

International Psychodrama Conference Jerusalem, Israel

31. März – 2. April 1996

Paper presented by Till Niewisch, Hamburg, Germany

Ausbildung für Psychodramatherapeuten für die einzeltherapeutische Situation

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, liebe Kolleginnen und Kollegen, meine sehr verehrten Damen und Herren,

Ich bin Till Niewisch, seit 1972 arbeite ich in unterschiedlichen Settings mit Menschen. Ich habe zunächst Theologie sowie die Geschichte und Kultur des alten Nahen Ostens studiert, danach als Wissenschaftler am alttestamentlichen Seminar der Universität Hamburg gearbeitet. In diese Zeit fiel meine Ausbildung in Pastoral Clinical Training, eine spezielle psychotherapeutische Ausbildung für Pastoren, die sich mit Seelsorge für stationär behandelte Patienten befasste. Gleichzeitig arbeitete ich mehrere Jahre lang in der neu gegründeten Studentenberatung und studierte Psychologie. 1978 absolvierte ich eine Ausbildung in Gestaltpsychotherapie, seit 1980 arbeite ich als niedergelassener klinischer Psychologe in freier Praxis in Hamburg. Meine Tätigkeitsbereiche sind Psychotherapie, Beratung für Institutionen und Supervision.

1983 habe ich die Konzepte des klassischen Psychodramas kennen gelernt. Seit 1994 habe ich Psychodramatherapeuten (Psychologen, Mediziner, Sozialarbeiter) in psychodramatischer Einzeltherapie aus- bzw. weitergebildet.

Auf der subjektiven Ebene führte meine Begegnung mit Geist und Techniken des Psychodramas zu einer immensen Erweiterung meines psychotherapeutischen Inventars. Wie jeder junge Therapeut war ich Anfang der 80er Jahre von erlebnisaktivierenden und konfliktzentrierten Methoden begeistert; meine gestalttherapeutischen Interventionen funktionierten. Gleichzeitig besuchte ich Seminare in NLP und Psychoanalyse, Stück für Stück ergab sich ein multimodales therapeutisches Arbeiten, für das allerdings lange die Verlebendigung, die Handlungsebene fehlte. Denn, deutlich gesagt: Alles fand im Sitzen und Reden statt.

Damit war ich relativ lange auch zufrieden, weil das Leitparadigma einzeltherapeutischer Arbeit eben das Sitzen und Reden war. Die Anwendung von psychodramatischen Techniken, so wie ich sie ausprobierte, erwies sich als Möglichkeit, die verschiedenen psychotherapeutischen Handlungsweisen und Zugangswege so zu optimieren, dass sie patientenorientiert einsetzbar waren.

Ich habe damals wie heute vorwiegend mit seelisch und körperlich sehr kranken Patienten gearbeitet, bei denen ein »re-empowering« schon initial im Fokus der Behandlung stand. MS-Patienten, Krebspatienten und Patienten nach einem Herzinfarkt, aber auch Patienten mit Persönlichkeitsstörungen müssen »verführt«, vom Weg ihrer situativen Einengung abgebracht werden. Dies war mit Mitteln des Psychodramas durchaus gut zu gestalten, es fragte sich aber immer wieder, ob das überhaupt Psychodrama sei. Wesentliche Elemente wie die soziometrische Wahl, ja, die ganze Dynamik der Gruppe, Spontaneität und Kreativität einer Vielzahl von möglichen Protagonisten und tatsächlichen Hilfs-Ichs fehlten. Aus pragmatischen Gründen war es aber trotzdem richtig, den Einsatz von psychodramatischen Elementen in der Einzeltherapie weiter zu erproben, ohne dass es dafür ein sicheres Gerüst gab. Es mag dabei ein spezifisch deutsches Problem gewesen sein, das mich immer wieder danach fragen ließ, inwieweit ich damit den Weg des »echten« Psychodramas verließ, das nicht nur Rollenspiel ist. Ob hier das Psychodrama als Steinbruch benutzt wurde, um es eklektisch einzusetzen. Ich habe damals versucht, diese Fragen in Diskussionen zu klären, fand aber wenig Begeisterung für eine Debatte.

Am Anfang bis Mitte der 70er Jahre boomte in Deutschland die Gruppenpsychotherapie, neue Gruppen wurden fast täglich ins Leben gerufen. Spöttisch sagte man damals, es gehe um Therapie um jeden Preis. Es war ein bisschen so wie in dem Roman »Therapy« von David Lodge, der 1995 erschien, der die soziale Praxis der Psychotherapie so beschrieb, dass der Eine eben zur Verhaltenstherapie, der Andere zur Analyse, der Dritte in seine Gruppe gehe. Anfang der 80er Jahre lag der Akzent vielfach mehr auf der Selbsterfahrung und der Fortbildung, weniger auf der Behandlung von seelischen Krankheiten. Wie gesagt, die Debatte verlief etwas fruchtlos, dennoch wurde weiter mit Modellen von Psychodrama in der Einzeltherapie experimentiert.

Ein Weg, der intermediär beschritten wurde, das Behaviourdrama, erwies sich als nicht tragfähig genug, um damit weiter zu arbeiten. Behaviourdrama ist zwar Psychodrama à deux (oder impliziert es theoretisch und praktisch), ist aber wesentlich auf

Krisenintervention und den kurzfristigen Erwerb neuer Verstärkerkontingenzen ausgerichtet. Es wird als Teil eines tetradischen Psychodramas zwar immer wieder genannt, hat sich aber letztlich nicht als eigenständiges Konzept durchsetzen können. Dies zeigt sich auch an den Ausbildungsangeboten der deutschen Psychodramainstitute: Sie bieten Behaviourdrama gar nicht an. Die Verhaltenstherapeuten haben es gar nicht erst als Konzept aufgenommen. Eine berufliche Identität »Psychodramatischer Verhaltenstherapeut« gibt es nicht. Eine interessante Frage bleibt allerdings, inwieweit verhaltenstherapeutische Elemente in psychodramatisches Vorgehen aufgenommen sind bzw. aufgenommen werden sollten. Es gibt kein tiefenpsychologisch fundiertes psychotherapeutisches Verfahren, das so eminent verhaltenstherapeutisch ausgelegt ist wie das Psychodrama. Schaut man sich die frühen Konzepte Morenos — speziell »Who shall survive« — an, zeigt sich, dass die positive Wirkung eines Verhaltenstrainings zu den optimistischen Grundannahmen des Psychodramas gehört.

Wie bei allen anderen Therapieformen stützt sich das Psychodrama in seinen theoretischen wie pragmatischen Aspekten darauf, dass Menschen im Rahmen einer gewissen »Nachsozialisation« in der Lage sind, pathologisches Verhalten so zu ändern, dass eine Dekonstruktion des Bösen, des Destruktiven, des Tödlichen möglich ist. Die Rekonstruktion von Vitalität, Kreativität und Spontaneität erfolgt letztlich über ein Verhaltenstraining, im paradigmatischen Neu-Erleben bedrohlicher innerer wie äußerlicher Erfahrungen. Hierbei ist die Beziehung von Verhaltenstherapie und Psychodrama unübersehbar.

Zurück zur Einzeltherapie. In den letzten acht Jahren hat sich in meiner klinischen Erfahrung zusätzlich gezeigt, dass eine kulturelle Veränderung stattgefunden hat. Parallel zu einer stärkeren Individualisierung und Entsolidarisierung in den entwickelten Gesellschaften der industrialisierten westlichen Länder zeigt sich ein Mehr an persönlichem Pessimismus, ein stärker narzisstisch orientiertes, primitiv organisiertes Ich und ein eher depressiver Lebensstil, über den der offizielle Hedonismus nicht hinwegtäuschen kann. Dies gilt am stärksten für weiße, männliche Heterosexuelle mittleren Alters (Jahrgänge 1945 -1970), in Abstufung aber auch für andere Bevölkerungsgruppen, die zunehmend psychotherapeutische Verbraucher/»Klienten« sind. Von dieser steigenden Zahl an Patienten wird einzeltherapeutische Behandlung verlangt, die erlebnisaktivierende Elemente beinhalten soll. Die psychoanalytisch argumentierenden Behandler stellen dazu fest, dass es sich dabei der Wurzel nach um Agieren handelt, also therapeutisches, konfliktzentriertes Arbeiten vermieden werden soll. Ähnliches hört man von

verhaltenstherapeutischen Kollegen, die mit penibler Sorgfalt alles vermeiden, was in den Bereich einer Katharsis führen könnte. Dies ist schulenspezifisch auch nachzuvollziehen, dennoch gibt es diese kulturelle Veränderung im Selbsterleben von Patienten. Erlebnisaktivierende Elemente sind deshalb deutlich mehr gefordert, sie stehen im Psychodrama auch reichlich zur Verfügung, allerdings für die Einzeltherapie wenig systematisch genutzt.

Ich möchte einen weiteren Gesichtspunkt hinzufügen. In Deutschland werden Psychodrama, Soziometrie und Gruppenpsychotherapie sehr heterogen wahrgenommen. Seit 1970 gibt es eine etablierte psychodramatische Community, die sich untereinander auf nationaler Ebene kennt, respektiert und unterstützt. Die Art des Umgangs miteinander ist kollegial und kooperativ, es gibt wenig Streit, vielleicht auch deshalb, weil es wenig zu verteilen gibt. Auf regionaler Ebene ist dies anders. In der Region Hamburg findet keine organisierte Zusammenarbeit statt. Das ist besonders misslich, weil Hamburg die reichste Region der europäischen Gemeinschaft ist und eine Therapeutendichte aufweist, wie sie sonst kaum auf der Welt anzutreffen ist. Das kann daran liegen, dass in Hamburg die wichtigsten Printmedien im deutschsprachigen Raum hergestellt werden, darüber hinaus wird ein wesentlicher Teil der TV- und Filmproduktionen sowie der Werbung in Hamburg hergestellt. Dies hat eine große Zahl von kreativ Tätigen in die Region gezogen, bei denen es einen überproportional wachsenden Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung, Coaching und Counseling gibt. Dem steht eine Disparatheit derjenigen Berufsgruppen gegenüber, die mit Psychodramatechniken ambulant arbeiten, von denen dies aber nach außen wenig bekannt ist. Dies kontrastiert mit der Situation in stationären Einrichtungen, in denen auch auf nationaler Ebene das Psychodrama als gruppenpsychotherapeutisches Verfahren anerkannt und etabliert ist. Dort aber handelt es sich um eine Situation, die gänzlich aus der Praxis ambulanten Behandeln herausgelöst ist. Dies ist deshalb so, weil die psychotherapeutische Behandlung in Kliniken fast ausschließlich unter der Regie der öffentlichen und privaten Krankenversicherungen bzw. der Rentenversicherungen durchgeführt wird. Diese dulden eine ganze Reihe von psychotherapeutischen Verfahren, wenn sie kostensenkend und effektiv sind. Dazu gehören das Psychodrama ebenso wie katathymes Bilderleben, Gestaltungstherapie, Bioenergetik, Gestalttherapie, klinische Hypnose und Familientherapie. Öffentlich akzeptiert sind die psychoanalytischen Schulen, die sich auf Freud, Jung und Adler berufen, dazu die Verhaltenstherapie. Die Gesprächspsychotherapie (client-centered therapy) spielt dabei die Rolle eines Juniorpartners, der demnächst in den Kanon der Therapien aufgenommen wird, die sowohl in den Kliniken als Gruppentherapie und

Einzelbehandlung wie auch in der ambulanten Behandlung als Einzeltherapie zu Lasten der Krankenversicherungen durchgeführt werden. Der Befund für das Psychodrama sieht komplett anders aus. Wie gesagt ist Psychodrama als gruppentherapeutisches Verfahren im Bereich der stationären Versorgung akzeptiert, hat ansonsten aber eine Zwitterstellung.

Im Bereich der ambulanten Versorgung gibt es keine psychodramatische Herangehensweise im Bereich der Einzelpsychotherapie, die akzeptiert wäre. Dabei geht es nicht allein um staatliche Instanzen und Krankenversicherungen, die keine weiteren Therapieverfahren zulassen wollen. Es geht auch um die Akzeptanz in der »therapeutic community«, in der Psychodrama als Verfahren gilt, das erst noch aus der »alternativen psychotherapeutischen Nische« herausfinden soll. Psychodrama ist der sagenhafte weiße Elefant unter den konkurrierenden Therapieansätzen, in gewisser Weise wird er respektiert, hauptsächlich aber für nicht existent erklärt. Entsprechend vernichtend sind die Beurteilungen in den Lehrbüchern bzw. offiziellen Stellungnahmen:

- _ »Katamnestic Studien zur Effizienz des Psychodramas fielen bisher gänzlich aus.«
- _ »Um als therapeutische Methode Anerkennung zu finden, wäre eine wissenschaftliche Konzeptualisierung und auf Eindeutigkeit abzielende Ordnung dieser komplexen Prozesse von großer Wichtigkeit.«
- »Erfolgsüberprüfungen und Katamnese-Studien sind nicht durch sehr überzeugende Beschreibungen abgelaufener Prozesse zu ersetzen, insbesondere nicht durch ein subjektives Evidenz-Gefühl des jeweiligen Therapeuten.« (Peichel-Rüger, 1993, 396)
- _ »Es fehlen Wirksamkeitsnachweise bei der Patientenbehandlung.« (Meyer und Andere, 1991)
- »Psychodrama zeigt keine intersubjektiv überprüfbaren Effekte im Bereich klinisch-psychologischen Handelns.« (Grave, 1992)
- Die Psychotherapierichtlinien, wie sie in Deutschland gültig sind (1989), formulieren kurz und bündig: »Psychodrama gehört ausdrücklich nicht zu den Verfahren, die als wissenschaftlich begründet und in ihrer Wirkung beschreibbar sind«.

Die Reihe lässt sich mühelos fortsetzen. Es spielt dabei sicher eine Rolle, dass an den Universitäten hauptsächlich von Vertretern analytischer Schulen, aber auch von Behaviouristen geforscht und gelehrt wird. Da mag Futterneid eine Rolle spielen. Hier immer extrapunitiv nach Schuldigen zu suchen bringt aber nicht weiter, ist in sich schon negativistisch und tendenziell depressionsfördernd. Faktisch bedeutet dieser Befund

aber, dass das Psychodrama in Deutschland in den nächsten zehn Jahren seine Kompetenz im Bereich einzelpsychotherapeutischer, wissenschaftlich überprüfbarer, qualitätsgesicherter Arbeit beweisen muss. Um es etwas grob zu formulieren: Wenn es die psychodramatische Community im deutschsprachigen Bereich nicht bewerkstelligt, sich im einzeltherapeutischen Bereich zu profilieren, wird es für Mediziner und Psychologen als Therapeuten zunehmend uninteressant sich hierin ausbilden zu lassen. Warum? Es gibt dann keinen Markt mehr für psychodramatisches Behandeln.

Der Beginn der Ausbildung von Psychodramatikern für Einzelpsychotherapie hatte am Institut für Psychodrama Dr. Ella Mae Shearon einen fast anekdotischen Grund. Dr. Shearon war immer wieder von potentiellen Patienten angesprochen worden, die sie nach Therapeuten fragten, die mit psychodramatischen Techniken Einzeltherapie anboten. Irgendwie gingen wir alle davon aus, dass trainierte Psychodramatiker in ihrer individuellen Praxis auch Elemente des Psychodramas bieten. Das Ergebnis war merkwürdig: irritierte Patienten, die berichteten, dass nur und ausschließlich geredet wurde. Von Spiel, Drama, Bühne, Aktivierung keine Spur. Fast wirkte es so, als ob psychodramatisch ausgebildete Therapeuten sich mit einigem Vergnügen in der Rolle des psychotherapeutischen „petit bourgeois“ wiederfänden und das psychodramatisch Anstößige hinter sich lassen wollten. Deshalb haben wir seit 1994 ein systematisches, explizites Curriculum zur Fortbildung von Psychodramatherapeuten entwickelt, das 120 Ausbildungsstunden umfasst. Es geht systematisch so vor, dass sowohl Anamnese, Diagnostik und Differentialdiagnostik verschiedener Krankheitsbilder sowie die Behandlungstechniken dieser Krankheitsbilder paradigmatisch gelehrt werden. Darauf folgt eine sorgfältige Katamnese anhand der protokollierten Einzelsitzungen, die die jeweiligen Therapeuten zur Verfügung stellen. Dies wird ausgewertet und abschließend zertifiziert.

Ich möchte jetzt einige prinzipielle Bemerkungen zu Psychodrama in der Einzeltherapie anschließen.

Psychodrama kann in der Einzeltherapie in zwei Formen erfolgen, zum einen als Monodrama, zum anderen als Psychodrama à deux. Eine Begriffsklärung werde ich weiter unten vornehmen. Die Methode des Psychodramas ist grundsätzlich auch für die Einzeltherapie geeignet. Anders als bei anderen modernen Gruppentherapien steht in der praktischen Arbeit mit psychodramatischen Techniken der Protagonist, der Einzelne, im Mittelpunkt des Geschehens. Wichtigster Zugang dabei ist, dass Morenos Konzept des Unbewussten – das hirnrorganischen Forschungen zwar größtenteils nicht entspricht, aber eminent pragmatisch ist – davon ausgeht, dass es zwischen zwei Personen immer eine Schnittmenge des gemeinsamen Unbewussten

gibt. Dies ist ausdrücklich nicht im Sinn eines menscheitsumfassenden kollektiven Unbewussten gemeint, sondern als gemeinsame Erfahrung einer gesellschaftlich und historisch gegebenen Gruppe und Subgruppe. Es erlaubt, ein emotionales multitasking durchzuführen, das Grundlage jeder Psychotherapie ist. Wenn ich mit einem Patienten arbeite und auf einzelne konkrete Konfliktsituationen bezogen bin, kann ich gleichzeitig unsere gemeinsame emotionale Rechtschreibung, Grammatik und Syntax überprüfen. Diese enthalten sicher auch divergente Elemente, jedoch sind sie auf Grund von quantitativen Übereinstimmungen und der qualitativen Ähnlichkeit die Grundlage für jedes Tele, jede Zweifühlung. Gemeinsames Erleben, Erfahren, Wahrnehmen, Erinnern von mindestens zwei Individuen, die dies teilen, macht das spezifisch gemeinsame Unbewusste aus. Moreno fasste dies so: »Zustände, welche die Partner zusammen erfahren oder hervorgerufen haben und die deshalb auch nur zusammen reproduzierbar sind oder nachvollzogen werden können« (Moreno, 1959, 67).

Ironisch könnte man hierbei — aber mit gutem Grund — an das Neue Testament erinnert sein: »Wo zwei von Euch zusammen sind, da will ich bei Euch sein.«, eine Zusprechung von Verstehen, die nicht nur religiös zu deuten ist.

Für die einzeltherapeutische Situation gilt mithin, dass der Therapeut — da er auf etliche Ressourcen des Psychodramas verzichten muss — Morenos triadisches System so systematisch zu adaptieren hat, dass ein neues Handlungsprofil des Therapeuten entsteht. Die Betonung liegt dabei auch auf der verbalen Interaktion, intendiert ist aber keine »talking cure« nach Art der klassischen Analyse, sondern ein heuristisch suchendes Gespräch, ein Interview, das die Beziehungskonfliktsthematik herausarbeitet. Interessant ist dabei, dass auf den psychoanalytischen Kongressen der letzten zehn Jahre sehr viel stärker als bisher eine aktive Behandlung gefordert wird, die speziell bei realtraumatisierten Patienten als Methode der Wahl angesehen wird. Hier gibt es wesentliche Berührungspunkte mit dem Psychodrama in der Einzeltherapie. Ein wichtiger Name in diesem Zusammenhang ist Prof. Ulrich Sachse aus Göttingen, der über selbstschädigendes Verhalten und die Entstehung von Borderlinestörungen arbeitet.

Keine »talking cure« bedeutet nicht, dass ausschließlich psychodramatisch in Aktion behandelt wird. Entsprechend jedem Sitzungsaufbau in der Einzelsituation gibt es pre-contact — contact — full-contact — post-contact. Dazu gehören also immer auch verbale Anamnese, diagnostisches Gespräch, intelligente Deutung, empathische Vertiefung, komplexes Feedback, Integration, die frei ist von Gegenübertragungsangriffen. Die Betonung innerhalb unseres Ansatzes liegt allerdings

auf einem neuen Profil. Er fokussiert auf Psychodrama als Aktionsmethode mit dem Therapeuten, der diese Methode vertritt.

Moreno stellt in seinem Artikel »Therapeutische Hilfsmittel und das Konzept der Surplus Reality« fest, dass das Theater des Psychodramas aus drei Teilnehmern besteht:

1. Der Therapeut (Director and auxiliary egos)
2. Darsteller/Protagonist (Patient)
3. Gruppenteilnehmer bzw. Zuschauer (Spiegel)

Im Einzeltherapiesetting gibt es keine therapeutisch trainierten auxiliary egos, Doppel und Zuschauer, außer dem Psychodramatiker selber (lässt man einmal beiseite, dass uns die Gesichter unserer jeweiligen Kulturkonserven anstarren). Die Psychodramabühne wird von nur zwei Personen kreiert und nicht von einer Gruppe. Wenn wir Morenos Aussage und sein Konzept ernstnehmen, dass trainierte therapeutische auxiliary egos, Doppel und Spiegel ein nötiger Aspekt des psychodramatischen Heilungsprozesses sind, dann folgt daraus, dass der Therapeut in der Einzeltherapie die zusätzlichen drei Rollen — auxiliary ego, Doppel und Spiegel beherrschen und integrieren muss. Diese Rollen sind Teil der therapeutischen Kompetenz des Therapeuten, und dieser entscheidet in der Situation entsprechend seiner Zweifühlung und seiner Spontaneität, was anwendbar ist. Er könnte sich zum Beispiel für ein Monodrama entscheiden, wenn es sich um einen erfahrenen Patienten handelt. Dabei spielt der Protagonist selbst die Hilfs-Ich-Rollen, mit der Möglichkeit, dass der Leiter jeweils doppelt, nicht aber als Protagonist oder Antagonist in Erscheinung tritt. Die andere Möglichkeit besteht darin, dass der Leiter innerhalb eines Psychodramas à deux selbst im Rollentausch die Hilfs-Ich-Rollen mitspielt, sowohl die des Protagonisten als auch die des Antagonisten oder die anderer Beteiligter.

Ich möchte jetzt einiges Definitorisches zum Begriff »Monodrama« sagen. Im klassischen Sinn ist Monodrama Psychodrama für eine Person. Der Protagonist spielt alle Rollen in der psychodramatischen Darstellung selbst, auxiliary egos sind nicht verlangt. Hier ist der Therapeut in der Einzeltherapie als Begleiter zu sehen, der den Protagonisten zum Ausspielen seiner Wahrnehmung in konflikthaften Beziehungen anregt. Der Protagonist allerdings spielt alle Rollen selber.

Klassisch sind für die monodramatische Situation »two-chair-settings«, die die Gestalttherapie sich vom Psychodrama geborgt hat, wobei der Protagonist seine Sicht des Anderen und des Selbst ausspielt. In der Bewegung von einem leeren Stuhl zu seinem eigenen Stuhl, von Rolle zu Rolle stellt er seine Funktion und seine Anteile der Beziehung dar, stellt dabei seine Interaktion mit dem Anderen dar. Die Frage dabei ist, ob die Beziehung in dem Interaktionsprozess gesund oder ungesund ist. Sind beide Anteile Co-Schöpfer? Sind beide verantwortlich in der Beziehung oder in einer ungesunden Abhängigkeit voneinander? Gibt es eine gesund sich entwickelte Rollenfluktuation?

Moreno war ein Therapeut von Beziehungen, Beziehungen in dyadischer oder multipler Art und Weise hat er immer als Substrat und Grundlage seiner Arbeit geschätzt. Monodrama im klassischen Sinn heißt, dass der Protagonist selber alle auxiliary egos der Beziehungen spielt, er bleibt einzige persona dramatis.

Das Psychodrama à deux setzt prinzipiell auf eine andere Mitarbeit des Therapeuten. Er ist nicht nur Doppel des monodramatisch arbeitenden Patienten, sondern nimmt selbst alle Rollen in der psychodramatischen Darstellung ein. Der Therapeut ist gefordert, folgende Rollen spielen zu können:

1. der begleitende, nicht belehrende Therapeut
2. der Regisseur
3. das Doppel
4. der Antagonist
5. weitere Nebenrollen
6. surplus reality Figuren
7. »stand-in-Rollen«, z.B. in einer Interventionsszene, wenn strukturelle Defizite dargestellt werden sollen
8. Spiegel für den Protagonisten
9. Spiegel für den Interaktionsprozess zwischen Protagonisten und Antagonisten
10. Spiegel für dramatische Elemente, z.B. die Rolle des Zeitgeistes in der Atmosphäre, als Stimme aus dem »off«.

Diese Methode erfordert viel Erfahrung vom Therapeuten. Er muss seine eigenen Fähigkeiten als Mitspieler gleichzeitig mit seiner therapeutischen Rolle als Leiter ausüben. Normalerweise hat der Leiter in einem Psychodrama mit Gruppen die Regie

und die auxiliary egos/ Hilfsichs spielen die verlangten Rollen. Im Psychodrama à deux hingegen muss der Leiter die Flexibilität, das Können und das Wissen haben, alle Rollen spielen zu können und trotzdem den Überblick für die Therapeutenrolle zu behalten. Diese Methode kann Stopp-Phasen verlangen, die der Leiter auch vorher annonciieren muss. Der Vorteil bei der Arbeit mit Gruppen ist die Dynamik des Spiels, die Bühne. In der einzeltherapeutischen Situation ist es, als ob »mehrere« Teilnehmer außer dem Protagonisten da sind. Einschränkend sei hierzu mitgeteilt, dass meine eigene Erfahrung mit gewalttätigen kathartischen Situationen zeigt, dass es zumindest einen körperlich kräftigen Therapeuten und ein schalldichtes Ordinationszimmer braucht.

Die Ausbildungsmodule, die ich jetzt vorstellen möchte, setzen Folgendes voraus: Zielgruppe sind advanced students und graduierte Psychodramatiker, die eine Psychodrama-Ausbildung im Wesentlichen abgeschlossen haben und beruflich seit Jahren Erfahrung mit Einzel- und Gruppentherapie haben.

Leitend bei der Konzeptualisierung des Curriculums für Einzeltherapie waren

1. Struktur
2. verlässliche Reproduzierbarkeit. Dies mag zunächst banal klingen, bietet aber pädagogische, didaktische und methodologische Aspekte, die hier leider nicht diskutiert werden können. Aber: Das Ziel ist es, sowohl interpersonal als auch intrapersonal Fähigkeiten und Reflexionsebenen zu schaffen und zu öffnen, die operationalisierbar sind. Der Ansatz moderner kommunikationstheoretisch fundierter Therapieformen wie das NLP ist insofern richtig, weil die Struktur der Magie (Bandler/Grinder) lernbar sein sollte. Was darüber hinaus Charisma und Talent sind, ist sicher individuell gegeben und sammelt sich im Zirkuszelt des Psychodramas sicher eher als in den Katakomben der Psychoanalyse oder dem Fertighaus ohne Keller des Behaviourismus.

Innerhalb des Curriculums arbeiten wir mit veränderten Vermittlungsformen, Abläufen und supervidiierter Praxis. Einige Beispiele hierfür sollen kurz genannt werden:

1. Die Arbeit innerhalb der Ausbildung zum Einzeltherapeuten ist daraufhin angelegt, dass von Anfang an in einer realistischen therapeutischen Situation gearbeitet wird. Von daher gilt für alle Übungssituationen eine strikte Zeitlimitierung auf 50 Minuten, die dem Maß entspricht, das im Augenblick in Deutschland für die Einzelsitzung üblich ist.

2. Der Übungsraum für die jeweilige Arbeitsgruppe ist ein „Ordinationsraum“, der von den jeweiligen Teilnehmern innerhalb des Gesamtgruppenraumes aufgebaut wird. Wir unterrichten dieses Programm in relativ großen Gruppen von etwa 25 Teilnehmern, so dass bis zu 8 Subgruppen gebildet werden.
3. Die Arbeitsgruppen, in denen wir dieses Curriculum vermitteln, sind jeweils triadisch als O-Gruppen gebildet. Dieses Konzept von therapist – patient – observer hat sich auch bei der Vermittlung anderer Therapieformen bewährt, im Psychodrama war es u.E. bis dato ungewöhnlich. Unsere Erfahrungen der letzten zwei Jahre zeigen, dass es sich außergewöhnlich gut dafür eignet, einzeltherapeutische Fähigkeiten zu erwerben und zu vertiefen.
4. Die Prozessanalyse wird abweichend von der sonstigen Situation der gesamten Gruppe so durchgeführt, dass zunächst einmal der T (therapist) den P (patient) zu seinen Erfahrungen befragt und diese vertieft, danach wird der T von dem O (observer) dazu befragt, was sein roter Faden, was seine Intention, was seine diagnostische Vorannahme, was sein Handlungskonzept und letztlich nach seiner Meinung der kurative Faktor gewesen ist.
5. Für den Bereich der Diagnostik arbeiten wir nicht mit Token, sondern mit wertvollen Gegenständen. Die Mitglieder werden gebeten, für jede neue Situation der Diagnostik Dinge mitzubringen, die für sie wertvoll und wesentlich sind. Dies führt dazu, dass mit echtem Schmuck, antiken Fotos, kostbaren Skulpturen, wertvollem Glas und anderem gearbeitet wird, um das »Curriculum vitae« darzustellen. Dies hat sich insofern bewährt, als eine andere, »andächtige« Stimmung erzielt wird.
6. Um die Zertifizierung als Psychodramatischer Einzeltherapeut zu erhalten, müssen die Teilnehmer mindestens 30 Stunden mit ihren Patienten arbeiten. Die wesentlichen Effekte, die durch die psychodramatischen Interventionen einzelpsychotherapeutisch erzielt werden, werden dann in Arbeitsgruppen gesondert besprochen und bearbeitet. Zur Zertifizierung ist dies unabdingbar.

Meine Damen und Herren, liebe Kollegen,

Dies war der Versuch, einen Abriss über die Entwicklung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu geben. Psychodrama ist im Bereich der klinischen Versorgung und als Verfahren der

Gruppenpsychotherapie – NOCH – relevant. Wenn es sich als Verfahren der Einzelpsychotherapie nicht weiterentwickelt, wird sich das bald ändern und im Kanon der psychotherapeutisch wirksamen Verfahren keine Rolle mehr spielen.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit