

Supervision im Rollenspiel

Das Setting

Gegenstand der Supervision sind Schwierigkeiten im Behandlungsprozess. Es geht demnach nicht darum, einen mehr oder weniger unproblematischen Behandlungsverlauf darzustellen und ihn vom Supervisor oder der Gruppe beobachten oder gut heißen zu lassen.

Es geht um die Situationen, in denen der zu supervidierende Behandler (Berichterstatter) im Analyseprozess keine oder keine hinreichende Orientierung mehr hat, in der er unsicher ist, wie er intervenieren soll, in der er sich hilflos oder bedroht fühlt, in der er sich gekränkt, oder erniedrigt oder unfähig erlebt, in der er Affekte empfindet, die ihn in seinen Reaktionen dem Patienten gegenüber irritieren.

Der Ablauf der Supervision.

Der Behandler (Berichterstatter) stellt eine halbe Stunde lang in freiem Vortrag seinen Fall, und seine damit verbundenen Schwierigkeiten dar.

Danach spielen zwei Kollegen der Supervisionsgruppe eine halbe Stunde lang Patient und Therapeut und zwar in der Vorstellung, dass es um die nächste anstehende Stunde der Behandlung geht. – Die Spielanweisung ist, dass es nicht wichtig ist, eine der Erzählung des Berichterstatters möglichst ähnliche Szene darzustellen, sondern unzensiert das zu spielen, wonach den Spielern der Sinn steht, auch wenn sie das Gefühl haben sollten, dass es etwas ganz anderes ist, als das, was der Berichterstatter, erzählt hat. – Der „Spiel“-Therapeut wird angewiesen, selbst auf das Ende der Spielstunde (von 30 Minuten) zu achten. - Das Spiel soll nicht durch Kommentare oder andere Äußerungen der Gruppenteilnehmer beeinflusst werden. – Am Ende des Spiels sorgt der Gruppenleiter dafür, dass die Spieler aus ihrer Rolle wieder aussteigen; auf keinen Fall sollen diese sich in der darauf folgenden Sequenz wie sie das vorher im Spiel getan haben, in ihren Rollen ansprechen, d.h., weiter als die agieren, die sie gespielt haben. Der Gruppenleiter achtet auch darauf, dass die anderen Gruppenteilnehmer die Spieler nicht in deren Spielerrolle, sondern als Kollegen der Gruppe wahrnehmen und ansprechen.

Für die Gruppe der nicht am Rollenspiel beteiligten Supervisanden kann man wie bei einer gruppenanalytischen Sitzung davon ausgehen, dass sich unbewusste Anteile des Konfliktes, an denen der Patient leidet und die sich in der Schwierigkeit zwischen ihm und dem Therapeuten konstellieren, in ihren Phantasien, Affekten und Überlegungen zeigen werden, da der in die Supervisionsgruppe eingebrachte Konflikt unbewusstes, meist ungelöstes Material bei jedem Gruppenteilnehmer in Resonanz bringt. Um dieses Material mit in der Supervision nutzbar zu machen, empfiehlt es sich, die Gruppe (ohne die Spieler und den Berichterstatter) direkt nach dem Spiel assoziieren zu lassen.

Worauf man als Leiter dabei achten muss, ist, dass die Teilnehmer zunächst wirklich nur assoziieren, das heißt, dass sie nur das erzählen, was ihnen an Bildern, Erinnerungen und Affekten in den Sinn gekommen ist, und dass sie sich in dieser Phase des Prozesses aller Urteile und Lösungsvorschläge enthalten.

Bevor die drei Beteiligten (die beiden Spieler und der Berichterstatter) von ihrem Erleben berichten, ist es wichtig, dass die unzensierten und in sich möglicherweise ambivalenten

Inhalte der anderen Teilnehmer ausgesprochen werden und in ihrer Gegensätzlichkeit Raum erhalten.

Nach meiner Erfahrung ist die Etablierung dieses Assoziationsraumes, in dem gegensätzliche oder unverständliche Inhalte gleich berechtigt nebeneinander existieren können, ohne sofort gelöst werden zu müssen, der beste Schutz gegen ein Gruppenagieren bei dem schwer erträgliche Gefühle und Affekte durch „richtig – falsch – Lösungsvorschläge“ abgewehrt werden. Ein Zeichen dieser bei Gruppensupervisionen nicht selten auftretenden Abwehr ist das Phänomen, dass beim Berichtersteller der Gruppe gegenüber das Gefühl aufkommt, seinen Patienten gegen die Gruppe in Schutz nehmen und verteidigen zu müssen.

Handelt es sich um eine kollegiale Supervision, so ist es nötig, jemanden aus der Gruppe zu bestimmen, der auf die Einhaltung der beschriebenen Rahmenbedingungen achtet.

In einer dritten Sequenz der Spieler von wieder 30 Minuten berichten zunächst der „Spiel“-Patient, dann der „Spiel“-Therapeut und am Ende der Berichtersteller von ihrem Erleben während des Rollenspieles.

Anschließend an den Bericht der Spieler und des Berichterstellers gibt der Leiter das Gespräch für die Reflexion der Gruppe frei, damit der bis dahin unverständliche Sinn der Schwierigkeit begriffen werden und die weitere Behandlungsstrategie entwickelt werden kann. Welche Zeit man dafür vorsieht, hängt von den jeweiligen Voraussetzungen ab.– Man tut gut daran, für einen Durchgang genügend Zeit anzusetzen, da ja für den einfachen Durchlauf allein schon drei mal dreißig Minuten veranschlagt werden müssen. Für die Assoziationen der Gruppe muss man auch mindestens 30 Minuten vorsehen. –

Für den Gruppenleiter ist es wichtig, sich klar zu machen, dass durch das Spiel bei allen Beteiligten, vor allem aber bei den Spielern selbst, heftige Emotionen freigesetzt werden können, auf die im Verlauf des gesamten Supervisionsprozesses acht gegeben werden muss, es kann nötig sein, in einer weiteren Sitzung die durch das Spiel ausgelösten Affekte und Gefühle und der durch sie hervorgerufenen Irritationen der Spieler zu bearbeiten.

Das Phänomen der ganzheitlichen Erfassung eines Problemkomplexes.

Freud behauptet in seinen „Ratschlägen für den Arzt...“ (GW VIII,376-387), dass die beiden Unbewussten von Therapeut und Patient miteinander kommunizieren. In welchem verblüffendem Ausmaß diese Behauptung zutrifft, kann man bei der Anwendung der beschriebenen Methode immer wieder erfahren. – So kommt es vor, dass der Berichtersteller nach dem Spiel sagt: „woher konntet Ihr das wissen, das habe ich Euch doch gar nicht erzählt!“

Bei dem Rollenspiel findet eine Reinszenierung dergestalt statt, dass in der Spielszene auf unterschiedlichen Ebenen hoch besetztes konfliktreiches unbewusstes Material bei den Beteiligten aktiviert, agiert und erlebt wird. – Ausgangspunkt für die Supervisionssituation ist der Konflikt des Berichterstellers mit seinem Patienten. Da es sich um einen analytischen Prozess handelt, gehen wir davon aus, dass der Therapeut dem Patienten als „Empfänger“ von dessen unbewussten Botschaften und Konflikten zur Verfügung steht. Diese Konflikte bringen im Therapeuten via projektiver Identifikation dessen eigene unbewusste, zum Teil unbearbeitete Konflikte in Resonanz und versetzen ihn mit Hilfe dieser Konflikte in der Übertragung entweder in die Rolle der problematischen Beziehungsfigur der Kindheit des Patienten, so dass er unter Umständen erlebt, mit welchen Gefühlen und Affekten

beispielsweise der Vater des Patienten diesen erlebt und behandelt hat, oder die frühen Konflikte des Patienten lösen im Therapeuten die Affekte und Empfindungen aus, welche der Patient verdrängen musste und immer noch glaubt, verdrängen zu müssen, wobei der Patient selbst in der Rolle seiner für ihn problematischen Bezugsperson agiert.

Diese Konstellation ist dadurch gekennzeichnet, dass die beiden, Patient und Therapeut, von dem, was in dem anderen vor sich geht, nichts spüren können (es geht dabei darum, dass der entscheidende Inhalt der Übertragung unbewusst, also unserem Gefühl direkt nicht zugänglich ist sondern nur rekonstruiert werden kann); so wie beispielsweise der Vater (unseres Patienten) keine Ahnung davon hatte, welche Wirkung sein Verhalten auf den Sohn, der Sohn, unser Patient, keine Ahnung hatte, was der Vater empfand. - Für die Beziehung, die sich in der Analysestunde reinszeniert, heißt das, dass Patient und Therapeut zum Erleben des anderen keinen direkten emotionalen Zugang haben, sondern die Situation so erleben, wie sie sich ursprünglich abgespielt hat: der Vater, aus Sorge um die Entwicklung des Sohnes hatte vergeblich versucht, ihn zu erreichen und zu beeinflussen, er ist verzweifelt und wütend auf den als verstockt und böseartig erlebten Sohn; um aber seine Wut, vor der er selbst Angst hat, nicht auszuagieren, auch weil er sonst mit seiner Frau vielleicht Schwierigkeiten bekäme, wendet sich in seiner Hilflosigkeit resigniert von ihm ab. – Der Sohn hat das Gefühl, es dem Vater nicht recht machen zu können, und zieht sich deshalb ängstlich vor ihm zurück, um ihn nicht noch zusätzlich zu verärgern und gerät dadurch in panische Angst, dass er seinen Vater verliert, ist aber nicht in der Lage, diese Angst zu zeigen, weil er fürchtet, dann die Achtung des Vaters restlos zu verspielen.

In der Supervision wird nun diese Konstellation auf der Basis eines allen gemeinsamen Unbewussten reinszeniert. „Spiel“-Patient und „Spiel“-Therapeut befinden sich in den Rollen Sohn und Vater, die über ihre elementaren Anliegen nicht miteinander kommunizieren können, aber nicht wissen, dass das so ist, sondern sie erleben sich (Sohn; Patient; „Spiel“-Patient) panisch blockiert oder (Vater, Therapeut, „Spiel“-Therapeut) hilflos, unfähig und wütend.

Die Voraussetzung dafür, dass die Beteiligten das in dieser Weise erleben können, ist die Tatsache, dass das jeweils individuelle Unbewusste auf eigene Erlebnisbereiche zurückgreifen kann die dem Erleben der Protagonisten entsprechen. Das heißt, dass in den Spielern, wie schon gesagt, brisantes, unbewusstes und zum großen Teil noch nicht zur Lösung gebrachtes eigenes Erlebnismaterial aktiviert wird mit dem Ergebnis, dass sie sich so fühlen, wie die Protagonisten, also der Vater des Patienten und der Patient selbst. – Die Möglichkeit, dieses in wesentlichen Teilen unbewussten Geschehens beobachten und bewusst machen zu können, liegt darin, dass die Spieler, nachdem sie den Erlebnisraum der Spielsituation verlassen haben, in der Lage sind, über ihr Erleben im Spiel zu erzählen. Mit anderen Worten, es können im Erlebnis- und Wahrnehmungsraum der Supervisionsgruppe Inhalte kommuniziert werden, die in der Spielsituation nicht zugänglich waren und auch nicht zugänglich sein konnten.

Dabei wird deutlich, dass in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient Gefühle und Affekte, also Bewusstseinsinhalte so aus der Kommunikation herausgehalten werden, dass sie für das Gegenüber nicht wahrnehmbar sind (und das trifft auch auf die nicht mitspielenden Beobachter der Supervisionsgruppe und natürlich auch auf den Gruppenleiter zu) man könnte also formulieren, dass es in dem Interaktionsprozess Bewusstseinsinhalte gibt, die für die Verständigung, für die Lösung eines Konfliktes quasi unbewusst werden. Um das verständlich zu machen, möchte ich auf ein Phänomen der Gruppenanalyse hinweisen: Wenn ein Gruppenteilnehmer beispielsweise über einen für die Dynamik in der Gruppe wichtigen Affekt oder einen Einfall, den er im Moment hat und der ihn bewegt, von dem er aber glaubt,

dass das gerade nicht in die Situation passt, nicht in der Gruppe berichtet, wird dieser – in Wirklichkeit brisante - nicht berichtete Inhalt zu einem verdrängten Teil des Gruppenunbewussten. Das Unbewusste der Gruppe behandelt diesen Inhalt dann so, dass er für die anderen Teilnehmer nicht mehr zugänglich ist. Es ist also denkbar, dass ein Inhalt, der in einem Gruppenteilnehmer bewusst ist, für die Gruppe und damit für alle anderen Gruppenteilnehmer, auch für den Leiter, zum verdrängten Unbewussten wird, weil der Teilnehmer es nicht geäußert hat. Diese Verdrängung entspricht in ihrer Dynamik und ihrem Inhalt den als unerträglich phantasierten Katastrophen, die zu erwarten wären, wenn die Gruppe fürchten müsste, dass ihre neurotische Abwehr nicht mehr funktioniert (Ezriel, 1960)

Das Phänomen, welches ich beschrieben habe, dass sich in einem derartigen Rollenspiel ganzheitliche Erfahrungs- und Erlebnisstrukturen mit unbewusstem Material auswirken, könnte eine Nähe zu Hellingers "Familienstellen" vermuten lassen. Auch dort, so ist meine Überzeugung, wirken unbewusste Inhalte. Das Entscheidende ist für mich allerdings nicht die Tatsache, dass unbewusste Inhalte zu Tage kommen, sondern der Umgang mit diesen Inhalten. Als Psychoanalytiker habe ich nicht die Aufgabe, dem Analysanden zu sagen, was er zu tun hat, um seinen Konflikt zu lösen, sondern ihm zu ermöglichen, seine unbewussten Verstrickungen zu erkennen, damit sie für ihn selbst lösbar werden.

Literatur:

Henry Ezriel: "Übertragung und psychoanalytische Deutung in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie." Psyche 9, S.496-523, 1960

S.Freud: "Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung" GW VIII, S. 376-387.

Verfasser:

Hansjörg Pfannschmidt