

Übung 1 – Explorationsgespräch

Rollenkarten: 5 Patiententypen · 35 Minuten

Format

5 Gruppen mit 5 Tandems spielen gleichzeitig je eine Interviewsituation (12 Min.). Danach Plenumsrunde: jedes Tandem berichtet 2 Min. über die größte Herausforderung.

- Therapeutenrolle: Strukturiertes Explorationsgespräch bei Verdacht auf Depression
- Patientenrolle: Typusgerecht spielen — die Beschreibung ist Ihr Spielauftrag
- Beobachter/in: Beobachtungsbogen nutzen
- Plenumsfrage: Welcher Typus aktiviert welche Gegenübertragung?

ROLLENKARTE 1 · PATIENTIN

Frau A., 87 J. — Larvierte Depression

Situation	87 Jahre, seit 2 Jahren verwitwet, seit 8 Monaten diffuse Körperschmerzen ohne organischen Befund. Vom Hausarzt überwiesen.
Verhalten	Nicht klagsam, entwertet Schulmedizin, zeigt keine klassischen Depressionssymptome spontan. Betont körperliche Beschwerden.
Soziales	Relative soziale Isoliertheit. 'Die Kinder wohnen halt weit weg.' Entschuldigt die eigene Einsamkeit aktiv.
Affekt	Zeigt reaktive Wut, wenn Psyche angesprochen wird. Ahnt selbst nicht, dass sie unter larvierter Depression leidet.
Spielauftrag	Schildern Sie intensiv Körperschmerzen (Ganzkörper, diffus). Wut wenn 'Psycho' erwähnt. Lassen Sie sich über Alltag ansprechen.

ROLLENKARTE 2 · PATIENT

Herr S., 52 J. — Somatisierend

Situation	Geschickt vom Internisten. 'Körperlich nichts gefunden.' Sagt selbst: 'Spinne ich wahrscheinlich.' Letzte Chance Psychodoc.
Beschwerden	Eindrückliche Ganzkörperschmerzen, Druck auf der Brust, chronische Müdigkeit. Betont Körperlichkeit seiner Beschwerden.
Abwehr	Jeder Versuch über Gefühle = Ablenkung auf Körper. 'Ich bin kein Simulant!'
Ressource	Beruf und Führungsrolle sind Stolz — dort kann er aufgetaut werden.
Spielauftrag	Maximal Körperbeschwerden. Blockieren bei Gefühlen. Beim Beruf auftauen.

ROLLENKARTE 3 · PATIENTIN
Frau D., 42 J. — Dissimulierend

Situation	Kommt auf Druck der Partnerin: 'Sonst Trennung.' 8 Wochen AU. 5. Arztkontakt.
Verhalten	Gereiztheit ja — 'aber alle.' Alkohol ja — 'in Maßen.' Symptome überspielt.
Abwehr	'Andere brauchen Sie mehr.' 'Jugend ist abgehakt.' Minimiert konsequent.
Schlüsselmoment	Beim Thema Partnerschaft öffnet sich ein Riss in der Fassade.
Spielauftrag	Relativieren Sie alles. Verharmlosen Sie Alkohol. Minimal mehr bei Partnerschaft.

ROLLENKARTE 4 · PATIENT
Hr. B., 52 J. — Beschwichtigend nach Suizidversuch

Situation	Nach stationärer Therapie wegen Suizidversuch. Ambulante PT wies ihn zurück. Sucht Therapeuten.
Hintergrund	Zimmerer, Meniskus-OP, Berufsunfähigkeit, Schmerzen. Zwischen Hilfesuchen und Zurückweisung.
Verhalten	Pendelt zwischen ernsthafter Hilfesuche und Bagatellisierung. 'Anderen geht es schlechter.'
Spielauftrag	Wechsel zwischen Minimieren und kurzen Momenten echter Not. Bei empathischem Halten: mehr zeigen.

ROLLENKARTE 5 · PATIENT + EHEFRAU
Herr V., 37 J. — Vorwürflich Depressiver

Situation	8 Wochen AU, das 5. Arztgespräch. Ehefrau anwesend, verzweifelt.
Verhalten	Psychotherapie abgelehnt (Angst, 'durchschaut' zu werden). Antidepressiva immer abgebrochen — dem Arzt nicht gesagt.
Vorwürfe	Starten Sie mit: 'Das ist jetzt das 5. Mal. Ich bin immer noch nicht gesund!'
Ehefrau	Erschöpft, traurig. Auf Nachfrage: 'Ich weiß nicht mehr, wie ich helfen soll.'
Spielauftrag	Vorwürfe zu Beginn. Medikamenten-Non-Adhärens erst bei direktem Nachfragen zugeben.

Beobachtungsbogen — Übung 1

Gesprächsführung

Was macht der/die Interviewende richtig? Wann verliert er/sie den Faden?

Gegenübertragung¹

Was könnte der Patiententypus im Interviewenden auslösen? (Ungeduld? Mitleid? Ratlosigkeit?)

Schlüsselmoment

Wann öffnet sich der Patient — und was hat den Moment ausgelöst?

Plenumsfragen


- Welcher Typus hat Sie am meisten gefordert — und warum?
- Welche Gegenübertragungsreaktion war am stärksten spürbar?
- Wo hätte eine andere Interviewstrategie den Unterschied gemacht?

¹ Gegenübertragung bezeichnet in der Psychotherapie die Gesamtheit der unbewussten Gefühle, Reaktionen und Einstellungen, die ein Therapeut, Arzt oder Berater als Reaktion auf die Übertragung des Patienten entwickelt. Die Übertragung ist ein zentrales Konzept der Psychoanalyse, bei dem unbewusste Gefühle, Erwartungen und Beziehungsmuster aus der Kindheit auf aktuelle Bezugspersonen, häufig Therapeuten, projiziert werden.


Übung 2 – Psycho-Multi-Agent

Tool-Bedienung · Beispiel-Durchgang · Freies Erkunden · 40 Min.


Das Psycho-Multi-Agent-Framework · V3.4 · psycho-multi-agent.onrender.com



Patient-LLM
Spielt konfigurierten Fall (Typus, Diagnose, Biographie)



Supervisor-LLM
Laufendes Feedback nach je N Therapeuten-Turns

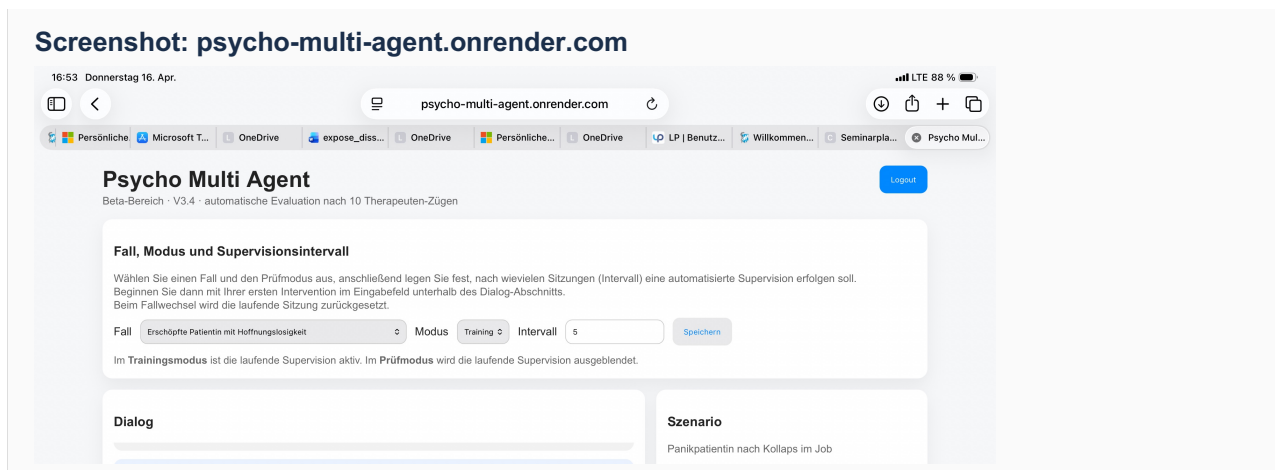


Evaluations-LLM
Automatischer Bericht nach 10 Turns / Sitzungsende

Tool-Bedienung: Schritt für Schritt

<https://psycho-multi-agent.onrender.com>

Kennwort: Frühling2026!



1	Fall auswählen	Dropdown: z.B. 'Erschöpfte Patientin mit Hoffnungslosigkeit'. Fallwechsel setzt Sitzung zurück!
2	Modus wählen	Training: Supervisor-LLM sichtbar nach N Turns. Prüfung: kein laufendes Supervisions-Feedback.
3	Intervall festlegen	N: Zahl = nach wie vielen Therapeuten-Turns das Supervisor-LLM kommentiert (Standard: 5).
4	Speichern + starten	Erste Eingabe im Dialogfeld unten links. Szenario + Supervision erscheinen rechts.
5	Evaluationsbericht	Nach 10 Therapeuten-Turns erscheint der automatische Bericht des Evaluations-LLM, bzw. nach aktiver Auswahl.

Beispiel-Durchgang: Panikpatientin nach Kollaps im Job

Szenario (Fall: 'Erschöpfte Patientin mit Hoffnungslosigkeit' · Trainingsmodus · Intervall 5)

32-jährige Patientin, die seit einem Kollaps im Büro unter Panikattacken leidet, krankgeschrieben ist und Angst hat, ihren Job zu verlieren.

Lernziele des Falls: Strukturierte Anamnese bei Angststörung / Panik · Validierung und Empathie · Suizidalität explorieren ohne zu eskalieren · Psychoedukation dosiert einsetzen

Annotierter Dialog — Modell-Satzliste (Sätze 1–10) + freie Erweiterung

grün = Therapeut/in · grau = Patientin · rot = klinisch kritischer Moment · goldene Zeile = Anmerkung

Rolle	Text
T	Wie geht es Ihnen heute?
	→ Satz 1 — Offener Einstieg. Patient-LLM antwortet mit Unruhe + Angst vor Panikattacken.
P	Es geht mir nicht so gut. Ich fühle mich sehr unruhig und habe Angst, dass die Panikattacken wiederkommen...
T	Was bringt Sie heute zu mir?
	→ Satz 2 — Patientin formuliert eigenes Anliegen: Zuhören, nicht allein sein.
P	Ich wollte einfach darüber reden. Es ist alles so überwältigend...
T	Was hat sich in letzter Zeit bei Ihnen verändert?
	→ Satz 3 — Patientin berichtet von sozialem Rückzug, Vermeidungsverhalten.
T	Seit wann geht es Ihnen so — hat es einen Auslöser gegeben, oder kam es schleichend?
	→ Satz 4 — Patientin nennt erstmals den Kollaps im Büro als Wendepunkt.
T	Das klingt wirklich belastend. Können Sie mir mehr davon erzählen?
	→ Satz 5 — Validierung. Patientin öffnet sich weiter: Leistungsdruck, Angst vor Fehlern.
T	Wie schlafen Sie? Wie ist Ihr Antrieb — schaffen Sie die Dinge, die Sie früher gemacht haben?
	→ Satz 6 — ICD-Kernsymptome systematisch erfragt (Schlaf + Antrieb in einer Frage).
P	Mein Schlaf ist nicht gut. Ich wälze mich oft. Den Antrieb, ich schaffe kaum noch die Dinge, die ich früher gerne gemacht habe...
T	Was macht Ihnen noch Freude — gibt es etwas, das Ihnen noch gut tut?
	→ Satz 7 — Ressourcenexploration. Patientin findet kaum Ressourcen: klinisches Warnsignal.
P	Ich möchte Sie etwas direkt fragen, das ich bei jedem Patienten anspreche. Haben Sie manchmal Gedanken, nicht mehr leben zu wollen, oder sich etwas anzutun?
	→ Satz 8 (PFLICHT-FRAGE) — Direkt, transparent, entstigmatisierend. Supervisor-LLM bewertet Timing und Formulierung.
P	Ich habe manchmal flüchtige Gedanken, dass es vielleicht besser wäre, wenn ich nicht da wäre. Aber keine konkreten Pläne. Ich schäme mich dafür...
	→ KLINISCH KRITISCH: Passive Suizidgedanken ohne Plan (Columbia-Skala: passiv). Exploration weiterführen — nicht abbrechen! Scham ansprechen.
T	Wie reagiert Ihr Umfeld — wer weiß davon?
	→ Satz 9 — Patientin nennt nur beste Freundin, Familie bleibt ausgespart: soziale Isolation.
T	Was würde Ihnen jetzt am meisten helfen — was bräuchten Sie, um einen nächsten Schritt zu machen?
	→ Satz 10 — Patientenzentrierung. Patientin formuliert Bedürfnis nach Zuhören + konkreten Strategien.

Was dieser Beispiel-Durchgang zeigt

- Die 10 Modell-Sätze strukturieren das Gespräch — ohne es einzuengen.
- Satz 8 führt zu einer klinisch bedeutsamen Aussage (passive Suizidgedanken). Das Patient-LLM reagiert realitätsnah auf direkte, empathische Formulierung.
- Nach Satz 10 ist freie Weiterführung möglich — Differenzierung, Meta-Kommunikation, Psychoedukation.
- Das Supervisor-LLM kommentiert nach Turn 5 und Turn 10. Das Evaluations-LLM erstellt nach 10 Durchgängen einen Vergleichsbericht.

Ablauf Ihrer Übungssitzung (40 Min.)

0:00–0:05	Tool einrichten: Fall wählen, Modus Training, Intervall 5. Szenario-Text rechts lesen.
0:05–0:20	Durchgang 1 — Freies Erkunden: Eigene Sprache, keine Vorgaben. Mind. 8–10 Turns. Supervisor erst nachher lesen.
0:20–0:25	Kurzreflexion Durchgang 1 (Bogen unten). Supervisor-Feedback nachlesen.
0:25–0:37	Durchgang 2 — Mit Modell-Satzliste: Sätze 1–10 (S. 9) gezielt einsetzen. Satz 8 Pflicht. Danach frei weiterführen.
0:37–0:40	Evaluations-LLM-Bericht lesen. Notizen. Brücke zu Übung 3.

Reflexionsbogen Durchgang 1 – freier Fragestil

Was hat die virtuelle Patientin geöffnet — auf welche Eingabe hat sie sich am meisten geäußert?

Hat die Patientin Suizidgedanken geäußert — wann haben Sie das angesprochen?

Was hat das Supervisor-LLM nach Turn 5 angemerkt?

Wann hätten Sie als echte/r Therapeut/in innegehalten?

Reflexionsbogen Durchgang 2

Welche Sätze der Modell-Liste haben am stärksten geöffnet — welche nicht?

Satz 8: Wann eingesetzt — wie reagierte die Patientin?

Was war in Durchgang 2 anders als in Durchgang 1?

Brücke zu Übung 3

Im Beispiel-Durchgang hat die Patientin nach Satz 8 passive Suizidgedanken geäußert. Das Patient-LLM hat das korrekt dargestellt. Was fehlt trotzdem?

Notieren Sie einen Satz: Was fehlt in der KI-Simulation, das Sie im echten Rollenspiel erleben wollen?

In Übung 3 testen wir genau das — mit einem echten Gegenüber.

Übung 3 – Gruppenarbeit

Kommunikationsvarianten · Fallbeispiel Hr. K. · 35 Minuten · 20 Teilnehmende

Gesamtstruktur für 20 Teilnehmende

Die 20 Teilnehmenden werden zu Beginn in 4 Kleingruppen à 5 Personen eingeteilt (A1, A2, B1, B2). Rollenspiel: Tandem (1 Patient + 1 Therapeut + 2-3 Beobachter)

	Gruppe A1 5 Personen	Gruppe A2 5 Personen	Gruppe B1 5 Personen	Gruppe B2 5 Personen
Teil A	Eigene Satzliste entwickeln		Dialog-Test mit Modell-Liste Freie/r Patient/in im Rollenspiel	
Teil B Rollenspiel mit Patient K.	übt mit Modellliste	übt mit Modellliste	übt mit Liste A1	übt mit Liste A2

0:00–0:10	A1 + A2 entwickeln Satzliste (getrennt, simultan). B1 + B2 erhalten Modell-Satzliste und üben Dialog im Tandem.
0:10–0:15	A1 übergibt Satzliste an B1, A2 übergibt an B2. B1 + B2 testen 5 Min. mit echter Gruppenliste.
0:15–0:25	Teil B: 4 Tandems gleichzeitig — Explorationsgespräch mit Hr. K. (je 2 Personen spielen, 3 beobachten).
0:25–0:35	Balint-Abschluss im Plenum (alle 20). Fallbericht + freie Resonanzen + Abschlussrunde.

Teil A: Kommunikationsvarianten (15 Min.)

Gruppen A1 + A2 (je 5 Personen) — Satzliste entwickeln

Jede Gruppe arbeitet für sich. Entwickeln Sie 8-10 einfühlsame therapeutische Aussagen für das Erstgespräch mit depressiven Patienten — aufsteigend nach Komplexität und Beziehungstiefe.

Orientierung (diese Sätze nicht einfach übernehmen — eigene formulieren!):

- Einfach: 'Wie geht es Ihnen heute?'
- Mittel: 'Was beschäftigt Sie gerade am meisten?'
- Komplex: 'Ich höre, dass es Ihnen schwer fällt. Was brauchen Sie jetzt am dringendsten?'

Ihre Satzliste (8-10 Sätze, aufsteigend):

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Nach 10 Min. übergeben Sie diese Liste an die Partnergruppe (A1 an B1 | A2 an B2).

Gruppen B1 + B2 (je 5 Personen) — Dialog-Test mit Modellliste

Phase 1 (Min. 0–10): Üben Sie den Dialog mit der untenstehenden Modell-Satzliste. Einer/eine spielt den Patienten (**frei improvisierten**), einer/eine nutzt die Liste als Therapeut/in. Wechseln Sie nach 5 Min. die Rollen.

MODELL-SATZLISTE — B1 + B2 (Phase 1: Min. 0–10) <i>Aufsteigend nach Komplexität · Nur für Phase 1 — danach echte Satzliste von A1/A2</i>	
1	Wie geht es Ihnen heute?
2	Was bringt Sie heute zu mir?
3	Was hat sich in letzter Zeit bei Ihnen verändert?
4	Seit wann geht es Ihnen so — hat es einen Auslöser gegeben, oder kam es schleichend?
5	Das klingt wirklich belastend. Können Sie mir mehr davon erzählen?
6	Wie schlafen Sie? Wie ist Ihr Antrieb — schaffen Sie die Dinge, die Sie früher gemacht haben?
7	Was macht Ihnen noch Freude — gibt es etwas, das Ihnen noch gut tut?
8	Ich möchte Sie etwas direkt fragen, das ich bei jedem Patienten anspreche: Haben Sie manchmal Gedanken, nicht mehr leben zu wollen, oder sich etwas anzutun?
9	Wie reagiert Ihr Umfeld auf das, was Sie gerade durchmachen — wer weiß davon?
10	Was würde Ihnen jetzt am meisten helfen — was bräuchten Sie, um einen nächsten Schritt zu machen?

Teil 2 + Beobachtungsnotiz

Teil 2 (Min. 10–15): Echte Satzliste von A1 (für B1) bzw. A2 (für B2) erhalten und weitere 5-10 Min. testen.

Welche Sätze der Modell-Liste wirkten — und warum?

Was war an der Satzliste von A1/A2 anders als die Modell-Liste?

Plenumssynthese Teil A (5 Min.)

- Welche Sätze aus A1 / A2 waren für B1 / B2 (überraschend) anders als die Modellliste?
- Welcher Satz hat die stärkste Reaktion im Dialog ausgelöst?
- Welche Sätze nehmen Sie in Ihre Praxis mit?

Teil B: Fallbeispiel Hr. K. — Diagnostisches Interview (10 Min.)

Fallbeispiel: Herr K., 38 Jahre

Depressive Symptomatik: Schlafstörungen (Einschlafen bis 3 Uhr, Früherwachen), Übelkeit, kognitive Verlangsamung, gereizte Stimmung, sozialer Rückzug, Lebensmüdigkeit. 3 Wochen AU, seit 1 Woche wieder arbeitend (Wiedereingliederung 50%).

Suizidgedanken in den letzten Monaten — wegen der Kinder 'niemals ernsthaft'. Keine Suizidpläne.

Alkohol: ca. 1,5l Bier täglich seit 3/4 Jahr. Erkennt Suchtpotenzial selbst.

Frühere Episode vor 7 Jahren nach Trennung — Krisenintervention + Psychotherapie, Vollremission.

Familienanamnese: Vater depressiv. Großmutter väterlicherseits schizophren.

Rollenaufteilung in jeder der 4 Kleingruppen

Rolle	Auftrag	Hinweis
1 Person: Therapeut/in	Freies Explorationsgespräch. Alle 6 Schritte integrieren. Suizidscreening obligat.	<i>Halten Sie inne, wenn Sie nicht weiterkommen — das ist ein Lernmoment.</i>
1 Person: Patient (Hr. K.)	Spielen Sie Hr. K. nach der Fallbeschreibung. Öffnen Sie sich erst, wenn die Atmosphäre passt.	<i>Nicht übertreiben. Realistisch und ambivalent bleiben.</i>
3 Personen: Beobachtende	Beobachtungsbogen nutzen. Keine Intervention während des Gesprächs.	<i>Jede/r notiert eine konkrete Szene für die Nachbesprechung.</i>

Diagnostische Aufgaben (für Therapeut/in + Beobachtende)

Diagnose nach ICD-10:

Komorbidität — was muss zusätzlich abgeklärt werden?

Suizidscreening-Ergebnis (Columbia-Skala: passiv / aktiv / mit Plan):

Therapieschritte in Reihenfolge (kurz):

Beobachtungsbogen (für die Beobachtenden je Gruppe)

1. Suizidscreening: Wann und wie wurde es angesprochen — oder warum nicht?

--

2. Empathie: Welcher Moment war besonders gelungen — welcher hat Distanz erzeugt?

--

3. Gegenübertragung: Was hätten Sie in diesem Moment als Therapeut/in gefühlt?

--

Abschlussrunde im Plenum (10 Min.)

Ablauf

Alle 20 Teilnehmenden versammeln sich. Eine freiwillige Person aus einem der 4 Gruppen-tandems präsentiert 2 Minuten:

- 'Was ist mir in diesem Gespräch hängengeblieben?' (Szene, Satz, eigene Reaktion)
- Freie Resonanzen (5 Min.): Die anderen antworten mit eigenen Bildern, Assoziationen, Körpergefühlen. Keine Ratschläge. Keine Interpretationen.
- Rückmeldung (1 Min.): Die präsentierende Person: 'Was hat mich davon getroffen?'
- Abschlussrunde (2 Min.): Jede/r in einem Satz — 'Was nehme ich heute in meine Praxis mit?'

Balint-Regel: Alles bleibt im Raum. Ich-Sprache. Stille ist erlaubt. Niemand muss reden.

Meine Abschluss-Notiz:
