

Aus: Textarchiv H. G. Petzold et al. Jahrgang 1972

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

In diesem Internet-Archiv der FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform “Polyloge“ werden Texte von Hilarion G. Petzold und MitautorInnen in chronologischer Folge nach Jahrgängen und in der Folge der Jahrgangssiglen geordnet zur Verfügung gestellt. Es werden hier auch ältere Texte eingestellt, um ihre Zugänglichkeit zu verbessern. Zitiert wird diese Quelle dann wie folgt:

Textarchiv H. G. Petzold et al.

<http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>

*Hilarion G. Petzold, U.J. Osterhues (1972b): Zur Verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymer Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum **

Erschienen in:

Petzold, H.G., 1972a (Hrsg.). Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, Paderborn: Junfermann, S. 232-241.

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc*). Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Der Beitrag hat die Sigle 1972b.

Zusammenfassung: Zur Verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum

Der Beitrag stellt die integrativ-therapeutische Arbeit in einem Lebenshilfezentrum und einem Telefonnotruf da, wie sie von *H.G. Petzold* entwickelt wurde, in dem von *J. Osterhues* begründeten Lebenshilfezentren in München und Düsseldorf, die innovativ Telefonseelsorge und direkte Lebenshilfe (Psycho- und Soziotherapie) verbunden haben. Methodisch wird ein multimethodischer und multimodaler Ansatz (Methodenkombination) praktiziert, der erlebnisaktivierende und behaviorale Elemente (verhaltenstherapeutisches Rollenspiel/Behaviourdrama) und „komplexe katathyme Imagination“ verwendet. Es ist ein frühes Beispiel für die „kognitive Wende“ in der Verhaltenstherapie und für die Methodenintegration. Es werden komplexe Vorstellungen/Repräsentationen (covert behavior), gelenkte innere Bilder, aber auch akustische, taktile, olfaktorische etc. Vorstellungen/Repräsentationen (deshalb „komplex“) zur Beeinflussung von Verhalten eingesetzt. Der Text ist ein Beispiel für das behaviorale Element in der frühen *Integrativen Therapie*.

Schlüsselwörter: Behaviorale katathyme Imagination, Behaviourdrama, Methodenkombination, Lebenshilfezentrum/Telefonseelsorge, *Integrative Therapie*

Summary: On the behavioral therapy use of guided Katathymic imagination and behavior drama in a life support center

The article presents the integrative-therapeutic work in a life support center and a telephone emergency call, as developed by *H. Petzold* in the life support centers founded by *J. Osterhues* in Munich and Düsseldorf, which innovatively combine telephone counseling and direct life support (psychotherapy and sociotherapy). Methodologically, a multi-method and multi-modal approach (combination of methods) is practiced, which uses experience-activating and behavioral elements (behaviour-therapeutic role play/behaviour drama) and "complex katathymic imagination". It is an early example of the "cognitive turn" in behavioral therapy and of "method integration". Complex mental representations (covert behavior), controlled inner images, but also acoustic, tactile, olfactory, etc. representations (hence "complex") are used to influence behavior. The text is an example of the behavioral element in early Integrative Therapy.

Keywords: Behavioral katathymic imagination, behavior drama, combination of methods, life support center/telephone counseling, integrative therapy

Zur verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum

H. Petzold, Paris; U. J. Osterhues, München

Die Zahl der Suizide ist im vergangenen Dezennium von 9800 vollzogenen Selbstmorden im Jahre 1960 auf über 13 000 Fälle im Jahre 1969 gestiegen. Die Dunkelziffer – Selbstmörder versuchen oft die Art ihres Todes zu verschleiern – (RE 1965) – und die Zahl der Selbstmordversuche sind nicht exakt zu erfassen und dürften nach vorsichtigen Schätzungen fünf bis sieben mal höher liegen. – Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der gerichtlich getrennten Ehen in der BRD von 44 300 im Jahre 1960 auf über 72 000 im Jahre 1969, verzeichneten Erziehungs- und Eheberatungsstellen Zuwachsraten in der Frequentierung zwischen zweihundert und vierhundert Prozent.

Diese erschreckende Bilanz erfordert Lebensberatungs- bzw. Lebenshilfezentren in den großen Städten und in den Landkreisen, die in multilateraler Arbeitsweise Erziehungs- und Eheberatung, Betreuung von Straftatlassenen, Alkoholikern und Suchtgefährdeten, Unterstützung in sozialen Notlagen und Beistand für Suizidale zu leisten vermögen, da die genannten Problemkreise sich oft überschneiden: z. B. sind Ehekrisen und Alkoholismus oft kausal für Suizidabsichten (THOMAS 1964). Es werden damit an die Beratungsstelle Anforderungen gestellt, die nur in der interdisziplinären Zusammenarbeit eines Teams geleistet werden können, in dem der Arzt, der Psychologe, der Sozialfürsorger und der Seelsorger, der Psychotherapeut und der Pädagoge gemeinsam wirken (cf. PETZOLD 1970 c).

Die im Rahmen einer derartigen Arbeit auftauchenden Probleme sind ausgesprochen vielgestaltig. Sie werden oft überraschend an den Berater herangetragen und erfordern in der Regel rasche Lösungen, zumindest aber ein Eingreifen, das akute Situationen überbrückt.

Unsere Erfahrungen stützen sich auf die Arbeit in den Lebenshilfezentren der „Stiftung für Internationale Nothilfe“ in Düsseldorf, Berlin u. München, wo nach den oben aufgezeichneten Kriterien versucht wird, in einer Beratungsstelle die verschiedenen Problemkreise in interdisziplinärer Arbeit anzugehen.

Zu einer Beratungsstelle mit ständigem Bereitschaftsdienst kommen zu jeder Tages- und Nachtzeit Anrufe oder Besuche von Menschen in Schwierigkeiten, die ein sofortiges Eingreifen erforderlich machen. Hier nun zeichnen sich verschiedene Gruppierungen ab, von denen wir im Rahmen unserer Themenstellung nur „die Angst vor dem Kommenden“, d. h. die Angst vor der Konfrontation mit einer Person oder einer Situation herausgreifen möchten.

vierte Widerstand gegen die Rückkehr in den häuslichen Bereich. Dieser Widerstand ist oft so heftig, daß er durch Appelle an die Vernunft, durch ein beruhigendes und erklärendes Gespräch nicht überwunden werden kann. Und wenn es dann gelingt, den Ratsuchenden davon zu überzeugen, daß nur durch gezielte, seinen gesamten Familien- und Sozialbereich erfassende therapeutische bzw. sozialfürsorgereiche Maßnahmen ihm dauerhafte Hilfe gebracht werden könne, für diese aber zunächst die Rückkehr in die häusliche Umgebung notwendig sei, so bleibt bei aller intellektuellen Zustimmung die Angst vor der Konfrontation, die etwa folgendermaßen zum Ausdruck kommt: „Sie haben ja recht, und ich sehe ja ein, daß ich zurück muß. Aber wie soll ich es denn machen? Ich kann einfach nicht nach Hause gehen. Meine Frau (Vater, Mutter, Chef, Familie etc.) ... ich kann ihr nicht gegenüberreten.“

In derartigen Fällen hat sich eine Kombination von katathymen Imagination und psychodramatischem Rollenspiel (PETZOLD 1969) bewährt, um Ängste abzubauen, verstärkende Erlebnisse zu vermitteln und eine verstandesmäßige Erkenntnis emotional zu realisieren.

Wir verfahren nach einer von PETZOLD in der Beratungsstelle der AIA, Paris, entwickelten Methode, die dazu geeignet ist, in dem zumeist nur sehr kurzen Zeitraum, der zur Verfügung steht, Widerstände abzubauen; denn es ist vielfach unmöglich, derartige Fälle in der Beratungsstelle unterzubringen, wie es oft von den Hilfesuchenden gewünscht wird; es ist aber genauso untragbar, den Ratsuchenden gehen zu lassen und die Gewißheit zu haben, daß er weiter umherirrt und Schaden nimmt oder vielleicht straffällig wird. Einweisung und – vornehmlich bei minderjährigen Jugendlichen – die Rückbringung durch die Polizei stehen dann als letzte Möglichkeit zur Verfügung; doch wirken sich solche Maßnahmen auf die Gesamtsituation und -verfassung des Patienten höchst negativ aus.

Um also die Haltung, das Verhalten des Patienten zu „modifizieren“, seine Ängste abzubauen und seine Widerstände zu überwinden, wird versucht, zunächst in einem kurzen Gespräch die Hintergründe seines Handelns aufzuhellen. Damit gewinnt der Berater einen Eindruck von der persönlichen, familiären bzw. sozialen Problematik des Hilfesuchenden. Das Gespräch aber schafft eine Atmosphäre des Vertrauens und Verständnisses, die Voraussetzung für alle weiterführenden Maßnahmen ist, und setzt überdies im Prozeß der Verbalisierung des Konflikstoffes den Angstdruck herab. Hier nun ist der Zeitpunkt, mit einer gezielten *Desensibilisierung* einzusetzen, die wie bei WOLPE (1958, 1961) durch Entspannungsübungen nach JACOBSON (1938), durch Heterohypnose (WOLPE, LAZARUS 1966), entspannende Suggestionen (PAUL 1966) oder durch „artifizielle“ katathyme Bilder (PETZOLD 1969, 1970 a) eingeleitet werden kann.

Wir konnten feststellen, daß sich die Entspannung durch katathyme Bilder als höchst vorteilhaft erwies, da die Vorstellung einer ruhigen, sonnenbeschiedenen, saftig-grünen Wiese (LEUNER 1970) ausgesprochen angstdämpfend wirkt und das leichte Hypnoid des katathymen Bilderlebnisses Widerstände herabsetzt. Das wesentliche Plus dieser Methode aber liegt darin, daß die zur Desensibilisierung notwendigen Vorstellungen der angstauslösenden Situation (RACHMANN, BER-

GOLD 1970, PAUL 1966, WOLPE 1958, 1961, EYSENCK 1960, 1964) im kathymen Bilderleben wohl dosiert induziert werden können, und daß die „therapeutische Ebene“ (PETZOLD 1969) nicht gewechselt zu werden braucht, da die Entspannungsübung und die auf Desensibilisierung abzielenden Vorstellungen im imaginativen Bereich liegen. So kann man den Patienten im Bilderleben durch direktive Einflußnahme an den angstbesetzten Bereich heranzuführen, etwa von der Wiese an sein Haus, an die Haustür. Treten hier Widerstände, d. h. Ängste auf, so läßt man ihn zunächst durch das Fenster schauen, oder durch die angelehnte Tür, wobei man betont, daß er ja von den im Raum anwesenden Familienangehörigen nicht gesehen werden könne. Auf diese Weise kann man immer näher an den phobischen Bereich herankommen, bis eine direkte Konfrontation in der Imagination möglich wird. Es muß betont werden, daß es sich hier um „artifizielle“ katathyme Bilder handelt, d. h. um vom Therapeuten eingeleitete Bildvorstellungen. Spontane, also im eigentlichen Sinne katathyme Bilder, sollten im Hinblick auf die abgegrenzte therapeutische Zielsetzung durch Einflußnahme des Therapeuten auf die anstehende Situation umgelenkt werden.

Dadurch, daß der angstbesetzte Bereich gezielt abgestuft an den Patienten herangebracht wird, läßt sich im Verlauf einer Sitzung eine desensibilisierende Konfrontation mit der Konfliktsituation herbeiführen, wobei bei auftretenden Angstreaktionen immer wieder auf die beruhigende Sommerwiese zurückgeschaut oder zurückgegangen werden kann. Die Anwesenheit des Therapeuten bietet eine zusätzliche Stütze.

Die mit dieser Technik erzielte Beruhigung und Desensibilisierung aber sind zur Bewältigung der geschilderten Situation allein nicht ausreichend, jedenfalls nicht, wenn in einer akuten Lage nur eine Sitzung zur Verfügung steht. Als Therapieform mit einer angemessenen Behandlungsdauer (je nach Schwere des Falles können 5 bis 30 Sitzungen nach unseren Erfahrungen mit Erfolg eingesetzt werden) vermag sie jedoch zu einer dauerhaften Bewältigung der Konfliktsituation führen.

Für die von uns geschilderten Fälle muß festgehalten werden, daß es sich in der Regel nicht um eingeschliffene Phobien handelt, sondern um „reaktive Phobien“, akute, durch eine konkrete Situation hervorgerufene Angstreaktionen, die zwar sehr heftig verlaufen, aber oft noch nicht neurotisch verfestigt sind. Deshalb kann die Angst in der Regel schon in einer Sitzung mit der geschilderten Technik sehr stark abgedämpft werden. Damit wird eine Ausgangssituation für eine positive Verstärkung durch das Rollenspiel gegeben, die sich wiederum als Gegenkonditionierung für die Angst auswirkt.

Die akuten Angstzustände, um die es bei unseren Klienten geht, können in der Regel nicht direkt im Psychodrama bzw. Rollenspiel (MORENO 1959, CORSINI 1966) angegangen werden. Um die hier auftretenden Widerstände psychodramatisch zu überwinden, wären eine Gruppe und mehr Zeit notwendig, als zur Verfügung steht, da die Problematik zunächst kathartisch „ausgespielt“ werden müßte, bevor man im Rollenspiel mit den angstausslösenden Situationen konfrontieren kann. Ein direktives „Symbol drama“ (LEUNER 1957, 1960, 1970, KROJANKER

1966) wirkt hier als gezielte Desensibilisierung auch gleichzeitig als „warming up“ für das Rollenspiel – und ein solches muß folgen, da die Behandlung des Konfliktstoffes auf der imaginativen Ebene allein nicht ausreichend ist, wenn sie nur in einer Sitzung vorgenommen werden kann. PETZOLD kam, ausgehend von der Beobachtung der Mimik des Patienten während der imaginativen Desensibilisierung, zu der Praktik, die Expressivität in Gesichtsausdruck und Haltung im Sinne von SALTER (1950) als „Selbstbehauptungstraining“ einzusetzen und weiterführend im verhaltenstherapeutischen Rollentraining („Verhaltensprobe“ WOLPE, LAZARUS 1966) zu intensivieren.

Der Therapeut fordert den Hilfesuchenden auf, nachdem er im Bilderleben an den Konfliktbereich herangeführt oder mit ihm direkt konfrontiert wurde, die Situation, vor der er Angst hat, durchzuspielen. „Was meinen Sie, wie wird sich Ihre Frau verhalten? Können Sie mir das einmal zeigen?“ – Im Rollenspiel wird nun der Ablauf, so wie ihn sich der Patient vorstellt, skizziert, wobei der Therapeut und mindestens noch eine weitere Person als *auxiliary egos* fungieren. Der Patient erlebt zunächst die Situation in der Rolle eines anderen (KELLY 1955) – oft gerade als die Person, vor der er sich fürchtet (Vater, Chef, Ehefrau etc.). Im psychodramatischen *Rollentausch* (Z. MORENO 1959, PETZOLD 1970 b) – und hier bietet das Psychodrama gegenüber dem Rollentraining, wie es in der Verhaltenstherapie angewandt wird (WOLPE 1958, 1969; LAZARUS 1966), einen technischen Vorteil – kann das reale Verhalten des Patienten ersehen werden, das sich in der Regel als ein Rückfall in phobische Reaktionen erweist, die aber durch das voraufgegangene Symboldrama und den semirealen Charakter des Psychodramas wesentlich gemildert sind. Das psychodramatische Rollenspiel kann nun als verhaltenstherapeutische Replikationstechnik eingesetzt werden (KANFER/PHILLIPS 1970). Es kommt zu einem *Behaviourdrama* (PETZOLD 1971), in dem die Prinzipien der Verhaltenstherapie systematisch verwandt werden. Dadurch, daß der Patient seine Konfliktsituation und die damit verbundenen Ereignisse und Situationen in seiner familiären und sozialen Umwelt darstellt, wird dem Therapeuten eine Verhaltensanalyse ermöglicht, der nicht nur für die akute Situation, sondern auch für eine eventuelle fortsetzende Behandlung große Bedeutung zukommt. Es werden nicht nur die Stimulus-Response-Konstellationen transparent, sondern es lassen sich auch die angstauslösenden Faktoren der Situation klar erkennen, so daß für den Verlauf des „emergency treatment“ ein Strategieplan entwickelt werden kann. Die Entscheidung, welche Technik zum Einsatz kommen soll, wird im wesentlichen von den Daten abhängen, die im Einleitungsgespräch, der gelenkten katathymen Imagination und vor allen Dingen in der Verhaltensanalyse des Behaviourdramas gesammelt worden sind. So kann es z. B. notwendig werden, die über den katathymen Entspannungszustand und die gelenkte Imagination (WOLPIN 1968) begonnene Desensibilisierung im Rollenspiel fortzuführen (OSTERHUES 1970). Dies erscheint angezeigt, wenn die Angstzustände doch noch so akut sind, daß sie vom Patienten nicht ausreichend gehandhabt werden können. Der Prozeß der Desensibilisierung wird durch eine Folge von Situationsspielen, deren Thematik in einer aus der realen Konstellation

deduzierten *Angsthierarchie* festgelegt ist, fortgeführt. Dies mag an einem Beispiel verdeutlicht werden:

Ein 19jähriger junger Mann sucht die Beratungsstelle auf, weil er sich, nachdem er zwei Nächte ohne Wissen seiner Eltern bei Freunden verbracht hat, nicht nach Hause traut. Er gibt an, daß sein Vater ihn in einem anderen Fall ähnlicher Art beschimpft und geohrfeigt habe. Er glaube aber, er sei alt genug, auch einmal über Nacht wegbleiben zu können. Es sei ihm aber unmöglich, sich seinem Vater gegenüber zu behaupten, und er wisse nicht, wie er jetzt seinem Vater gegenüberzutreten solle. Beim Gedanken an die Situation, die ihn zu Hause erwarte, befallte ihn eine maßlose Angst und ein unkontrollierbares Zittern. In einem Gespräch exploriert der Therapeut die familiäre Situation. Es stellt sich heraus, daß der dominierende, erfolgreiche und robuste Speditionsunternehmer seinen Sohn, der klassische Philologie studieren will, für einen ausgemachten Waschlappen hält und sich von ihm ein „männliches Benehmen“ erwartet. Im Verlauf des Gesprächs erkennt der Patient im Hinblick auf die zu erwartende Situation, daß seine ängstliche und unsichere Haltung in der Konfrontation mit dem Vater bei diesem die allgemeine Unmut noch steigern würde. Er stimmt mit dem Therapeuten darin überein, daß es unbedingt notwendig sei, dem Vater in ruhiger Gelassenheit zu begegnen. Im weiteren Verlauf der Sitzung wird nun versucht, durch gelenkte katathyme Imagination die Angst vor der Auseinandersetzung zu dämpfen. Der Patient wird aufgefordert, sich Situationen vorzustellen oder an Ereignisse zu erinnern, bei denen er mit dem Vater guten Kontakt hatte, um dann zu Erlebnissen zu kommen, in denen er von seinem Vater mäßig getadelt wurde. Da hierbei schon massive Ängste auftraten, werden zunächst Szenen erfunden und gespielt, die einen ähnlichen wenn auch abgeschwächten Charakter haben. So versäumt der Patient einen Arzttermin und hat sich vor dem Arzt zu rechtfertigen. In einer nächsten Situation wird dieselbe Szene als Verspätung in der Schule und Auseinandersetzung mit dem Lehrer und darauf das Zuspätkommen zu einer Vereinbarung mit dem Vater gespielt.

In allen drei Situationen zeigt der Patient zunächst große Unsicherheit und Angst. Dadurch aber, daß das die Konfliktpersonen spielende auxiliary ego bei Erkennbarwerden der Angstreaktionen seine zunächst harte und unwillige Haltung abmildert, wird der Patient zunehmend sicherer, zumal ihm ein begleitendes Doppel durch körperlichen Kontakt und verbale Unterstützung eine positive Verstärkung vermittelt. Die körperliche Berührung, etwa eine auf die Schulter gelegte Hand, gibt Sicherheit und Entspannung. Verspannter Haltung kann, falls notwendig, durch einige gezielte Suggestionen entgegengewirkt werden.

Mit dem desensibilisierenden Effekt der Situationsspiele geht ein *assertives Training* (SALTER 1950) einher. Je mehr der Patient seine Unsicherheit verliert, desto intensiver versucht das Doppel ihn zu Handlungsweisen zu bewegen, in denen sein Durchsetzungsvermögen geschult wird. Hier mag es notwendig werden, dem Patienten sein eigenes Verhalten zu verdeutlichen und ihn dadurch zur Änderung zu motivieren. Die psychodramatische Technik des „*Spiegelns*“ wird zu diesem Zweck vorteilhaft eingesetzt. In unserem Beispiel wird die zaghafte Haltung des Protagonisten von einem Hilfs-Ich gespielt, wobei gewisse Verhaltens-

weisen bis an die Grenze des Lächerlichen überakzentuiert werden. Dieses Vorgehen, das an das auxiliary ego große Anforderungen stellt, was das Gefühl für die Situation anbelangt, impliziert Elemente des *Aversionstrainings*, indem es bei dem Patienten eine Aversion gegen sein ineffektives Verhalten weckt. Es kann dann vorkommen, daß der Protagonist, stimuliert durch den übertreibenden Spiegel, spontan ins Spiel tritt, um zu demonstrieren, daß er sich doch anders verhält oder verhalten kann. Derartige spontane Handlungen werden von den anwesenden Therapeuten und Spielern mit anerkennenden Bemerkungen bedacht. Diese Art des *social reinforcement* erweist sich als sehr effektiv. Kommt es zu keinen spontanen Reaktionen des Protagonisten auf den „Spiegel“, so fordert ihn der Therapeut etwa folgendermaßen auf: „Wir haben jetzt gesehen, wie Sie sich etwa verhalten. Ich glaube, das kann man auch anders machen. Im übrigen hat der Spiegel doch ziemlich übertrieben. Versuchen Sie nun einmal, Ihre Version der Situation zu spielen.“

Das nachfolgende *Behaviourdrama* ist von dem Bemühen des Patienten gekennzeichnet, sich von dem Spiegel abzusetzen. Geschieht dies in überzeugender Weise, wird durch verbale Belobigung oder anderweitige Belohnungen (Zigaretten, Getränke) verstärkt. Inadäquates Verhalten wird mit der Bemerkung: „Das war nicht gut genug. Wiederholen Sie die Szene!“ oder durch erneutes kurzes Spiegeln quittiert. Es kann aber auch angezeigt sein, dem Patienten ein situationsadäquates Verhalten vorzuspielen, an dem er zunächst als Zuschauer, dann als stummer Begleiter des agierenden Hilfs-Ich und schließlich nach einem Rollentausch mit dem auxiliary ego – es übernimmt damit die Rolle eines Doppelgängers – selbst als Protagonist teilnimmt. Neben dem desensibilisierenden Effekt, den die Begleiterrolle für den Patienten mit sich bringt, wird ein intensives *Imitationslernen* ermöglicht. Die imitierenden Nachspiele werden nach ihrem Verlauf gleichermaßen belobigt oder getadelt. Durch mehrfaches Wiederholen und Durchspielen der Szenen kommt es zu einem systematischen *shaping*, wobei der Antagonist graduell die negativen Stimuli verstärkt und das Doppel seine stützenden Interjektionen reduziert, so daß der Patient immer größere Eigenleistungen erbringen muß. Dabei kann es vorkommen, daß die Situationsbelastung zu hoch wird und der Patient in sein ursprüngliches Verhalten zurückfällt. In einem solchen Moment hat der Therapeut das Spiel durch einen Zwischenruf abrupt zu unterbrechen. Diese Technik des „*action stopping*“ (PETZOLD 1969), die von uns analog zum „*thought stopping*“ (WOLPE 1969) entwickelt wurde, ist verhaltenstherapeutisch exakt motiviert: Ein unerwünschtes Verhalten wird unterbrochen, um bei einer Wiederholung modifiziert zu werden. Diese Form des „*action stopping*“ und das Abbrechen des Spiels zum Erreichen einer Konfrontation sind, und hier stimmen wir mit CORSINI überein, die einzigen Gelegenheiten, bei denen man einen Spielverlauf abrupt unterbrechen bzw. abbrechen kann. Ein nicht lerntheoretisch begründetes Unterbrechen der Spielhandlung, wie es von PLOEGER (1965, 1969) in seiner „Frustrations- bzw. Aktivierungstechnik“ systematisch betrieben wird, halten wir nicht nur aus der Sicht des klassischen Psychodramas, sondern auch aus verhaltenstherapeutischen Erwägungen für ausgesprochen abträglich. Das Unterbrechen von Spielverläufen im Behaviourdrama als „*action stopping*“ kann als Konditionierungsverfahren ganz systematisch ein-

gesetzt werden (PETZOLD 1971). Beim *shaping* wird es benutzt, um neue Szenen einzuleiten. Bei einem Rückfall in unerwünschtes Verhalten, das durch „*action stopping*“ abgebrochen wurde, wird es notwendig, daß in den folgenden Situationsspielen die stützende Funktion des Doppels stärker zum Tragen kommt. Auch kleine Erfolge müssen jeweils belohnt werden, so daß das beständige positive Reinforcement zu einer *sukzessiven Annäherung* führt. Bei dem von uns beschriebenen Fall konnten in zwei Sitzungen am Nachmittag und am Abend die Angstzustände abgebaut und im Behaviourdrama ein Verhalten eingeübt werden, das der zu erwartenden Situation entsprach. Die Folge war, daß der Patient noch am gleichen Abend nach Hause zurückkehrte und die Auseinandersetzung mit seinem Vater ohne allzugroße Schwierigkeiten überstand, wobei allerdings an Stelle eines situationsadäquaten, selbstbehauptenden Verhaltens noch eine passive, aber nicht unruhige und ängstliche Haltung vorherrschte. In einem nachfolgenden verhaltenstherapeutischen Rollentraining über 16 Sitzungen konnte der Patient so weit in seiner Selbstsicherheit und seinem Selbstwertgefühl gestärkt werden, daß er sich in späteren Konflikten erfolgreich behaupten konnte.

Neben den im Behaviourdrama zur Verwendung kommenden Techniken der *Desensibilisierung*, des *Imitationslernens*, des *shapings*, des *Aversionstrainings*, wie wir sie im Voranstehenden kurz beschrieben haben, läßt sich bei entsprechender Indikation die Methode der Implosion oder des „*floodings*“ mit Erfolg verwenden. Das Prinzip dieser verhaltenstherapeutischen Technik, wie sie von STAMPFL (1964) und HOGAN (1968) u. a. beschrieben worden ist, findet schon seit Ende der dreißiger Jahre im psychodramatischen Schock Verwendung. Die Methode des *psychodramatischen Schocks* (MORENO 1939; MANN 1966), aber auch die „*judgement technique*“ (SACKS 1965) konfrontiert den Patienten mit der Situation, die er am meisten fürchtet. Unvorbereitet wird der Protagonist in die Szene seines Konfliktes gestellt, wobei die mitspielenden Antagonisten bemüht sein sollten, die Situation so realistisch wie möglich darzustellen oder, falls therapeutisch indiziert, noch zu maximalisieren. Die Technik kann gerade, wenn nur wenig Zeit zur Verfügung steht, wie es in einem „*emergency psychodrama*“ der Fall ist, mit außerordentlich guten Resultaten verwandt werden. Allerdings ist das vorbereitende Gespräch besonders sorgfältig zu führen und bei der Sammlung der anamnestischen Daten darauf zu achten, ob sich Hinweise auf psychotische Erkrankungen finden. In einem solchen Falle sind nach unserer Auffassung jegliche Formen der Implosionstechniken kontraindiziert. Die hohen psychischen und physischen Belastungen, die beim „*flooding*“ auftreten, lassen zu einer ausgesprochen sparsamen Verwendung dieser Verfahren raten. Im Unterschied zu den von STAMPFL (1967), HOGAN und KIRCHNER (1967, 1968) u. a. verwandten Techniken bietet das Behaviourdrama verschiedene effektive Möglichkeiten, etwaigen Dekompensationen entgegenzuwirken. Zunächst sollte nicht versäumt werden, dem Protagonisten ein oder auch zwei Doppelgänger mitzugeben, die durch ihre Präsenz und den körperlichen Kontakt dem Patienten helfen, mit der Schocksituation fertigzuwerden. Notfalls – und dieses empfiehlt sich besonders beim Auftreten paranoider Reaktionen – kann die Situation durch einen Rollentausch mit dem Antagonisten, der den Protagonisten in die Position seines Gegenspielers versetzt, abgefangen werden. So sind die verschiedenen verhaltens-

therapeutischen Techniken im Behaviourdrama je nach Situation und Indikation verwendbar.

Zusammenfassung

Die Notfälle, mit denen sich ein Lebenshilfezentrum, das mit der Betreuung von Suizidalen, Süchtigen, Menschen in psychischen Konflikten, befaßt ist, auseinandersetzen hat, machen therapeutische Techniken erforderlich, die gut zu handhaben sind und in kürzester Zeit effektiv werden. Dies wird bei der Behandlung von akuten Angstzuständen besonders wichtig. Durch eine Kombination von gelenkter katathemer Imagination und Behaviourdrama haben die Autoren ein Verfahren der „*emergency intervention*“ entwickelt, das den sedierenden Effekt des katathymen Hypnoids mit einer systematischen Desensibilisierung auf der Ebene des Imaginierens und später auf der Ebene des Agierens im verhaltenstherapeutischen Rollenspiel, im Behaviourdrama, verbindet. Die Technik vermag in ein bis zwei Sitzungen (POTTS 1958) nicht nur eine Abdämpfung von akuten Angstzuständen zu leisten, sondern durch ein assertives Training im Behaviourdrama zu situationsadäquaten Reaktionen zu führen, so daß die Notfallsituation überbrückt und der Beratungsstelle Zeit für weiterführende Maßnahmen gegeben wird.

Literatur

- ALEXANDER, F. (1963), *The Dynamics of Psychotherapy in the Light of Learning Theory*, *Americ. Jour. Psychiat.* **120**, 440.
- CORSINI, R. (1966), *Roleplaying in Psychotherapy*, Chicago.
- EYSENCK, H. J. (1960), *Behaviour Therapy and the Neuroses*, Oxford.
- (1964), *Experiments in Behaviour Therapy*, Oxford.
- RACHMAN, S. (1970), *Neurosen — Ursachen und Heilmethoden*, Berlin, 3. Aufl.
- HOGAN, R., (1968), *The implosive technique*, *Behav. Res. Ther.* **6**, 423.
- KIRCHNER, J. (1967), *A preliminary report of the extinction of learned fears via short-term implosive therapy*, *J. abnorm. soc. psychol.* **72**, 106.
- JACOBSON, E. (1938), *Progressive Relaxation*, Chicago.
- KANFER, F. H., PHILLIPS, J. S. (1970), *Learning Foundations of Behavior Therapy*, New York.
- KELLY, G. A. (1955), *The Psychology of Personal Constructs*, New York.
- KROJANKER, R. J. (1966), *Leuner's Symboldrama*, *Americ. Jour. Hypnosis* **9**, 56.
- LEUNER, H. (1957), *Symboldrama, ein aktives, nicht-analysierendes Vorgehen in der Psychotherapie*, *Zeitschr. Psychother. med. Psychol.* **6**, 221.
- (1960), *Leistungen, Indikationen und Grenzen des Symboldramas*, *Zeitschr. Psychother. med. Psychol.* **10**, 65.
- (1970), *Katathymes Bilderleben — Unterstufe — ein Seminarkurs*, Stuttgart.
- MANN, J. (1966), *The incidental and the planned psychodramatic shock and its therapeutic value*, in: MORENO (Hrsg.), *Handbook of Group Psychotherapy*.
- MORENO, J. L. (1959), *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*, Stuttgart.
- (1939), *Psychodramatic shock therapy*, *Sociometry* **II**, 1.
- MORENO, Z. (1959), *Psychodramatic Techniques*, *Acta Psychotherapeutica*, Basel, **7**, 197.
- OSTERHUES, J. U. (1970), *Desensibilisierung durch gelenkte katathyme Imagination und psychodramatisches Rollenspiel in einem Lebenshilfezentrum*, *Zeitschr. f. prakt. Psychol.* **8**, 448—453.

- PAUL, G. (1966), *Insight versus Desensitization in Psychotherapy*, Stanford.
- PETZOLD, H. (1969), Die verhaltenstherapeutische Komponente im Psychodrama (Vorlesungsskript, Paris 1969 mimeogr.).
- (1970 a) Psychodramatisch gelenkte Aggression in der Therapie mit Alkoholikern, Referat auf der Jahrestagung des DAGG in Ulm vom 15.—18. Oktober 1970. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik IV, 3 (1971) 268—281.
 - (1970 b), Some important techniques of psychodrama, Vidareutbildningskurs i psykiatri, Hrsg. E. FRANZKE, St. Sigfrids Sjukhus, Växjö.
 - (1970 c) Psychodramatische Techniken in der Therapie mit Alkoholikern, Zeitschrift für prakt. Psychologie 8, 387—408.
 - (1971) Behaviourdrama, eine verhaltenstherapeutische Variante des Psychodramas, Referat auf der 1. Tagung der Europäischen Gesellschaft für die Therapie und Modifikation des Verhaltens, München, 22.—23. Juli 1971.
- PLOEGER, A. (1965), Das Psychodrama in der klinischen Psychotherapie, Zeitschr. Psychother. med. Psychol. 15, 202.
- (1969), Die Aktivierungstechnik, Prax. Psychoth. XIV, 69.
- POTTS, F. J. (1958), Relief of an anxiety state by a single psychodramatic session, Group Psychother. XI, 330.
- RACHMAN, S. (1965), The current status of behavior therapy, Arch. gen. Psychiat. 13, 418.
- (1968), The role of muscular relaxation in desensitization, Behav. Res. Ther. 6, 159.
- RACHMAN, S., J. B. BERGOLD (1970), Verhaltenstherapie bei Phobien, München.
- RE, K. H. (1965), Die Suizidgefahr, Ärztliche Praxis 17, 659.
- SACKS, J. M. (1965), The judgement technique in psychodrama, Group Psychotherapy 1/2, 69.
- SALTER, A. (1950), *Conditioned Reflex Therapy*, New York.
- STAMPFL, T. (1967), Implosive Therapy. In: *Behaviour Modification Techniques in the Treatment of Emotional Disorders*, Ed. S. ARMITAGE, Michigan 1967.
- LEVIS, D. (1968), Implosive therapy — a behavioural therapy?, Behav. Res. Ther. 6, 31.
- THOMAS, K. (1959), *Handbuch der Selbstmordverhütung*, Stuttgart.
- WOLPE, J. (1958), *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford.
- (1961), The systematic desensitization treatment of neuroses, Journ. nerv. ment. Dis. 132, 189.
 - (1963), Behaviour therapy in complex neurotic states, Brit. Journ. psychiat. soc. Work 110, 28.
 - (1969), *The practice of behaviour therapy*, Oxford, Pergamon.
- WOLPE, J., A. SALTER, J. REYNA (1964), *The Conditioning Therapies: The Challenge in Psychotherapy*, New York.
- WOLPE, J., A. LAZARUS (1966), *Behaviour Therapy Techniques*, Oxford.
- WOLPIN, M. (1968), Guided imagining in reducing fear and avoidance behavior, California Mental Health Research, Symposium Nr. 2.