

Schönke, Meinolf

Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 6, S. 213-218

urn:nbn:de:bsz-psydok- 29905

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.</i> : Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager)	224	<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.</i> : Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom).	206
<i>Buddeberg, B.</i> : Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families)	273	<i>Pauls, H.</i> : Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation)	252
<i>Büttner, M.</i> : Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure)	45	<i>Paulsen, S.</i> : Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy)	237
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.</i> : Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases)	93	<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.</i> : Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome)	125
<i>Dellisch, H.</i> : Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler)	305	<i>Perinelli, K., Günther, Ch.</i> : Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families)	89
<i>Diepold, B.</i> : Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders)	298	<i>Saloga, H. W.</i> : Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism)	128
<i>Fries, A.</i> : Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving)	132	<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.</i> : Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors)	166
<i>Gehring, Th. M.</i> : Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry)	218	<i>Schönke, M.</i> : Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama)	213
<i>Geuss, H.</i> : Ursachen der Wirksamkeit Tachistoskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency)	37	<i>Steber, M., Corboz, R.</i> : Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Realations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior)	67
<i>Glanzer, O.</i> : Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery)	95	<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders)	11
<i>Kind, J.</i> : Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania)	53	<i>Steinhausen, H.-Ch.</i> : Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic)	286
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.</i> : Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind)	257	<i>Sturzbecher, K.</i> : Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity)	57
<i>Klosinski, G.</i> : Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation)	245	<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.</i> : Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children)	193
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H. G.</i> : Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities)	293	<i>Wiese, J.</i> : Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence)	1
<i>Lempp, R.</i> : Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems)	161		
<i>Meier, F., Land, H.</i> : Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis)	181	Pädagogik und Jugendhilfe	
<i>Merkens, L.</i> : Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation)	4	<i>Dellisch, H.</i> : Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School)	76
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.</i> : Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy)	278	<i>Ertle, Ch.</i> : Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children)	150
		<i>Hagleitner, L.</i> : Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism)	261
		<i>Hobrucker, B.</i> : Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation)	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assesment of Childrens Problemsolving Skills) . . .	142	lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell...“	82
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behavioraly Disturbed Mean according to Different Points of View) . . .	16	<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens	85
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education)	71	In memoriam Heinz-Walter Löwenau	117
Berichte aus dem Ausland		Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag	233
<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption)	21	Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag	267
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein ‚Mental Health Institute‘ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute)	26	Hellmut Ruprecht – 80 Jahre	315
Tagungsberichte		Literaturberichte: Buchbesprechungen	
<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne	312	<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland	233
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg	310	<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick	157
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie	114	<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten	187
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29. 3.–1. 4. 1983 in Cannes, Frankreich	186	<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik	157
Kurzberichte		<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition	269
<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-		<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen	317
		<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II.	234
		<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses	268
		<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung	316
		Mitteilungen : 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318	

Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama

Von Meinolf Schönke

Zusammenfassung

Nach einer historischen Einführung über den Stellenwert der Diagnose sozialer Beziehungen in der Psychodrama-Therapie werden die Eigentümlichkeiten und Ziele einer solchen Diagnose herausgestellt. Es folgt die Schilderung des Ablaufes einer Sitzung mit dem Schwerpunkt der Diagnose sozialer Beziehungen. Zum Schluß wird eine Reihe spezieller Techniken für die psychodramatische Arbeit mit der genannten Zielrichtung beschrieben.

1. Die soziale Dimension im Psychodrama

Die historischen Anfänge des Psychodramas liegen nach den Aussagen *J. L. Morenos* (*Moreno*, 1959, 10) zeitlich etwa im Jahre 1910, als er, als junger Medizinstudent, in den Parkanlagen Wiens soziometrische Spiele mit Kindern und deren Eltern spielte; derart, daß er Kinder sich andere Eltern und Eltern sich andere Kinder wählen ließ. Die neuen Familien machten Freizeitspiele miteinander. Die Teilnehmer bekamen dabei auf ihre Verhaltensweisen z. T. andere als die bisher gewohnten Rückmeldungen und erhielten neue Anregungen; probierten anderes Verhalten aus und erweiterten auf diese Weise ihre Lebenserfahrungen.

Als junger Arzt im Flüchtlingslager zu Mittendorf bei Wien (mit Flüchtlingen aus Süd-Tirol) entdeckte er, wie eng seelische Gesundheit mit einem harmonischen soziometrischen Beziehungsgefüge der jeweiligen Wohngruppe zusammenhing. In den folgenden Jahren bis zu seiner Übersiedlung (1925) in die USA und in seinen Anfangsjahren dort als ärztlicher Betreuer in verschiedenen Resozialisierungseinrichtungen verfolgte *Moreno* den Gedanken einer gesellschaftlichen und individuellen Therapie, welche bei der Diagnose und Neuordnung der sozialen Beziehungen des Individuums ansetzt. Aus diesen Anfängen entwickelte *Moreno* die grundlegenden und heute noch üblichen Methoden der soziometrischen Befragung zur Analyse des sozialen Netzwerkes in kleinen Gruppen. Sein 1934 im Amerikanischen und 1954 im Deutschen erschienenes Werk „Grundlagen der Soziometrie“ mit dem Untertitel: Wege zur Neuordnung der Gesellschaft, gilt als erstes Standardwerk auf dem Gebiet der Soziometrie. In den gleichen Jahren konzipiert *Moreno* eine Gruppen-Therapieform, in welcher die Diagnose und Therapie der sozialen Beziehungen einen vorrangigen Platz einnimmt. Als Mittel dazu dient ihm das Ergründen der psychischen Aspekte der sozialen Verflechtungen in der dramatischen Erforschung und dramatischen Neugestaltung konkreter Lebenssituationen. Das klassische Psychodrama nach *J. L. Moreno*, von ihm selbst auch „triadisches Psychodrama“ genannt, trägt drei wesentliche Merkmale, welche auch in den drei Phasen des Aufbaus einer danach konzipierten Gruppensitzung wieder auftauchen, nämlich die erste Phase der soziometrischen Interaktion und Kom-

munikation der Teilnehmer, die zweite Phase des handelnden Ergründens der psychischen Realitäten des Protagonisten (= der zum Erkunden seines Lebens gewählte Gruppenteilnehmer) auf der Bühne und die dritte Phase der Psychodramasitzung, eine Gruppengesprächsphase, in welcher die anderen Gruppenteilnehmer zum dramatischen Bühnenergebnis parallele Situationen aus ihrem eigenen Leben berichten und ihre Schicksalsgemeinschaft mit dem Protagonisten aufzeigen und erörtern (*Schönke* 1977, 186f).

Das Thema „Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama“ knüpft also an die historischen Wurzeln der Psychodramagruppentherapie an und kann prozessual als häufigster Ansatz psychodramatischer Therapie betrachtet werden.

Die Berechtigung einer Akzentuierung der sozialen Aspekte in der Psychotherapie wird indes nicht allein begründet durch die frühen, eher zufälligen, wenn auch bedeutsamen Beobachtungen und Versuche *J. L. Morenos*, sondern mittlerweile auch durch eine Vielzahl von Forschungsergebnissen aus Untersuchungen über die Ursachen des frühkindlichen Hospitalismus (*Spitz*, 1973), aus der Ursachenforschung psychischer Deviationen im Jugendalter (*Bowlby*, 1973) und schulischer Lernstörungen (*Berger*, 1980). Ferner weist eine ganze Reihe von Untersuchungen der Entwicklungspsychologie Bedingungsfaktoren frühkindlichen Lernens nach, daß eine Störung der sozialen Interaktion in der Regel eine Verschlechterung der Umweltzuwendung und des Lernens nach sich zieht (*Grossmann*, 1977). Zahlreiche Untersuchungen aus der Sozialpsychologie und der Gruppendynamik weisen die Bedeutung der sozialen Kontakte für die Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit ebenfalls nach. Bei Zurückweisung allen Überschwanges bleibt festzustellen, daß die Diagnose der sozialen Beziehungen einer Person in der Einzeltherapie wie in der Gruppentherapie ein wichtiger therapeutischer Ansatz zum Verständnis von Befindlichkeits- und Verhaltensstörungen ist. Im Psychodrama wird die Analyse der sozialen Beziehungen in der Regel als methodischer Einstieg in die Problematik des Klienten gewählt. Die innerpsychische Problemlage des Klienten versucht der Psychodrama-Therapeut stets im Kontext zu ihren sozialen Auslösern und zu ihren sozialen Auswirkungsbereichen zu sehen und den therapeutischen Prozeß möglichst nahe an das soziale Klima und an den Interaktionsmodus der realen sozialen Bezüge des Klienten anzusiedeln. Das heißt, in der Psychodrama-Therapie beginnt die Handlung auf der Bühne in der Regel mit der Diagnose eines sozialkommunikativen Ereignisses aus dem Leben des Protagonisten, während die dramatische Schlußszenen einer Bühnenarbeit in der Regel mit der gleichen aber therapeutisch revidierten Szene (*Schönke*, 1977, 195–196) endet. Die Schlußszenen mit der verbesserten sozialen Interaktion des Protagonisten ist damit gleichsam eine Antwort auf die sozial kommunikative Problemstellung, die in der Anfangsphase verdeutlicht wurde.

2. Eigentümlichkeiten der psychodramatischen Diagnose

Der diagnostische Prozeß im Psychodrama ist ein Selbsterkundungsprozeß des Protagonisten. Dieser Prozeß wird durch die Aktivitäten in der Interaktions-Anwärmphase einer Psychodrama-Sitzung angeregt und dann vom Protagonisten selbst aktiv im ersten Teil der dramatischen Bühnephase durchgeführt. Diesen selbstexplorativen Teil der Arbeit begleitet der Therapeut durch Ziel und Handlungsverlauf strukturierende Rückfragen und methodische Vorschläge. Dabei geht der Protagonist von einem konkreten sozialen Ereignis seiner Lebensgeschichte aus oder von einer isolierten momentanen Körper- oder Stimmungsempfindung, zu welcher er im Verlauf einer dramatischen Beschäftigung mit ihr eine passende soziale Interaktion assoziiert, an welcher er dann weiter arbeitet. Es geht dabei darum, für den Protagonisten zunächst wenig greifbare, wie Schatten vorbeihuschende eigene Empfindungen, Vorstellungsinhalte und Tendenzen so zu fixieren, daß er sie selbst nacheinander mit Sorgfalt einer eingehenden Erkundung unterziehen kann. Der erste Schritt dazu besteht in dem Zugänglichmachen der psychischen Inhalte. Der psychische Inhalt muß zu diesem Zweck eine greifbare Gestalt erhalten. Wenn der Protagonist den psychischen Inhalt eng mit einem Ereignis, einer Szene in seinem Leben verbinden kann, wird diese Szene *realistisch auf der Bühne aufgebaut und mit Personen aus seinem realen Leben – vertreten durch Gruppenmitglieder – durchgespielt*. Dabei kann der Protagonist Eigenarten seiner sozialen Beziehungen für sich darlegen und auf emotionale und rationale Unebenheiten hin untersuchen.

Ist der psychische Inhalt, welchen der Protagonist bearbeiten will, für diesen selbst nicht mit einem konkreten Ereignis seiner Vergangenheit zu verbinden, kann er damit beginnen, zu seinen abstrakten und flüchtigen Gefühlen eine romantische oder surrealistische Zauberwelt zu schaffen oder Bilder und Vorgänge zu phantasieren. Ähnlich wie die menschliche Psyche es unternimmt, in nächtlichen Traumbildern bestimmte Befindlichkeiten abzubilden (Schönke 1980, 111).

Dabei werden erlebte Beeinträchtigungen des eigenen Kräftegefühls oder Handlungsvermögens durch möglicherweise zunächst phantasierte, dann aber durch im realen Lebensraum des Protagonisten anvisierte soziale Hilfsressourcen (Freunde, Verwandte, Mitarbeiter, Freizeitbekannte usw.) im psychodramatischen Geschehen auf der Bühne ausgeglichen.

Der Protagonist erfährt hier vielleicht seit langem wieder, daß er zu einer sozialen Kommunikation fähig ist und daß diese ihm helfen kann, seine Ziele zu erreichen und die eigene Existenz auch im sozialen, mitmenschlichen Bereich wieder als wirkungsvoll und wertvoll zu erleben.

Die Diagnostik der sozialen Beziehungen im ersten Teil der dramatischen Phase einer Psychodramasitzung vollzieht sich in einem Wechsel von Darstellen und explorativem, handelnden Erkunden. Dabei wird die Rekonstruktion eines Ereignisses auf der Bühne bezüglich ihrer Stimmigkeit mit den in der Erinnerung des Protagonisten lebendigen Gefühlen und Vorstellungen überprüft. Damals Gefühltes aber Ungesagtes kann er nun zum Ausdruck bringen. Im Ge-

spräch mit dem Therapeuten spürt er gemeinsam mit diesem im Verlauf der Bühnenhandlung den in ihm aufsteigenden Gefühlen und Handlungstendenzen nach. Vom Leiter wird er ermuntert und gestützt, diese versuchsweise in Worte und in Handeln umzusetzen. Im Nachhinein vergleicht der Protagonist wiederum die Stimmigkeit des Ereignisses mit seinen Selbstverwirklichungsentwürfen und Fernzielen. In dem der Protagonist in diesem Geschehensverlauf in Szenenwiederholungen die gleiche Szene in der Rolle seines Kontrahenten und dann auch anderer Beteiligter erleben kann, erfährt er Sichtweisen des Ereignisses, welche ihm aus dem Blickwinkel seiner eigenen Person bisher entgangen waren. Der diagnostische Prozeß im Psychodrama besteht also in einer fortlaufenden Kette von Handlungserfahrungen, Entwürfen und Neuerfahrungen.

3. Ziele der psychodramatischen Diagnose

Die psychodramatische Diagnose schließt nicht mit einem ‚Befund‘ oder einem ‚Expertengutachten‘, auf welches hin dann der Psychologe einen Therapieplan entwirft und dem Klienten zur Durchführung anbietet. Es ist vielmehr ein Teil eines fortlaufenden selbsttätigen Erkundungs- und Erprobungshandels des Protagonisten, das im unmittelbaren Kontext zu seiner Lebenserfahrung außerhalb der Beratungsstelle steht. Er evaluiert dabei von Sitzung zu Sitzung die vor allem im sozialen Bereich sich stets wandelnden Bedingungsfaktoren und baut seine neuen Erfahrungen in neue Handlungskonzepte ein.

Das Ziel der psychodramatischen Diagnose besteht darin, dem Protagonisten Gelegenheit zu geben, seine Welt zu erkunden und selbst entworfene Handlungskonzepte zu erproben. Ferner soll er die nach seinem Urteil als sozial effektiv erlebten Handlungen und die Konzepte, welche nach seiner Ansicht den sozialen Wertungen befriedigend entsprechen, für sich erarbeiten können. Solche Handlungskonzepte kann er seiner Individualität zugehörig empfinden und sie in das Arsenal seiner sozial brauchbaren Handlungsentwürfe eingliedern.

Eine spontane und kreative Persönlichkeit zeichnet sich nach J. L. Moreno durch ein differenziertes, reiches, wohl erprobtes, auf eigene und fremde Gegebenheiten abgestimmtes und abstimmbares Arsenal von Handlungsentwürfen aus, das sie befähigt, zu neuen Situationen angemessenes Verhalten und zu ähnlichen Situationen jeweils ‚neues‘ Verhalten zu produzieren.

Das Psychodrama soll seine Teilnehmer diesem Ziel näher bringen. Die psychodramatische Diagnose des sozialen Lebensraumes hat, über das allgemeine soeben beschriebene Ziel des Psychodramas hinaus, insbesondere zur Aufgabe, den Protagonisten bei der Auflistung und Evaluierung seiner sozialen Beziehungen zu unterstützen.

Der subjektive Bewertungsmaßstab des einzelnen wird dabei auf seine motivierenden Bezugsgrößen hin untersucht (z. B. Bezugsgruppennorm, Elternnormen, egoistische-altruistische Normen; selbst-fremd-bestimmte Normen; innen-außen-geleitete Normen; personenzentral oder – marginal orientierte soziale Normen u. a.).

Durch das Sharing, das Identifikations- und das Rollenfeedback erhält der Protagonist, bezüglich seiner Erkundungs- und Bewertungsarbeit auf der Bühne, in der Phase des Gruppengesprächs nach der Bühnenarbeit eine Rückmeldung. Obwohl jedes Gruppenmitglied bei dieser Gelegenheit nur seine eigenen Erfahrungen erörtert, lernt der Protagonist von seiner eigenen Sichtweise z. T. stärker abweichende Auffassungen kennen. Diese Erfahrung bleibt für das einzelne Gruppenmitglied nicht ohne Auswirkung. Wie sehr auch vom Leiter der situations- und individuumorientierten Entscheidung im Einzelfall assertive Stützung gewährt wird, die Rückmeldungen aus der Gruppe wirken sich in der Regel moderierend auf extreme Normauffassungen oder soziale Erwartungen einzelner Mitglieder aus.

Nach Ansicht J. L. Morenos ist eine gewisse Anzahl von Bezugspersonen notwendig, damit eine Person sich im Rahmen ihrer kulturellen Umwelt entfalten kann. Er glaubt, daß die individuelle Entfaltung und das persönliche Wohlbefinden des Menschen im hohen Maße von der Qualität, aber auch von einer angemessenen Quantität sozialer Kontakte mitbestimmt wird. Ein wichtiges Ziel der Diagnose der sozialen Beziehungen im Psychodrama besteht deswegen darin, daß sie Art und Umfang der sozialen Beziehungen erkundet und je nach Lage den Kreis der Bezugspersonen erweitert, verändert oder auch einschränkt.

Das Psychodrama stellt für diese Arbeit bestimmte Instrumente und Techniken zur Verfügung, die geeignet sind, schnell Lücken im sozialen Netzwerk einer Person aufzudecken und die derzeitige Gesamtsituation auch hinsichtlich der in Gang befindlichen Veränderungen und der Tendenzen zur Veränderung zu verdeutlichen. Der Protagonist wird so in den Stand gesetzt, Mängel und Defizite in seinen sozialen Beziehungen in ihrer Bedeutung für die weitere Entfaltung seiner Persönlichkeit zu erkennen. Er kann psychodramatisch Behinderungen untersuchen. Er kann neue Vorgehensweisen entwerfen und sie auf der Bühne versuchsweise erproben.

4. Die Methode der Diagnose der sozialen Beziehungen

Eine psychodramatische Sitzung der sozialen Beziehungen einer Person kann dem Aufbau einer Psychodramasitzung nachgebildet werden, wie er für das protagonistenzentrierte, klassische Psychodrama nach J. L. Moreno gilt. Dieser Aufbau ist andernorts ausführlich beschrieben worden (Schönke 1977).

Die nachfolgende Beschreibung des Ablaufes einer Gruppensitzung zur Diagnose des „sozialen“ Lebensraumes eines oder mehrerer ihrer Mitglieder beschränkt sich auf die dem gestellten Thema eigentümlichen Besonderheiten. Die Sitzung wird in drei Phasen eingeteilt. In der *ersten Phase* stimmt sich die Gruppe durch vom Therapeuten vorgeschlagene Übungen auf das Thema ein. Diese Phase wird auch Anwärmphase genannt. In der *zweiten Phase* erkunden ein oder mehrere Gruppenmitglieder nacheinander auf der Bühne ihren sozialen Lebensraum; nehmen dazu Stellung und treffen in ihrer Vorstellung und in psychodramatischen Realitätsproben Vorkehrungen zur Veränderung ihrer sozia-

len Beziehungen. In der *dritten Phase* der Gruppensitzung versuchen die anderen Gruppenteilnehmer durch verbales Offenlegen ihrer eigenen Situation, Parallelen und Abweichungen zu dem Geschehen auf der Bühne aufzuzeigen oder durch ein Rollen- oder Identifikationsfeedback den Protagonisten eine Rückmeldung über ihre Betroffenheit zu geben. (z. B. Mitgefühl, Erschrockenheit, Ärger) (vgl. Schönke 1980, 119).

4.1. Erste Phase

Zur Gestaltung der ersten Phase einer Sitzung zur Diagnose des sozialen Lebensraumes sollen hier drei Formen aufgezeigt werden.

Die erste ist die verbale Form eines themenzentrierten Gruppengesprächs nach Ruth Cohn (Cohn, 1975), das sich der Befindlichkeitsbeschreibung eines jeden Gruppenmitgliedes ganz zu Anfang der Sitzung anschließt. Ein themenzentriertes Gespräch bietet sich dann an, wenn bei dem vorausgehenden Bericht mehrere der Teilnehmer das Problem der Unklarheit oder Ungeordnetheit ihrer sozialen Beziehungen angesprochen haben. Nach einer kurzen Behandlung des Themas durch die Gruppe schlägt der Therapeut die psychodramatische Bearbeitung des Themas vor, mit welcher dann die zweite Sitzungsphase beginnt.

Eine zweite Form der Anwärmung für das Thema besteht in einer katathymen Induktion durch den Therapeuten. Nach dem Befindlichkeitsbericht der Gruppenteilnehmer ganz zu Anfang der Sitzung bittet der Therapeut die Teilnehmer, sich bequem auf dem Stuhl (Sessel) hinzusetzen und die Augen zu schließen (bzw. sich in Rückenlage auf den Boden zu legen, Beine nebeneinander und Hände neben den Körper). Der Therapeut gibt zunächst eine Entspannungsanweisung (z. B. „Richte Deine Aufmerksamkeit auf Deine Füße“ usw.). Danach folgt die eigentliche katathyme Bildinduktion. Diese Bildinduktion kann sich auf bereits vorhandene Bilder richten (z. B. ein typisches Familienfoto), welche der Gruppenteilnehmer aus seiner Sammlung herausuchen soll, oder der Teilnehmer wird aufgefordert, ein typisches Bild zu entwerfen, welches ihn und seine Familienangehörigen (Freunde oder Mitarbeiter) darstellt. Nach einer Weile, die je nach Schwierigkeit der Aufgabe zwischen 1–3 Minuten liegt, fordert der Leiter den Teilnehmer auf, sich das gefundene Bild noch einmal gut einzuprägen und dann die Augen wieder zu öffnen. Danach geht es weiter wie bei der ersten Form der Anwärmung.

Eine dritte Form der Anwärmung für das Thema besteht darin, daß der Therapeut nach dem Reihubericht den Gruppenmitgliedern vorschlägt, für ein imaginäres Sonntagsnachmittagspicknick Phantasiefamilien (Vater, Mutter, ein bis drei Kinder) zu bilden und in jeder so entstandenen psychodramatischen Familie mit der Planung und Durchführung des Ausfluges zu beginnen. Nach einer halben Stunde berichtet jeder, wie er sich gefühlt hat und an welche Begebenheit oder Begegnung in seiner Welt außerhalb der Gruppe ihn sein Verhalten oder das anderer in seiner Spielfamilie erinnert hat. Im Anschluß an dieses Rundgespräch schlägt der Therapeut den Teilnehmern vor, auf der Bühne ihr soziales Netzwerk darzustellen und zu erkunden.

Er stellt einen leeren Stuhl mitten auf die Bühne und sagt: „*Stelle Dir vor, das bist Du.*“ Der Therapeut stellt einen zweiten Stuhl in die Nähe des ersten und sagt: „*Das ist jemand, der Dir nahe steht. Vielleicht bewegt er sich auf Dich zu*“, dabei dreht er den Stuhl so, daß die Vorderkante der Sitzfläche zum ersten Stuhl gerichtet ist. „*Oder Du hast das Gefühl, daß er sich von Dir entfernt*“, dabei wendet er die Richtung des zweiten Stuhles um 180°. „*Hier weit hinten befindet sich jemand, den Du weit hinter Dir gelassen hast.*“ Der Therapeut plziert einen weiteren Stuhl weiter hinter dem ersten Stuhl, aber diesem zugewandt. „*Diese Person schaut zu Dir hin, aber Du müßtest etwas tun, daß sie Dir näher kommen kann; aber vielleicht ist es für Dich besser, daß die Distanz so bleibt.*“

„*Wenn Du willst, komm hierher und setze die Arbeit fort, oder beginne sie neu, bis Du Deine Leute alle richtig hier plziert hast. Sprich dabei mit mir darüber, wen Du gerade plzierst und was dabei in Dir vorgeht.*“

Mit einer Handbewegung lädt er das eine oder andere Gruppenmitglied, von dem er den Eindruck der Aktionsbereitschaft hat, ein, die Arbeit fortzusetzen. Die Bühnenarbeit mit dem ersten Protagonisten beginnt.

4.2. Zweite Phase

Die zweite Phase einer Psychodrama-Sitzung hat drei Abschnitte:

Im ersten Abschnitt stellt der Protagonist den Ist-Zustand dar. Für die Personen benutzt er wie oben beschrieben z. B. leere Stühle; bei der Nachbildung eines Familienfotos jedoch Gruppenmitglieder, die er wie ein Wachsfignurenkabinett in die „richtige“ Stellung bringt.

Zunächst stellt er sich selbst auf dem Bild dar und wählt jemanden aus der Gruppe, der seinen Platz in dem Bild einnimmt. Dann nennt er die nächste Person, wählt dafür ein Gruppenmitglied und macht diesem die Position und den Gesichtsausdruck vor.

Im zweiten Abschnitt der Bühnenarbeit vertieft der Protagonist sich in die dargestellte Struktur seines sozialen Netzwerkes. Mit dem Therapeuten betrachtet er zunächst von außen das Bild. Er spricht mit dem Therapeuten darüber, welchen atmosphärischen Eindruck, welche Gefühle, welche Stimmung das Bild bei ihm auslöst. Dann wechselt er nacheinander, von seiner eigenen Person angefangen und mit ihr auch wieder endend, mit jeder Figur seines Bildes den Platz. Der Leiter führt ein Interview mit jeder Figur, fordert sie eventuell auf, einen treffenden Satz aus ihrer Position zum Protagonisten zu sagen. In die eigene (Rolle) Position im Bild zurückgekehrt, hört sich der Protagonist aus dem Munde der anderen Darsteller den treffenden Satz an und beobachtet, was dieser Satz in ihm auslöst. Der Therapeut ermuntert und bestärkt den Protagonisten, sich den Anmutungen und Gefühlen hinzugeben und sie so zum Leben kommen zu lassen, wie er fühlt, daß es gut für ihn ist. Nach diesem Innewerden der eigenen Gefühle kann der Protagonist sich mit einem oder zwei Sätzen an jede der Bildfiguren wenden und zum Ausdruck bringen, was ihm diese Beziehung bedeutet. Zum Schluß geht er aus dem Bild heraus und betrachtet es mit dem Therapeuten. Im Wechselgespräch mit dem Therapeuten verändert der Protagonist möglicherweise

die Positionen. Er schildert dabei, was er macht und was daran wichtig für ihn ist.

Im dritten Abschnitt der Bühnenphase, der auch als „Realitätsprobe“ bezeichnet wird, kann nun der Protagonist versuchen, die gewonnenen Einsichten mit einer Person aus seiner Bezugswelt außerhalb der Therapie-Gruppe zu besprechen oder szenisch zu proben. Auf Anfrage des Leiters benennt der Protagonist eine Person aus seiner Lebenswelt und wählt einen Vertreter aus den anwesenden Gruppenteilnehmern. Er richtet den Ort des Zusammentreffens als Szenarium auf der Bühne ein und spielt dann die Gesprächs- oder Handlungsszene durch. Vom Leiter vorgeschlagene Rollenwechsel oder Spiegelszenen erweitern seinen Blickwinkel und geben Anstöße zu alternativen Lösungsversuchen. (Ergänzende Anweisungen dazu siehe Schönke 1977, 196f).

4.3. Dritte Phase

Die dritte Phase einer Psychodrama-Sitzung zur Diagnose des sozialen Lebensraumes hat drei Aufgaben.

Die erste Aufgabe besteht darin, den Protagonisten wieder in die Gruppe zu integrieren. Das geschieht dadurch, daß die einzelnen berichten, welche Beziehungsprobleme in ihrem Leben zu der Thematik des Protagonisten Parallelen oder Abweichungen zeigen (Sharing). Sie beschreiben, welche Gefühle und Stimmungen in ihnen erweckt wurden, als sie dem Bühnengeschehen zuschauten (Identifikationsfeedback) oder sie berichten, was sie in der Rolle einer Person erlebten (Rollenfeedback).

Hier wird die zweite Aufgabe dieser Psychodramaphase berührt, die im Gesamthema eingebundenen Einzelthematika zu ventilieren und zu einem vorläufigen Abschluß zu bringen.

Die Aspekte und Fragen der Anfangsphase werden hier wieder aufgegriffen und mit dem Ergebnis der Bühnenarbeit verglichen. Die Einzelschicksale der Teilnehmer erscheinen jetzt nach der intensiveren Durcharbeitung des Themas auf der Bühne am Beispiel des sozialen Schicksals des Protagonisten in einem veränderten Licht. Die Motivation, an dem eigenen sozialen Beziehungsnetz zu arbeiten, wird in der Regel bei mehreren Teilnehmern deutlich.

Die dritte Aufgabe besteht darin, die Arbeit der Sitzung im Gesamtzusammenhang zu verdeutlichen. Das Thema als Ganzes in Augenschein zu nehmen und ihm seinen Ort im Leben zu geben. Die geleistete Arbeit zu würdigen und anzuerkennen, den erreichten Stand aufzuzeigen und auf noch ausstehende Arbeit hinzuweisen. Bei der Verrichtung dieser Aufgabe wird auch für die Gruppe deutlich, daß die einzelne psychodramatische Sitzung keinen endgültigen Abschluß eines Themas bringen kann.

Am Ende der Sitzung werden bei manchen Instituten Befindlichkeitsdifferenziale von den Teilnehmern angekreuzt, um auch jenem Teilnehmer, der eventuell wenig Zeit fand, seine seelische Lage darzulegen, noch eine Möglichkeit zu geben, dem Leiter über das Ankreuzen oder Zufügen von Bemerkungen eine Mitteilung vom eigenen Befinden zu geben. Dadurch wird eine seelische Entlastung ermöglicht,

welche zugleich dem Therapeuten gewisse Rückschlüsse auf die Entwicklung Einzelner als auch der Gruppe gestattet.

5. Techniken der Diagnose des sozialen Lebensraums

Der Übersicht wegen sollen die Techniken zur Diagnose des sozialen Lebensraums nach dem Grad ihrer äußeren Realitäts- und Situationsnähe in vier Gruppen geordnet aufgeführt werden.

a) Zur ersten Gruppe der Techniken mit großer Nähe zu den gewohnten Lebensvollzügen außerhalb der Therapiegruppe zählen die nicht bewegten und die bewegten szenarischen Darstellungen.

Über die Induktion und die Arbeit mit dem „Familienfoto“ wurde im vorausgehenden Text schon ausführlich berichtet. Nach diesem Muster können auch Bilder von der Arbeitsstelle, Freizeitgruppen oder bestimmten anderen Lebensbereichen zur Diagnose benutzt werden.

Die Arbeit mit diesen psychodramatischen Standbildern kann in Handlungsbilder erweitert werden. In dem der Protagonist mit einzelnen Personen aus dem Standbild eine Begebenheit aus dem Leben nachspielt. Solche Kurzszenen, die wie photographische Schnappschüsse charakteristische Beziehungsaspekte oder Verhaltensweisen der Partner verdeutlichen, können einen hohen Grad emotionaler Entlastung bringen, wenn der Protagonist von Therapeuten unterstützt wird, seine Gefühle voll zum Ausdruck zu bringen. In einem zweiten Durchgang als Spiegelszenen führen sie dann auch leicht zu neuen Einsichten in den Charakter der Beziehung und in die Ziele, meist auch zu alternativen Handlungsentwürfen, welche dann erprobt werden können.

b) Die zweite Gruppe von Techniken zur Analyse des sozialen Lebensraumes zeigen den Protagonisten noch in spürbarer, realistischer Nähe zu seinem Leben außerhalb der Therapiegruppe. Die dramatische Arbeit nimmt ihren Ausgang von psychischen Realitäten, die sich unter Bildern, Körpergefühlen, Körpersignalen und Redewendungen des Protagonisten verbergen. Durch das Umsetzen solcher Inhalte in konkretes Handeln oder durch raumzeitliches Vergrößern von Handlungsrudimenten, die sich in Körpergefühlen und Körpersignalen andeuten, werden Beziehungsqualitäten und bisher nicht deutlich bewusste Gefühlstendenzen voll repräsentiert. Der Protagonist kann so unter der Redewendung oder dem Bewegungsrudiment sich andeutende Realität voll zum Erleben bringen, ihren Bedingungsfaktoren nachspüren und im begleitenden Gespräch mit dem Therapeuten Wege einer angemessenen Lösung erarbeiten.

Der Therapeut läßt den Protagonisten bestimmte Bewegungen der Hände, der Beine, des Kopfes, der Augen, der Lippen, Veränderung der Stimme, einmal oder mehrmals wiederholen und den dabei auftretenden Gefühlen oder Assoziationen nachsinnen. Die Redewendung läßt er auf der Bühne plastisch darstellen und in Aktionen umsetzen.

c) Die dritte Gruppe von Techniken zur Diagnose sozialer Beziehungen bewegt sich in einer dem realen Leben des

Protagonisten entrückten Welt. Diese Phantasiewelt kann sich entweder Vorlagen von Märchen (als Repräsentationen des kollektiven Unbewußten nach C. G. Jung) anschließen oder von induzierten Vorstellungsbildern ausgehen und durch die momentane Phantasieproduktion ausgeweitet und gesteuert werden. Handlungstendenzen und Gefühle, welche in der Realität nicht mehr gelebt werden, können sich hier verwirklichen. Der Protagonist erfährt den Reichtum seiner Gefühle und Ideen neu. Mit weiterer Hilfe über „Realitätsproben“ vermag er davon einiges in seinen sozialen Lebensraum zu übertragen. Bei der Märchentechnik werden zuerst die Rollen eines Märchens auf Personen in der Therapiegruppe übertragen. Während das Märchen gespielt wird, wechselt der Protagonist die Rollen mit den Figuren und steht schließlich als Betrachter mit dem Therapeuten außerhalb der Bühne und versucht im gesprächswisen Austausch mit dem Therapeuten die Wahrheit seines Lebens in dem Bühnengeschehen wiederzufinden. Als Mitspieler und Regisseur kann der Protagonist den Weg des Märchens auch willkürlich verändern, um zu prüfen, welche Veränderungen oder Einsichten sich dadurch bei ihm einstellen.

Neben den Anlehnungen an bekannte Märchen können hier auch Phantasiespiele durch den Therapeuten angeregt werden, die es dem Klienten erleichtern, seine wahren Gefühle in bezug auf seine soziale Mitwelt zu entdecken.

Der Therapeut induziert die Vorstellung: *„Du befindest Dich, wie die Goldmarie bei Frau Holle, in einem Märchenland. Du gehst einen Pfad über eine grüne Wiese. An manchen Stellen ist das Land aber auch ausgedorrt und felsig. Es gibt Bäume, die sind grün, andere drohen zu vertrocknen. Ebenso sind da Tiere auf saftigem Gras, andere bei den Felsen angebinden. Du schaust Dir jetzt die Tiere und Bäume etwas genauer an und entdeckst, daß jedes Tier und jeder Baum oder Strauch ein verzauberter Mensch ist, und zwar aus Deiner Familie und Deinem Bekanntenkreis. Nicht nur die Lebenden, auch die Verstobenen sind hier. Schau, wer alles da ist, was sie tun. Frage sie, warum sie gerade in dieses Tier verwandelt wurden, was sie hier tun, wie sie sich fühlen und ob sie wieder zurück möchten. Du kannst Ihnen auch etwas sagen, wie Du Dich ihnen gegenüber fühlst. Was Du ihnen hättest eigentlich immer schon sagen wollen. Was Du Dir von ihnen wünschst.“*

„Bleibe so lange in diesem Land bis ich sage, daß es Zeit zur Rückkehr ist.“

Nach fünf Minuten holt der Therapeut die Gruppe zurück. Er läßt jeden der Reihe nach erzählen. Der Therapeut kann kleine Szenen des Tagtraumes auf der Bühne kurz darstellen lassen, um bestimmte Aspekte für den Protagonisten zu verdeutlichen. Eine solche Sitzung würde sich zwischen Erzählen, Darstellen, Vertiefen und Gruppenfeedback bewegen.

Die vierte Gruppe von Techniken zur Diagnose des sozialen Lebensraumes sind nicht speziell für den Bereich der sozialen Diagnose gedacht, sondern sie werden auch zur Klärung innerpsychischer Prozesse und Zustände benutzt, wo es darum geht, dem Protagonisten seine eigene Welt zu erschließen und ihn die Wahrheit seiner eigenen Existenz klarer erkennen zu lassen. Einige dieser Techniken wurden in vorausgehenden Beispielen schon beiläufig genannt.

Die *Rollenübernahme*, in der Regel verbunden mit der Technik des *Rollenwechsels*, beschreibt den Vorgang im

Psychodrama, bei welchem eine Person in die Rolle und Funktion einer anderen eintritt. So sind die Funktionen des Mitspielers, des Doppelläufers, (Schönke, 1979) des Identifikationsfeedbacks und des Rollenfeedbacks mit Fähigkeiten, bei der Rollenübernahme und beim Rollenwechsel erforderlich sind, eng verknüpft. Die Technik des „Monologs“ besteht darin, daß der Protagonist, während er auf der Bühne agiert, laut Gedanken und Gefühle ausspricht. Die Technik des „Sprechens zur Seite“ (Paraphrase) ist ein Monolog, den der Protagonist neben sich hin spricht, während er auf der Bühne in ein offizielles Gespräch mit einer Bezugsperson verwickelt ist. Die Technik des „leeren Stuhles“ bedeutet, daß nicht auf der Bühne vertretene Bezugspersonen durch leere Stühle ersetzt werden (Einzeltherapie). Die Phantasie des Protagonisten ist hierbei in der Regel sehr groß und kann zu starken Gemütswallungen führen. Diese Technik sollte daher nicht zu Beginn der Arbeit mit einer neuen Gruppe und nicht ohne Versiertheit in der therapeutischen Handhabung benutzt werden.

Bei der Technik des „erhöhten Stuhles“ spricht eine Bezugsperson, der sich der Protagonist unterlegen fühlt, auf einem Stuhl stehend „von oben herab“. Umgekehrt nimmt der sich schwachühlende Protagonist, auf dem Stuhl stehend, den Dialog mit seinem Gegner auf. Der Protagonist kann auch mit Gewalt seinen Gegner „vom hohen Roß“ herunterzerren. Weitere psychodramatische Techniken sind bei Moreno (1969, 233–242) und bei Petzold (1978, 2767; 1979, 130–284) nachzulesen.

Wichtig ist bei allen psychodramatischen Unternehmungen, daß der Protagonist die letzte Aktivität auf der Bühne stets in der eigenen Rolle ausführt. Damit wird vermieden, daß er unbeabsichtigt in eine Rollenkonfusion gerät.

Erfahrungsgemäß haben Kinder bisweilen große Schwierigkeiten, jemanden in seiner eigenen Rolle zu akzeptieren, wenn er zuvor auf der Bühne eine für sie eindrucksvollere Person gespielt hat. Bei Kindern ist also bisweilen eine durch Gesten angedeutete Rückverwandlung in die ursprüngliche Person angezeigt.

Eine weitere wichtige Regel am Ende der Bühnenarbeit besteht darin, in einer für den Protagonisten hoffnungsvollen, positiven und gestärkten Atmosphäre zu schließen.

Summary

Diagnosis of the Social Life Space in Psychodrama

In psychodrama-therapy social aspects are highly emphasized. The author shows why. Then he points specialities and goals of a social diagnosis in psychodrama and describes alternative forms of handling the three phases of a therapeutic session to reach the mentioned goals. Techniques to explore and readjust social concepts and performances of group-members are presented in the last part of the article.

Literatur

- Aebli, H. (1981): Denken: das Ordnen des Tuns. Stuttgart: Klett-Cotta. – Angleitner, A. (1980): Einführung in die Persönlichkeitspsychologie. Bd. 1, Bern: Huber. – Berger, M. (1980): Überdurchschnittlich begabt aber lerngestört. In: Mitteilungen der DFG, 4/80, 6–9. – Bolteby, J. (1973): Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. München: Kindler. – Bormey, M. E. (1947): Popular and Unpopular Children, A Soziometric Study. Beacon N. Y.: Beacon House. – Cohn, R. (1975): Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart: Klett. – Grossmann, K. E. (1977) (Hrsg.): Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt. München: Kindler. – Moreno, J. L. (1967²): Grundlagen der Soziometrie. Opladen, Köln: Westdeutscher Verlag. – Moreno, J. L. (1959): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart: Thieme. – Moreno, J. L. (1969): Psychodrama, Vol. III. Beacon N. Y.: Beacon House Inc. – Petzold, H. (1979): Psychodrama. Paderborn: Junfermann. – Petzold, H. (1978): Das Psychodrama als Methode der klinischen Psychotherapie. In: Pongratz, L. J. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd. 8, 2. Halbb., Göttingen: Hogrefe. – Schönke, M. (1977): Der Aufbau einer Psychodramasitzung. In: Gruppendynamik 8, 185–201. – Schönke, M. (1979): Der Doppelläufer in der Psychodrama-Gruppentherapie. In: Praxis der Kinderpsychologie 28, 303–308. – Schönke, M. (1980): Das Traumdrama in der Psychodrama-Gruppentherapie. In: Gruppendynamik, 11, 110–121. – Shearon, E. M. (1981): Ein Vergleich zwischen Rogers Selbst-Theorie und Morenos Spontaneitäts-Theorie. In: Gruppendynamik, 12, 236–256. – Spitz, R. (1973³): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen. Stuttgart: Klett. – Walter, H. J. (1977): Gestalttheorie und Gruppenpsychotherapie. Darmstadt: Steinkopff.

Ansch. d. Verf.: Dipl.-Psych. Dr. Meinolf Schönke, Frauenstr. 53, 4400 Münster.