leitende Ärztin, Bereich Psychotherapie, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychodramatherapeutin, Präsidentin des PDH (Psychodramaverband Helvetia), Psychoanalytische Psychotherapeutin für Erwachsene, Mitglied EFPP (Europäische Föderation für Psychoanalytische Psychotherapie).

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (1998) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle, S 16
- Erlacher-Farkas B, Jorda C (1996) Monodrama: heilende Begegnung. Vom Psychodrama zur Einzeltherapie. Springer, Wien New York, S 127
- Krüger R (2000) Begegnung als Rahmen psychodramatischen Denkens und Handelns in der Einzeltherapie. Psychodrama. Zeitschrift für Theorie und Praxis von Psychodrama, Band 18/19: 66
- Petzold HM (1982) Rollenentwicklung und Identität. Junfermann, Paderborn, S 125
- Zeintlinger K (1981) Analyse, Präzisierung und Reformulierung der Aussagen zur Psychodramatischen Therapie. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Salzburg, S 197, 209, 272