

## Etwas Theorie zur Methode Rollenspiel in der Psychotherapie

### Allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie

In zahlreichen Metaanalysen von Therapiewirksamkeitsstudien hat sich keine Therapiemethode als überlegen gezeigt, weswegen man als Metapher für dieses Ergebnis der Therapieforschung eine Figur aus Alice im Wunderland gewählt hat: den Vogel Dodo, der zu einem Wettkampf aufruft, bei dem es verboten ist, zu gewinnen, bei dem daher alle gewinnen. Wenn man also ausdrücken will, dass alle Therapieschulen bzw. -methoden gleich wirksam sind, spricht man von der „Validität des Dodo-Verdikts“. Man sagt damit, dass keine Therapieschule und keine psychotherapeutische Methode gewinnt, sondern alle gewinnen irgendwie.

### Die Wirkung von Psychotherapie: Das Dodo-Verdikt

Es wird angenommen, dass die Wirkung nicht durch einzelne Therapietechniken zustande kommt, sondern durch allgemeine Faktoren, die in jeder Therapiesituation zu finden sind. So wurde beispielsweise schon 1936 von Saul Rosenzweig gesagt, dass die unbeachteten und in jeder Therapiesituation stattfindenden Faktoren wichtiger sein könnten als die absichtlich angewandten Methoden. Als solche unabsichtlich stattfindenden Faktoren nennt er

- die Therapeutenpersönlichkeit und
- die Konsistenz einer psychotherapeutischen Ideologie.

Auch die Persönlichkeitsorganisation des Patienten wird als allgemeiner Wirkfaktor genannt, denn die verschiedenen Persönlichkeitsaspekte sind so miteinander verbunden, dass die Verbesserung an einer Stelle der Persönlichkeit sich auch auf andere Bereiche auswirkt.

**Allgemeine Wirkfaktoren.** Das Zusammenwirken allgemeiner Wirkfaktoren wurde von Jerome D. Frank genauer beschrieben in seinem „Common Component Model“ (Frank, 1971). Da gibt es drei Kategorien von allgemeinen Faktoren, die den Therapie-Effekt bewirken:

- (1) **Hoffnung des Patienten** auf die Verbesserung seiner Situation und die Veränderung seiner „demoralisierten“ Verfassung
- (2) **Vertrauen des Patienten zur Therapeutin und zu dem, was diese sagt und rät.** Diese zweite Kategorie entsteht zum Beispiel durch den sozial legitimierten Kontext der Therapie, d.h., der Patient wendet sich an jemanden, der gesellschaftlich anerkannt ist. Weiter ist wichtig für den Aufbau von Vertrauen zur Therapeutin, dass diese dem Patienten ein plausibles Erklärungsschema für die psychische Störung und deren Heilung gibt. Auch eine gute emotionale Beziehung zu Therapeutin ist vertrauensfördernd.
- (3) **Das, was der Patient tut und erreicht.** Hierbei geht es darum, den Patienten dazu anzuregen, sich mit seinen Problemen auseinanderzusetzen, neue Einsichten, Einstellungen und Verhaltensweisen zu gewinnen, dass er Erfolgserlebnisse bekommt und seine Kompetenzen verbessert.

**Gültigkeit des Dodo-Verdikts.** Dieses Prinzip – therapeutisch wirksam sind nicht die einzelnen Methoden, sondern nur sehr allgemeine Faktoren – ist vielfach noch weiter differenziert worden. Allerdings ist diese Auffassung auch heftig in Frage gestellt worden, und zwar aus verschiedenen Gründen:

- **Wenig aussagekräftiges statistisches Material.** Es wird kritisiert, dass die statistische Methodik, auf der das Dodo-Verdikt beruht, viel zu wenig empfindlich ist, als dass Unterschiede zwischen den einzelnen Therapiemethoden gefunden werden könnten.
- **Störungsspezifische Merkmale.** Außerdem wird eingewendet, dass es störungssunspezifische Patientenmerkmale gibt, die zur Verwischung möglicher Unterschiede bei den Therapiemethoden beitragen. So gibt es nämlich Patienten, die eher auf rational-diskursive Methoden ansprechen, und andere, bei denen eher direktive Therapiemethoden wirksam sind.
- **Unterschiedliche Wirkprinzipien.** Schließlich wird zu Gunsten der Wirksamkeit der einzelnen Therapiemethoden gesagt, dass sie zwar schlussendlich die gleichen Therapieergebnisse erzielen, allerdings mit Hilfe von unterschiedlichen Wirkprinzipien.

### **Einflussfaktoren und Wirkprinzipien von Psychotherapie**

Mit den letzten beiden Argumenten gegen das Dodo-Prinzip befinden wir uns schon mitten in der Frage: Welche Einflussfaktoren und Wirkprinzipien spielen bei einer Psychotherapie eine Rolle? Auf diese Frage haben viele Autoren unterschiedliche Antworten gefunden.

Bei Psychotherapeuten sehr bekannt und anerkannt sind die vier Wirkprinzipien von Grawe (1998):

- **Problembewältigung:** Ermöglichung konkreter Erfahrungen der Klienten, in der Vergangenheit als schwierig erlebte Situationen bewältigen zu können
- **Motivationale Klärung:** Klärung der Bedeutung von Symptomen für spezifische Ziele der Klienten sowie Klärung impliziter Bedeutungen und Motive von Zielen und deren Übereinstimmung mit weiteren Überzeugungen und Werten
- **Problemaktualisierung bzw. prozessuale Aktivierung:** Aktivierung von problemassoziiertem Erleben und Verhalten bzw. von unmittelbaren Erfahrungen der Klienten
- **Ressourcenaktivierung:** inhaltliche und prozessuale Aktivierung von Stärken, Fähigkeiten, motivationalen Bereitschaften und Potentialen der Klienten

Grawes Ziel war es, psychotherapeutische Prinzipien zu finden, die – empirisch nachprüfbar und Therapieschulen übergreifend – notwendige Voraussetzungen für das Gelingen von Psychotherapie darstellen.

### **Wirkfaktoren im allgemeinen Modell der Psychotherapie**

Einen breiteren Ansatz bei der Auflistung von psychotherapeutischen Wirkprinzipien verfolgen Orlinsky und Mitarbeiter (1986; 1987; 1994) mit dem *allgemeinen Modell der Psychotherapie (Generic Model of Psychotherapy)*. Zwar geht es auch hier schwerpunktmäßig um den psychotherapeutischen Prozess, also um das, was zwischen Therapeutin und Patient geschieht. Aber das Ziel dieses allgemeinen Modells ist es, eine forschungsbasierte Metatheorie von Psychotherapie anzubieten, in der alle Therapievariablen aufgelistet sind, die in der Literatur zur Therapieforchung genannt werden. Die therapeutischen Einflussfaktoren werden in sechs Aspekte zusammengefasst:

- **Der formale Aspekt.** Dabei geht es um Merkmale der Therapievereinbarungen bzw. um die Festlegung dessen, was die Therapeutin und was der Patient tun soll. Fragen des Honorars und der Regelung bei Ausfall einer Therapiesitzung spielen eine Rolle, aber auch die Art des therapeutischen Settings (in der Gruppe oder einzeln).
- **Der technische Aspekt.** Damit ist das Fachwissen der Therapeutin gemeint und die Anwendung des Fachwissens. In diesen Aspekt gehören die speziellen therapeutischen Methoden (z.B. Stuhltechnik), aber auch das grundsätzliche therapeutische Vorgehen (z.B. eher auf die Symptomatik im Hier und Jetzt bezogen oder eher auf die Problemursache).

- **Der interpersonale Aspekt.** Hiermit ist die therapeutische Beziehung gemeint, durch die überhaupt erst die therapeutischen Techniken ihre Wirkung entfalten können. Nur wenn sich der Klient verstanden fühlt, ist eine weitere therapeutische Einwirkung möglich.
- **Der intrapersonale Aspekt.** Hier spielt das Selbsterleben von Therapeutin und Patient eine Rolle. Dazu gehören Fragen des Selbstbewusstseins, der Selbstkontrolle, der Selbstachtung, der Offenheit.
- **Der klinische Aspekt.** Hier geht es um die Wirkung der Therapiesitzung auf den Patienten. Ist zum Beispiel beim Patienten Einsicht, Selbstverstehen, Ermutigung gewachsen?
- **Der zeitliche Aspekt.** Damit sind alle zeitlichen Festlegungen gemeint, wie die Anzahl der Sitzungen, die Frequenz (mehrmals pro Woche, einmal wöchentlich, seltener) aber auch die Dauer einer einzelnen Sitzung.

### **Allgemeine Wirkfaktoren und spezifische Techniken**

Ein wichtiger Unterschied zwischen dem Modell von Grawe und dem Modell von Orlinsky und Kollegen besteht darin, wie allgemeine Wirkfaktoren und die spezifischen Techniken berücksichtigt werden. Grawe beschreibt eine kleine Zahl allgemeiner Wirkfaktoren, die durch unterschiedliche therapeutische Techniken realisiert werden könnten. Dagegen unterscheiden Orlinsky und Kollegen nicht besonders zwischen den allgemeineren Wirkfaktoren und den Einzeltechniken. In ihrer Auflistung von möglichen therapeutischen Einflussvariablen finden sich sowohl solche, die ziemlich allgemein sind, als auch solche, die recht spezifisch sind. So gibt es beispielsweise den allgemeinen Faktor „Wertschätzung und Empathie des Therapeuten“ als auch die recht spezifische, dem Rollenspiel zugehörige Methode „Stuhltechnik“; für beides werden positive Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg berichtet.

Im weiteren Verlauf der Beschäftigung mit der Wirkung von Psychotherapie scheint es zwei Tendenzen zu geben (Castonguay & Beutler, 2006):

- (1) **Der Begriff des Wirkfaktors wird enger gefasst.** Wirkfaktoren sind *Strategien*, welche die Therapeutin mit speziellen Techniken *taktisch* realisiert. Damit könnte etwas sehr Pragmatisches gemeint sein, wie etwa der Wirkfaktor „Therapeuten-Patienten-Beziehung“ und die möglichen Techniken, wie Validierung dessen, was der Patient sagt, nonverbale Aufmerksamkeit des Therapeuten usw.
- (2) **Der Begriff des Therapieerfolgs wird differenziert.** Das bedeutet, dass der Therapieerfolg in Phasen unterteilt wird. Zum Beispiel könnte die erste Phase darin bestehen, dass der Patient sich an etwas therapeutisch Sinnvolles erinnert, was er in der Therapiesitzung erlebt hat. Die zweite Phase könnte darin bestehen, dass der Patient die therapeutischen Interventionen annimmt. Die dritte Phase wäre dann die, in der sich beim Patienten kurzzeitige Verbesserungen im Seelenleben, im Verhaltenskontext und im sozialen Netzwerk finden. Die vierte Phase würde darin bestehen, dass sich die positiven Veränderungen im Leben des Patienten auch längerfristig bewähren. Natürlich könnte man sich die Phasen von Therapieerfolg noch sehr viel differenzierter vorstellen.

### **Die Realisierung von Wirkfaktoren**

Es stellt sich nun die Frage: Welche Wirkfaktoren gibt es, und mit welchen Techniken werden diese realisiert? Damit haben sich Pfammatter und Kollegen (2012) mit ihrem *Taxonomie-Projekt* beschäftigt, wobei mit „Taxonomie“ die Bildung einer hierarchischen Ordnung zwischen therapeutischen Wirkfaktorkategorien und Therapietechniken gemeint ist. Die Zuordnungen wurden nicht durch empirische Wirksamkeitsstudien erreicht sondern durch Befragung einer größeren Anzahl von Psychotherapeuten. Es wurden 22 in der einschlägigen Literatur gefundene

allgemeine Wirkfaktoren aufgelistet und kurz beschrieben, sodann 22 psychotherapeutische „Standardtechniken“, die bei verschiedenen Therapieschulen gefunden wurden. Dann wurde eine größere Zahl von deutschsprachigen Psychotherapieexperten befragt, ob – und gegebenenfalls, wie stark – ein bestimmter allgemeiner Wirkfaktor durch eine der psychotherapeutischen Techniken realisiert wird.

**Tabelle:** Ausgewählte allgemeine Wirkfaktoren und Techniken nach Pfammatter et al., 2012.

Allgemeine Wirkfaktoren	Standardtechniken
Therapiebeziehung	Positive Verstärkung
Abschwächung sozialer Entfremdung	Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung
Erklärungssystem	Rollenspiel
Besserungserwartung	Problemlösetraining
Veränderungsbereitschaft	Realitätstest
Aktive Patiententeilnahme	Freies Assoziieren
Ressourcenaktivierung	Therapeutische Abstinenz
Affektives Erleben	Übertragungsdeutung
Freisetzung unterdrückter Emotionen	Widerstandsdeutung
Problemaktualisierung	Verbalisieren von Erlebnisinhalten
Desensibilisierung	Fokussieren
Korrektive emotionale Erfahrung	Leerer-Stuhl-Technik
Achtsamkeit	Kreativer Ausdruck
Affektregulation	Zirkuläres Fragen
Klärung	Skulptur- und Aufstellungsarbeit
Problemassimilation	Paradoxe Intervention
Kognitive Umstrukturierung	Verschreibung von Ritualen
Mentalisierung	Reflektierendes Team
Verhaltensregulation	Progressive Muskelentspannung
Bewältigungserfahrung	Hypnose
Selbstwirksamkeitserwartung	Biofeedbacktraining
Neue Selbstnarration	Beratung

**Zusammenhang zwischen spezifischen Techniken und allgemeinen Wirkfaktoren.** Es zeigte sich, dass es bei Therapieexperten die Auffassung gibt, dass ein bestimmter allgemeiner Wirkfaktor mit Hilfe von mehreren Therapietechniken realisiert werden kann. Umgekehrt gilt auch, dass eine bestimmte Einzeltechnik für verschiedene Wirkfaktoren als effektiv eingeschätzt wird.

**Rollenspiel als eine der effektivsten Techniken.** Die Einzeltechnik, die für die meisten allgemeinen Wirkfaktoren als effektiv eingeschätzt wurde, ist das Rollenspiel. Diese Technik wird in der Studie von Pfammatter und Kollegen enger definiert als im Psychodrama nämlich lediglich im Sinne des

Verhaltenstrainings: (nach Pfammatter et al., 2012): „Die Therapeutin inszeniert zur Einübung angestrebter Verhaltensweisen ein Rollenspiel mit Festlegung und Beschreibung der Spielsituation, des Zielverhaltens und der Rollenverteilung.“

### Realisierung von Wirkfaktoren durch Rollenspiel

Im Folgenden werden diejenigen Wirkfaktoren aufgelistet, die von den Befragten als durch das (verhaltenstrainierende) Rollenspiel realisierbar eingeschätzt wurden.

**Tabelle:** Durch verhaltenstrainierendes Rollenspiel realisierbare Wirkfaktoren (nach Pfammatter et al., 2012; Signifikanz:  $p < .0001$ )

Bezeichnung des allgemeinen Wirkfaktors	Nähere Beschreibung
Veränderungsbereitschaft	Der Patient entwickelt die Bereitschaft, seine Situation und sein Verhalten zu verändern.
Aktive Patiententeilnahme	Der Patient nimmt aktiv an der Therapie teil, ist engagiert.
Problemaktualisierung	Der Patient wird mit seinen Problemen konfrontiert, erlebt diese und setzt sich damit auseinander.
Affektives Erleben	Der Patient erlebt mit seinen Problemen verbundene Emotionen und Affekte.
Freisetzung unterdrückter Emotionen	Der Patient erlebt Emotionen und Affekte, die bisher unterdrückt und verdrängt waren.
Desensibilisierung	Der Patient erlebt durch Habituation ein zunehmendes Nachlassen, eine Abschwächung aversiver Gefühlsreaktionen in problematischen Situationen
Korrektive emotionale Erfahrung	Der Patient macht Erfahrungen, die seinen bisherigen negativen Erfahrungen in problematischen Situationen und den damit verbundenen Erfahrungen, Befürchtungen widersprechen.
Affektregulation	Der Patient lernt, seine Emotionen und Affekte in bestimmten Situationen besser wahrzunehmen, auszudrücken und zu kontrollieren.
Mentalisierung und Selbstreflexivität	Der Patient entwickelt die Fähigkeit, die mentalen Zustände (Stimmungen, Intentionen, Wünsche usw.) seiner Interaktionspartner und seiner eigenen angemessener wahrzunehmen und einzuschätzen.
Verhaltensregulation	Der Patient eignet sich neue instrumentelle und soziale Verhaltenskompetenzen an und erfährt dadurch eine erhöhte Handlungskontrolle.

In der Studie von Pfammatter und Kollegen (2012) werden verschiedene Therapietechniken aufgeführt, die auch im Psychodrama eingesetzt werden, nämlich das Rollenspiel mit Stühlen, das rollenspielartige Ritual und die Skulptur- und Aufstellungsarbeit.

**Rollenspiel ist eine wirksame Therapietechnik.** Auf unsere Frage nach der therapeutischen Wirkung von Rollenspiel könnte man sagen: Für die kleine Auswahl an rollenspielartigen Techniken, die in der

Studie von Pfammatter und Kollegen vorkommen, wird von den befragten Therapieexperten gesagt, dass eine Vielzahl von psychotherapeutischen Wirkungen damit realisiert werden können.

Sicher kann man darüber diskutieren, welche Begriffe in die Kategorie der allgemeineren Wirkfaktoren gehören und welche in die Kategorie der Techniken. Wir würden meinen, dass einzelne Begriffe mehr oder weniger breit definiert werden können. In der breiten Definition wären sie dann eher Wirkfaktoren, in der engeren Definition eher Techniken. Ein solcher unterschiedlich zu definierender Begriff ist unserer Meinung nach der Begriff der „Realitätsprüfung“, der sich bei Pfammatter und Kollegen (2012) in der Spalte der Techniken befindet. Dort wird er wie folgt definiert:

**Realitätsprüfung** (nach Pfammatter et al., 2012): Die Therapeutin lässt den Patienten den Realitätsgehalt seiner Bewertungen überprüfen, indem sie ihn anleitet, die auslösenden Situationen genau zu beobachten und detailliert zu beschreiben sowie die Evidenz für die Bewertungen logisch zu analysieren oder durch Verhaltensexperimente zu testen.

Man könnte Realitätsprüfung allerdings auch etwas breiter definieren. Im Folgenden wird dargestellt, wie die Realitätsprüfung im Rollenspiel realisiert wird und zwar als eine Simulation. Anschließend sollen auch Möglichkeiten zur Realisierung zweier weiterer Wirkfaktoren durch Rollenspiel thematisiert werden: die Therapiebeziehung und die Achtsamkeit.

## **Realisierung der Realitätsprüfung durch Simulation**

### **Lernen in simulierten Situationen**

Wir lernen am besten in realen Alltagssituationen, in denen wir mit unseren Bezugspersonen interagieren und unsere Handlungen reale Konsequenzen zur Folge haben. Wie aber kann man neue Verhaltensweisen ausprobieren, wenn die Situationen bedrohlich und angstmachend sind oder wenn die Hindernisse zu groß erscheinen? Wie können wir neue Lernerfahrungen machen, wenn wir dabei keine Fehler machen wollen oder sollen? Die einfachste Antwort auf diese Fragen ist: durch Lernen in simulierten Situationen mit Rollenspiel. Simulation kann man bezeichnen als die modellhafte Darstellung oder Nachbildung bestimmter Aspekte eines vorhandenen oder zu entwickelnden Systems, deren Durchführung am eigentlichen System zu gefährlich, zu teuer oder unmöglich ist (Brockhaus, 1993).

Bei der Simulation werden Experimente an einem Modell durchgeführt, um Erkenntnisse über das reale System zu gewinnen. Die Methode der Simulation wird für ganz unterschiedliche Problemstellungen eingesetzt, wie beispielsweise Verkehrs-, Wetter- oder Strömungssimulationen. Auch zum Training von Fachkompetenzen wird die Methode oft eingesetzt, z.B. der Flugsimulator zur Pilotenausbildung oder die Simulation von medizinischen Handlungen. Die Simulation ist ein „Als-ob-Durchspielen“ von Prozessen und kann mit oder ohne Computer gemacht werden.

### **Simulations-Experiment**

Auch unsere kognitiven Prozesse sind von Simulation geprägt. Dazu ein kleines Experiment: Schreiben Sie bitte auf ein Blatt Papier die Ziffer 4, aber so, dass die Zahl „auf dem Kopf steht“.

Wenn Sie dies versuchen, wird Ihr Gehirn vermutlich eine kleine Simulation machen. Sie probieren in der inneren Vorstellung, wie Sie diese Aufgabe lösen können. Möglicherweise probieren Sie, den Standort der Betrachtung der Ziffer 4 zu wechseln. Jedenfalls haben Sie mit Erfolg die Ziffer 4 vom Ist-Zustand in einen Soll-Zustand gebracht – mit einer Simulation im Arbeitsgedächtnis

### **Die Methode der Simulation in der Psychotherapie**

Psychotherapie ist kein einfacher Prozess wie die Umkehrung einer Zahl oder das Lenken eines Fahrzeuges, sondern ein hochkomplexes biopsychosoziales Verfahren. Ziel der Psychotherapie ist die

Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden, wobei ein unerwünschter Ist-Zustand in einen erwünschten Soll-Zustand überführt werden soll. Mit Rollenspiel können dieser Prozess vom Ist- zum Soll-Zustand sowie mögliche Hindernisse modellhaft dargestellt und so in einer simulierten Situation exploriert und trainiert werden.

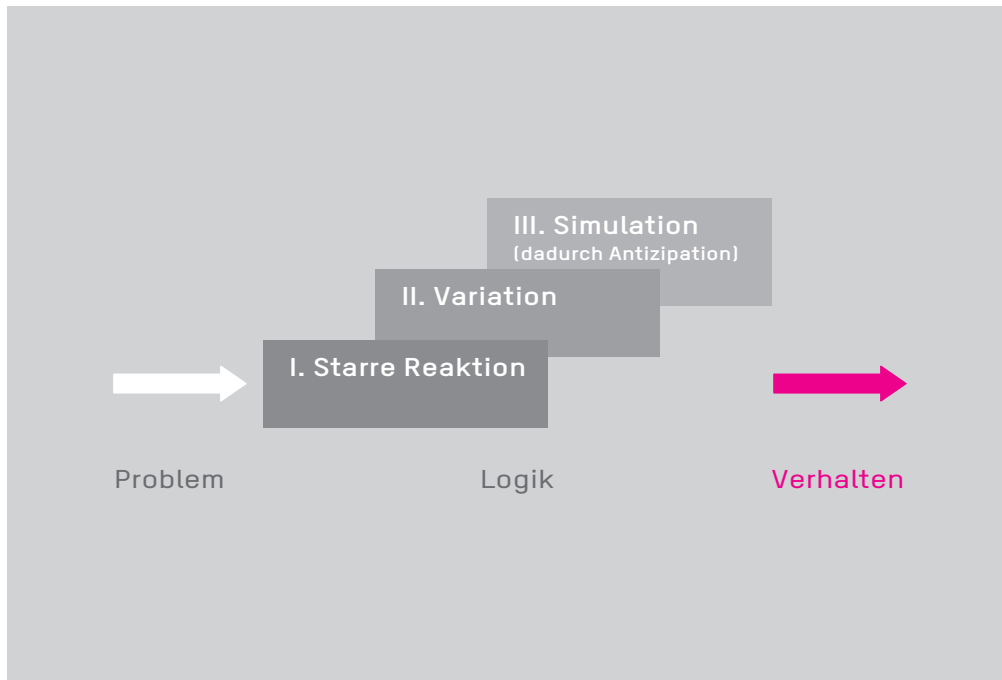
**Vorhersagen von Regelschemata.** Dies entspricht der biologischen Datenverarbeitung des menschlichen Gehirns, welches als eine Art „Vorhersagemaschine“ bezeichnet werden kann (Jäncke, 2015). Auf der Basis bereits gespeicherter Informationen, aktuellen sensorischen Inputs und individueller Eigenschaften entwickelt unser Gehirn ständig Vorhersagen über die Umwelt und mögliche Konsequenzen unserer Handlungen. Entsprechend diesen Vorhersagen regulieren wir unsere Körperaktivitäten und Verhaltensweisen. Ähnlich wie unser Gehirn funktioniert auch die Haustechnik zur Regulierung der Zimmertemperatur: funktioniert auch die Heizungsregelung im Wohnhaus: ein Thermostat ausgestattet mit diversen Temperaturfühlern zur Erfassung der aktuellen Raumtemperatur (Ist-Wert) errechnet aus der Differenz zwischen der aktuellen Raumtemperatur und der erwünschten Raumtemperatur (Soll-Wert) einen Referenzwert und leitet daraus eine Instruktion an den Brenner ab, der je nach Bedarf ein- oder ausgeschaltet wird.

Nach Widmer (2013,) hat das elementare Schema, das allen technischen wie biologischen Regulierungssystemen („Vorhersagemaschinen“) zugrunde liegt, vier Komponenten:

- **Repräsentation eines Ist-Zustandes.** Der Organismus liefert elektrische Impulse als Information über einen aktuellen Zustand; zum Beispiel bei einem Wohnhaus über die Raumtemperatur oder beim Menschen über die Körpertemperatur; oder auch Informationen über unsere Befindlichkeiten (z.B.: „Die Beziehung zu meinem Vater ist irgendwie komisch.“ (siehe Beispiel in Abschnitt 4.2.3))
- **Referenz (Soll-Zustand).** Für das, was die Information repräsentiert, gibt es im Gehirn einen Referenzwert; im Beispiel Wohnhaus ist dies die Raumtemperatur 21 Grad; im Beispiel Befindlichkeit könnte dies sein: „die Begegnung sollte irgendwie herzlicher und wohlwollender sein“
- **Regeltechnische Logik.** Aus der Abweichung des aktuellen vom Referenzwert resultiert eine Spannung, die durch eine Logik in eine Instruktion umgerechnet wird; im Beispiel Wohnhaus wird die Instruktion an den Brenner berechnet; im Beispiel Befindlichkeit können Emotion oder Gedanken aktiviert werden
- **Instruktion.** Wird automatisch abgeleitet aus den Berechnungen oder Empfindungen und Gedanken und erfolgt direkt, ohne weitere Anpassungs- und Reflexionsprozesse. Im Beispiel der Befindlichkeit zum Vater könnte dies sein: „Ich will ihn nicht mehr sehen“ oder „Das nächste Mal sage ich ihm....“

Für Regelprozesse wie das Konstant-Halten der Temperatur in einem Wohnhaus reichen einige wenige Signale. Unser Hirn verarbeitet aber in jeder Sekunde eine unglaubliche Anzahl von elektrischen Impulsen als Information über den aktuellen biologischen Zustand, über Sinneswahrnehmungen und über die gleichzeitig stattfindenden Denkprozesse und emotionalen Befindlichkeiten. Menschliches Dasein ist vielschichtiger als ein Heizsystem. Es wird eine riesige Menge an Informationen über den aktuellen Ist-Zustand in Verbindung gesetzt zu Gedächtnisinhalten, Bedürfnissen, Absichten und Erwartungen. Wie aber kann der Mensch diese riesige Menge an Daten verarbeiten. Wie kann der Mensch verhindern, dass er immer nach derselben regeltechnischen Logik seine Berechnungen anstellt und immer wieder fast automatisch dasselbe Verhalten zeigt? Wie gelangt der Mensch zu einer neuen Instruktion?

**Instruktionen zur Beibehaltung oder Veränderung des Ist-Zustandes.** Widmer (2013) beschreibt die regeltechnische Logik, nach der eine Instruktion zur Beibehaltung oder Veränderung eines Ist-Zustandes erfolgt, in drei Ausbaustufen (nach Widmer 2013):



- (1) **Starre Reaktion.** Diese basiert auf dem „Wenn-dann-Prinzip“, z.B. „Wenn Hunger, dann Schreien“ oder „Wenn ich auf ein Hindernis stoße, warte ich ab“ oder „Wenn ich meinem Vater begegne muss ich einfach meine Gefühle abschalten“
- (2) **Variation.** Diese ermöglicht ein flexibleres Verhalten bei Problemen, z.B. Ich kann bei einem Hindernis nicht nur abwarten, sondern mir verschiedene Möglichkeiten vorstellen und ausprobieren (rechts oder links herumgehen, überspringen, das Hindernis wegstoßen usw.). Sind die Möglichkeiten komplexer, kommen Bewertungsfunktionen hinzu: Was geht schneller? Was ist riskanter? In unserem Vater-Beispiel: „Auch wenn mir die Begegnung mit meinem Vater komisch erscheint, ich bleibe offen und zugeneigt“
- (3) **Simulation.** Diese liegt schon in Ansätzen vor beim obengenannten Bewerten von Varianten. Sie geht aber wesentlich weiter: Wir tun innerlich so, als ob wir ein mögliches Verhalten ausführen würden und stellen uns die betreffende Situation, die Objekte und die Abfolge von Zuständen bildlich vor und erleben im So-tun-als-ob-Modus, welche materiellen, sozialen und emotionalen Folgen eine mögliche Reaktion haben könnte. Die Simulation geht über das im Augenblick Sichtbare hinaus und stellt ein virtuelles Prüfen von Optionen dar. In unserem Beispiel der Befindlichkeit könnte ich mir vorstellen, was passieren wird, wenn ich zu meinem Vater sage „Irgendwie finde ich unsere Beziehung komisch“

### **Simulation von Regelprozessen im Rollenspiel**

Simulation mit Rollenspiel kann die Klienten befähigen, das eigene Erleben und die Motive ihres Handelns zu ergründen in Bezugnahme zur Welt, zu anderen Menschen, zum eigenen Körper, zu eigenen Werthaltungen und zur eigenen Biografie.

**Förderung der Kreativität.** Zentrales Anliegen der Methode Rollenspiel ist in diesem Sinne die Förderung der Kreativität des Regelschemas eines Menschen. Gemäß Widmer (2013) wird Kreativität ermöglicht durch die zunehmende Komplexität der regeltechnischen Logik. Je flexibler ein Mensch in



seiner Welt agieren soll, desto offener muss sein Regulierungssystem sein für die Erzeugung von neuen Verhaltensweisen.

Indem wir in der Psychotherapie problematische Dinge modellhaft darstellen, können wir zu einem besseren Verständnis des Problems kommen. Denn um einen problematischen Ist-Zustand zu verstehen, müssen wir erkennen können, was ihn dermaßen belastend macht und warum bisherige Veränderungsversuche in Richtung Soll-Zustand nicht funktionierten. Daher müssen in der Therapie oftmals auch die nicht erfolgreichen Lösungsversuche modellhaft dargestellt werden, um herauszufinden, warum sie nicht funktionieren. So erhöhen wir die kreative Fähigkeit des Patienten, neue Denk- und Verhaltensweisen zu entwickeln und auszuprobieren.

## **Realisierung der Therapiebeziehung durch Rollenspiel**

### **Aktive Interaktion durch Rollenspiel**

Im *Generic Model* von Orlinsky und Kollegen (2012; s. Absch. 9.3.1) wird gesagt, dass die spezifischen therapeutischen Interventionen in erster Linie über die therapeutische Beziehung ihre Wirkung entfalten können. Die Rollenspielmethode, wie sie in diesem Buch beschrieben wird, ermöglicht eine aktive Interaktion zwischen Therapeutin und Patient auf den Ebenen des Denkens, Fühlens und Handelns. Ziel ist eine aktive Kommunikation über ein problematisches Thema, welches modellhaft in Szene gesetzt wird bei gleichzeitiger Bezugnahme auf die Lebenssituation des Patienten, auf seine Bedürfnisse und Ziele und die gesellschaftlichen Faktoren. Diese partnerschaftliche Kommunikation bedeutet zunächst einmal das Erleben von Übereinstimmung. Dann aber auch – wohl noch gewichtiger für den therapeutischen Prozess – das Erleben von respektvoller Nicht-Übereinstimmung.

### **Gegenseitiger Verständigungsprozess**

Im Rollenspiel ist das Miteinander-Teilen einer Lebenserfahrung von großer Bedeutung. Der Klient inszeniert sein inneres Bild einer erlebten oder fantasierten Erfahrung oder von Anteilen davon und betrachtet dies in Gegenwart der Therapeutin. Er teilt sozusagen seine szenische Erfahrung mit einer anderen Person. Dies ist der zentrale Wirkfaktor eines erfolgreichen Rollenspiels: ein Verständigungsprozess zwischen Therapeutin und Klient, bestehend aus Inszenierung, Interpretation und Akzeptanz. Der Prozess der Verständigung besteht darin, dass der Klient ein inneres Abbild seiner Realität szenisch darstellt, dieses interpretiert und dass die Therapeutin (verbal, paralingual oder nonverbal) bestätigt, dass sie dies gesehen, gehört und verstanden hat.

**Schritte für die erfolgreiche Verständigung.** Mark Galliker und Daniel Weimer (2006) beschreiben den Zusammenhang zwischen psychotherapeutischer Beziehung und neurophysiologischen Vorgängen: „Seelische Gesundheitsstörungen haben ihre Basis hauptsächlich in Störungen des u. a. für emotionale Vorgänge verantwortlichen limbischen Systems. Bei diesen Störungen handelt es sich meistens um frühe psychosozial eingeprägte Unter- oder Fehlfunktionen der Schaltkreise. Wenn Beziehungserfahrungen einen prägenden Einfluss auf psychische sowie neurobiologische Strukturen haben, müssten sich durch neue Beziehungserfahrungen allmählich auch neue neuronale Verschaltungen ergeben, die sich in einem neuen Verhalten manifestieren. Für den Therapiefortschritt entscheidend sind die präverbalen Signale, die vom Körper der Klientin und den verbalen Signalen der Therapeutin in den zentralen emotionalen Schaltstellen des Gehirns miteinander verbunden werden. Demnach ist für den Therapieerfolg die Synchronisation der Aktivitäten von Therapeutin und Klientin ausschlaggebend. Hierbei handelt es sich um einen langwierigen Prozess, der nicht über willkürliche Steuerung verläuft, sondern über allmähliche gegenseitige Einstimmungen. Gegenseitige Bezugnahmen und Übernahmen von Vorstellungen

öffnen und erweitern die bestehenden Verschaltungen im Zentralnervensystem“ (Galliker & Weimer 2006, S. 141).

Für eine erfolgreiche Verständigung zwischen zwei Personen sind nach Foppa (2003; beschrieben in Galliker & Weimer, 2006) drei Schritte notwendig:

- (1) **Interpretandum.** Die Äußerung einer ersten Person ist etwas zu Interpretierendes, z.B. wenn der Klient sagt: „Die Beziehung zu meinem Vater ist irgendwie komisch.“
- (2) **Interpretation.** Eine zweite Person gibt eine Äußerung von sich, mit der sie ausdrückt, was sie verstanden hat, z.B. „Ist die Beziehung schlecht?“
- (3) **Qualifikation.** Die erste Person wiederum gibt zu verstehen, ob sie tatsächlich verstanden wurde oder nicht. Es handelt sich um eine Annahme oder Zurückweisung der Interpretation, z.B. „Nein, nicht schlecht aber irgendwie komisch.“

Diese drei Schritte stellen die Grundeinheit des kommunikativen Austauschs sowohl im Alltag als auch in der Therapie dar. Gemäß dem dialogischen Ansatz stellt jede Reaktion der Therapeutin auf ein verbales oder nonverbales *Interpretandum* ihres Klienten eine Interpretation dar. Selbstverständlich kann die Interpretation weiter gehen, als nur das Verstandene fragend zu wiederholen. Jeder Mensch, natürlich auch die Therapeutin, kann „überinterpretieren“, nämlich dann, wenn die Interpretation sich nicht aus der eben gemachten Äußerung oder aus den bereits bekannten früheren Mitteilungen oder bekannten Fakten ergibt. In der Therapiesituation scheinen jene Interpretationen am unmittelbarsten zu therapeutischen Veränderungen zu führen, die zwar ein wenig von der Äußerung des Klienten abweichen, aber nicht zu weit.

**Qualifikation durch Rollenspiel.** Durch die Simulation im Rollenspiel wird ein künstliches Objekt in der materiell-realen Welt aufgestellt, das der Verständigung dient: ein szenisches Interpretandum. Die Therapeutin kann im Dialog mit dem Patienten versuchen, dieses Objekt zu verstehen (*Inszenierung*), wofür es notwendig ist, dass durch kleine Überinterpretationen Missverständnisse entstehen. Die Missverständnisse sind das lernbildende Prinzip, wenn sie als solche Missverständnisse erkennbar sind. Rollenspiel bietet ein kreatives körperbezogenes Vorgehen, bei dem innere Bilder, konkretes Handeln, verbale und nonverbale Kommunikation und die persönliche Verständigung zwischen zwei Personen zusammenspielen. In einem gewissen Sinne wird durch Rollenspiel der Klient in seiner Autonomie gestärkt und zum Co-Therapeuten gemacht.

**Kommunikative Musikalität.** Der Prozess der erfolgreichen Verständigung zwischen Therapeutin und Klient in drei Schritten, wie wir ihn oben beschrieben haben, erscheint in den Fallbeispielen dieses Buches als sprachlicher Prozess. Dies ergibt sich daraus, dass die Sprache das kommunikative Instrument eines Buches ist. Die gegenseitige Einstimmung und Übernahme von Interpretationen und Vorstellungen zwischen zwei Menschen ist meistens aber kein sprachlicher Dialog, sondern findet durch die Synchronisation der Aktivitäten dieser Personen statt. Dies lässt sich aber nur schwer in Worten fassen. Malloch & Trevarthen (2009) haben für diesen Verständigungsprozess den Begriff der „kommunikativen Musikalität“ geprägt. Sie meinen damit, dass die Verständigung meistens implizit ohne unsere willkürliche Steuerung verläuft: es sind musikalische Parameter wie Rhythmus, Tempo, Dauer, Wiederholung, Intensität, Betonung, Dynamik, die Bewegung im Raum und die gegenseitige körperliche Ausrichtung die diesen Prozesses bestimmen. Mit kommunikativer Musikalität bezeichnen sie das Duett der Bewegungen und Klänge zweier Personen. Aus ihren Forschungen von Interaktionen zwischen Säuglingen und Müttern kamen sie zum Schluss, dass der Mensch eine angeborene Musikalität hat, die es ihm ermöglicht, den anderen zu verstehen, durch die dynamische Erfahrung der „Musik im Dialog“.

## **Festigung und Verbesserung der therapeutischen Beziehung**

Grundlage für die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten zu Rollenspielen ist eine tragfähige und sichere Beziehung zur Therapeutin. Umgekehrt kann Rollenspiel auch die Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung stärken: Mittels kleiner szenischer Arbeiten (wir nennen sie *Aktionsmethoden*) kann der Patient zu einem kritischen Thema die Erfahrung einer ganzheitlichen und positiven Auseinandersetzung machen unter Einbezug der Körper-, Gefühls- und Denkebene und des jeweiligen Kontextes. Indem ein szenisches Interpretandum aufgestellt wird („Bitte stehen Sie auf und zeigen Sie mir....“) und dann Patient und Therapeutin gemeinsam versuchen die Schritte 2 (Interpretation) und 3 (Qualifikation) der Verständigung zu machen entsteht eine kooperative therapeutische Arbeit.

## **Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeutin**

Rollenspiel in der Psychotherapie ist ein Miteinanderdenken und Lösungen-Entwickeln in Bezug auf ein Problem, eine Krankheit, eine Störung, eine schwierige Lebenssituation etc. Die Therapeutin zeigt hierbei eine empathische Grundhaltung, sie versucht die Sichtweise des Patienten in einer ganz konkreten Modellsituation zu verstehen. Gleichzeitig ist es die zentrale Aufgabe der Therapeutin, im Verlauf des Rollenspieles beim Patienten eine Veränderung seiner Mentalisierung und Selbstreflexivität (ein allgemeiner Wirkfaktor in der Untersuchung von Pfammatter und Kollegen [2012]) zu bewirken. Dies geschieht durch die bewusste Wahrnehmung des eigenen Verhaltens, Denkens und Fühlens in der inszenierten Modellsituation.

## **Realisierung von Achtsamkeit durch Rollenspiel**

Viele Dinge in unserem Leben nehmen wir kaum wahr, auch wenn sie eine große Bedeutung haben. Zum Beispiel unsere Emotionen: Oft können wir die eigene emotionale Befindlichkeit nur unzureichend erkennen und benennen. Nehmen wir als Beispiel ein Patienten der von einem Konflikt mit seinem Arbeitskollegen berichtet hat. Bei der möglichen Frage des Therapeuten an den Patienten: „Welche Gefühle hatten Sie in dieser Situation?“, wird vielleicht der Patient erwidern: „Was zum Teufel haben Gefühle damit zu tun?“

## **Beobachtungen als Schritt der Problemlösung**

Ein Problem ist ein Hindernis, welches bewältigt oder umgangen werden muss, um von einem unbefriedigenden Ist-Zustand in einen besseren Soll-Zustand zu gelangen. Im Alltag hat der Mensch die Fähigkeit, Probleme genau zu beobachten und daraus handlungsrelevante Schlüsse zu ziehen. Beobachtung ist aber nicht gleich Wahrnehmung. Beobachtung ist ein Vorgang, der auf unseren bisherigen Erfahrungen beruht. Beobachtung setzt Annahmen voraus: Aus unseren bisherigen Erfahrungen und unserem bisherigen Wissen entwickeln wir Erwartungen, welche die Art und Weise unserer Beobachtung bestimmen.

So kann es sein, dass der Patient in der problematischen Situation mit seinem Arbeitskollegen die eigenen Gefühle und die Gefühle der anderen Person gar nie beobachtet hat. Wenn wir nun in einer Therapiesitzung auf dieses Problem stoßen, können wir als Therapeuten noch nicht viel darüber wissen. Der Patient hingegen hat meistens bereits eine Theorie, wie dieses Problem gelöst werden könnte. Wie können wir uns nun ein besseres Bild verschaffen, worin dieses Problem eigentlich besteht? Wie können wir den Patienten unterstützen, dass er zu einer brauchbaren Lösung kommt?

**Wahrnehmungsbereitschaft verstärken.** Indem wir versuchen, die Wahrnehmungsbereitschaft und das automatisierte Denken zu verändern. Dies kann z.B. geschehen, indem die Therapeutin seinen Patienten zur achtsamen Wahrnehmung anregt.

## **Anregung zur achtsamen Wahrnehmung**

Die Therapeutin kann zum Patienten sagen: „Vermutlich haben Gefühle gar nichts mit diesem Problem zu tun. Aber genau das wollen wir nun prüfen: Ich stelle hier einen Stuhl hin für Ihren Kollegen und einen Stuhl für Sie selbst. Stellen wir uns vor, Sie sind jetzt so etwas wie die innere Stimme von sich selbst – mögen Sie sich hinter diesen Ihren Stuhl stellen und einmal laut aussprechen, was Sie schon immer über Ihren Kollegen gedacht haben aber nie laut zu sagen gewagt haben?“

**Positive Lernerfahrungen ermöglichen.** Wenn es der Therapeutin gelingt, den Patienten in einen Zustand der achtsamen Wahrnehmung zu bringen, könnte es sein, dass in diesem kurzen Rollenspiel der Patient seine bisherigen Beobachtungen und Theorien überprüfen wird und etwas erfährt, was er nicht erwartet hat. „Diese Enttäuschung von Erwartungen, mit denen wir an die Wirklichkeit herantreten, ist ein sehr bedeutsames Moment. Sie gleicht der Erfahrung eines Blinden, der gegen ein Hindernis läuft und dadurch von dessen Existenz erfährt. Durch die Falsifikation unserer Annahmen bekommen wir tatsächlich Kontakt mit der ‚Wirklichkeit‘. Die Widerlegung unserer Irrtümer ist die ‚positive‘ Erfahrung, die wir aus der Wirklichkeit gewinnen“ (Popper, 1998, S.374).

Positive Lernerfahrungen, neue Sichtweisen, Aha-Erlebnisse, die Erfahrung bisher unbekannter emotionaler Zustände und berührende Selbsterkenntnis – all das kann durch Rollenspiel ermöglicht werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Therapeutin die Rollenspiele geduldig, sorgfältig und achtsam in Szene setzt und in einem intensiven kommunikativen Austausch mit dem Patienten ist. Dabei sind folgende fünf Leitlinien zu beachten:

- (1) **Heraustreten aus dem gewohnten Bezugsrahmen.** Die Therapeutin ermutigt den Rollenspieler immer wieder, mit Absicht seinen gewöhnlichen Bezugsrahmen, sein automatisiertes Alltagsdenken für die Zeit des Spieles aufzuheben und einfach zu versuchen, das eigene Verhalten und Empfinden zu beobachten. Dabei soll die Aufmerksamkeit abwechslungsweise auf das Verhalten, auf die Emotionen oder auf das Denken gerichtet werden. Dies wird unterstützt, indem die Therapeutin die Aufmerksamkeit auf einzelne konkrete Details der Inszenierung lenkt. Damit kann verhindert werden, dass der Klient von Emotionen überflutet oder durch schematische Denkweisen blockiert wird.
- (2) **Offen bleiben und Unerwartetes zulassen.** Emotionen und Denkmuster sind nicht linear und vorhersehbar, und alles ist mit allem verbunden. Daher können sowohl beim Patienten wie bei der Therapeutin überraschende Einsichten und Gefühle auftauchen. Die Therapeutin muss die eigenen Gefühle beim Beobachten des Rollenspieles erkennen und diese selektiv authentisch und präzise dem Patienten mitteilen. Dazu versucht die rollenanleitende Therapeutin, möglichst wenig modellgeleitet auszuwählen und zu interpretieren. Sie nimmt eine Position des „Nicht-Wissens“ ein und achtet auf Momente, in denen die Interpretation des Patienten zum Vorschein kommt
- (3) **Rezeptiv verhalten.** Die Überprüfung der Wahrnehmung und das Verbalisieren von Gefühlen bedingen ein aktives kommunikatives Verhalten der Therapeutin. Damit riskiert sie eine Einengung des Gestaltungsraumes des Patienten. Dennoch soll die Therapeutin mitteilen, was sie sieht, was sie empfindet. Bildlich gesprochen: Die Therapeutin verhält sich rezeptiv. Sie lässt sich wie eine „Lehmfläche“ durch die Eindrücke des Patienten „verformen“. Sie überprüft immer wieder, wie weit ihre Wahrnehmung mit der Wahrnehmung des Patienten übereinstimmt und drückt eigene Gefühle aus, die durch die „Verformung“ entstehen.
- (4) **Wirksamkeit überprüfen.** Geht das Rollenspiel problemlos über die Bühne muss die Therapeutin dessen Wirksamkeit in Frage stellen: Vermutlich demonstriert der Patient lediglich seine schauspielerischen Fähigkeiten. Als Grundprinzip gilt: Je fantasievoller und beeindruckender das Geschehen auf der Bühne erscheint, umso geringer ist vermutlich die therapeutische Wirkung.

- (5) **Nachfragen.** Die Häufigkeit von Unsicherheitsäußerungen und Missverständnissen in der Kommunikation zwischen Therapeutin und Patient ist ein Zeichen für eine partnerschaftliche Kommunikation und aktiven therapeutischen Lernprozess. Wenn etwas anders abläuft als geplant, ist es eine zentrale Aufgabe der Therapeutin herauszufinden, warum es so herausgekommen ist und was der Patient dabei denkt und empfindet. Die unterschiedlichen Sichtweisen und „Wahrheiten“ von Patient und Therapeutin werden benannt, miteinander verglichen und beurteilt.

Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 631–638.

Frank, J.D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350–361.

Galliker, M. & Weimer, D. (2006). *Psychologie der Verständigung. Eine Einführung in die kommunikative Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer.

Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie.* Göttingen: Hogrefe.

Malloch, S. & Trevarthen, C. (2009). *Communicative Musicality: Exploring the Basis of Human Companionship.* Oxford: Oxford University Press.

Orlinsky, D. E. & Howard, K.I. (1986). *Process and Outcome in Psychotherapy.* In: S. L. Garfield, A. E. Bergin (Hrsg.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* 3. Auflage. Wiley, New York 1986, S. 311–384.

Orlinsky, D. E. & Howard, K.I. (1987). *A generic model of psychotherapy.* In: *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy.* 6(1), 1987, S. 6–27

Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). *Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal.* In: Allen E. Bergin, Sol L. Garfield: *Handbook of psychotherapy and behavior change.* 4. Auflage. 1994, S. 270–376.

Pfammatter, M., Junghan, U.N. & Tschacher, W. (2012). Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie: Konzepte, Widersprüche und eine Synthese. *Psychotherapie*, 17/1, 17–31,

Popper, K.R. (1998, 4. Aufl.). *Objektive Erkenntnis. Ein evolutionärer Entwurf.* Hamburg: Hoffmann und Campe.

Widmer, H. (2013). *Das Modell des Konsequenzen Humanismus. Erkenntnis als Basis für das Gelingen einer Gesellschaft.* Zürich: Rüffer & Rub Sachverlag