

Rainer Sachse

Jana Fasbender

Janine Breil

Meike Sachse

**Bearbeitung von Schemata im Ein-Personen-
Rollenspiel**

9.1 Einleitung

Die Bearbeitung der dysfunktionalen Schemata eines Klienten, mit der sich dieses Kapitel beschäftigt, findet – betrachtet man den Gesamtverlauf der Therapie (vgl. Kapitel 2) – erst in Phase 4 statt. Vorher müssen die anderen Phasen realisiert worden sein. Das bedeutet, dass eine vertrauensvolle Therapeut-Klient-Beziehung etabliert wurde (Phase 1) und dass ggf. spezielle Therapieziele erarbeitet worden sind (Phase 2). Beispielsweise muss der Klient eine funktionale Inhaltsbearbeitung aufweisen (d.h. er darf z.B. nicht mehr im hohen Maße zu Vermeidungsverhalten in der Therapie neigen; ebenso müssen stark vorherrschende „Images“ und „Appelle“ reduziert worden sein) und es muss ein „Arbeitsauftrag“ vorliegen. Des Weiteren (Phase 3) müssen die relevanten, dysfunktionalen und kompensatorischen Schemata herausgearbeitet, d.h. kognitiv repräsentiert werden (vgl. Sachse, 1992, 1996, 2003, 2006, 2007, 2008), welche dann die Grundlage für das EPR bilden.

Die kognitive Repräsentation der Schemata hat therapeutisch zur Folge, dass die Schemata dem Klienten klar und verständlich werden. Der Klient weiß nun, welche Annahmen sein Verhalten und Erleben beeinflussen und kann auch verstehen, wie er zu diesen Annahmen kommt. Außerdem hat der Therapeut nun ein klares Modell der relevanten, problemdeterminierenden Schemata.

In Fällen, in denen die Klienten über große individuelle Ressourcen verfügen, kann es sein, dass diese Klärung schon dazu führt, dass die Klienten selbst aktiv gegen die Schemata angehen, dass sie sich schema-falsifizierend verhalten und ihre Schemata selbst unter Kontrolle bekommen. Betrachtet man jedoch das Gros der ambulanten Klienten, dann sind solche Klienten die Ausnahme. Bei den meisten Klienten muss der Phase der Schema-Klärung eine Phase expliziter Schema-Bearbeitung folgen. Hierzu möchten wir in diesem Beitrag das so genannte „Ein-Personen-Rollenspiel (EPR)“ (vgl. Breil & Sachse, 2009; Sachse, 1983, 2006; Sachse et al., 2008) vorstellen. Dieser Beitrag bietet hierzu einen thematischen Einstieg. Für eine ausführliche und detailliertere Darstellung, Instruktionshilfen und Transkripte sei auf Sachse et al. (2008) verwiesen.

9.2 Das Ein-Personen-Rollenspiel

Beim Ein-Personen-Rollenspiel, so wie wir es verwenden, wird ein Klient von seinem Therapeuten angeleitet, sein eigener Therapeut zu sein und seine dysfunktionalen oder kompensatorischen affektiven oder kognitiven Schemata zu disputieren. Das EPR bedient sich

dabei der Methoden des „Rollentausches“, indem der Klient sich in die Rolle seines eigenen Therapeuten einfinden soll, sowie der Technik des „Leeren Stuhls“, wenn der Klient in der Therapeutenrolle sich selbst als Klient auf dem leeren Stuhl vorstellt und direkt anspricht.

Das EPR stellt einen *Interventionsrahmen* dar, in dem sehr unterschiedliche Strategien realisiert werden können, um sowohl kognitive als auch affektive Schema-Anteile zu bearbeiten und den Klienten zu motivieren. Hierbei eröffnet das EPR die Möglichkeit, weitere Elemente wie z.B. Ressourcenaktivierung oder Imagination zu integrieren.

Diese Methode erfüllt damit wesentliche Bedingungen eines konstruktiven Therapieprozesses: Es dient dazu, den Klienten zu motivieren, es enthält Klärungs- und Bearbeitungsprozesse, es berücksichtigt affektive Schema-Aspekte und affektive Veränderungsprozesse; es bringt den Klienten dazu, die Perspektive zu wechseln, sich selbst kritisch mit seinen Annahmen auseinanderzusetzen und als sein eigener Therapeut zu fungieren; es aktiviert gezielt Ressourcen und positive Schemata des Klienten und ermöglicht hierdurch die Anlagerung an das zu bearbeitende negative, dysfunktionale Schema.

9.2.1 Das Vorgehen

Im Ein-Personen-Rollenspiel definiert der Therapeut zwei Positionen für den Klienten:

- die Klientenposition: der Klient als Klient (KK)
- die Therapeutenposition: der Klient als sein eigener Therapeut (KT).

Um dem Klienten die beiden Positionen augenscheinlich zu machen und es dem Klienten zu erleichtern, von einer Position in die andere zu wechseln, stellt der Therapeut zwei Stühle gegenüber (sodass sich zwei gegenüber sitzende Personen ansehen können) und definiert auf jedem Stuhl eine der Positionen für den Klienten; seinen eigenen Stuhl stellt er querab zu den beiden Stühlen (vgl. Abbildung 9.1).

Es empfiehlt sich, immer den *gleichen* Stuhl als Klienten-Position (z.B. immer links vom Therapeuten) zu definieren. Der Grund dafür liegt darin, dass der Klient bei der Durchführung des EPR, vor allem in der Anfangsphase, nicht sonderlich diszipliniert ist. Er „rutscht“ auf dem Therapeutenstuhl schnell wieder in die Klienten-Rolle. Dies kann dann auch den Therapeut verwirren, und er weiß nicht mehr, auf welcher Position der Klient welche Rolle einnehmen sollte. Wir definieren immer den vom Therapeut aus gesehenen linken Stuhl als Klienten-Position und den rechten Stuhl als Therapeuten-Position.

Die beiden Klienten-Stühle stehen unmittelbar voreinander, sodass der Klient sich (in seiner Vorstellung) direkt ansehen und ansprechen kann.

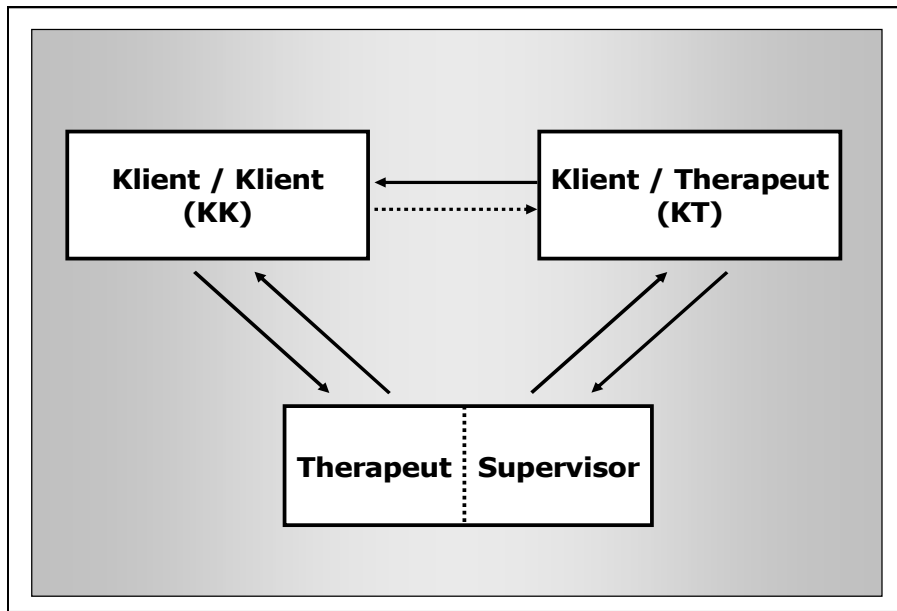


Abbildung 9.1: Positionen im Ein-Personen-Rollenspiel

Die räumliche Trennung der beiden Klienten-Positionen in zwei Stühle ist vorteilhaft, weil Klienten vor allem zu Beginn oft Schwierigkeiten haben, eine andere Perspektive einzunehmen und aus ihrem gewohnten Bezugssystem herauszutreten. Die räumliche Trennung dieser beiden Positionen erleichtert es dem Klienten, sich von seinem eigenen Überzeugungssystem zu distanzieren und einen „geistigen Positionswechsel“ durchzuführen. Somit dient der Stuhlwechsel dazu, dem Klienten zu helfen,

- Aspekte auseinander zuhalten;
- sich von eigenen Annahmen zu distanzieren;
- neue Perspektiven sehr konsequent und gründlich einzunehmen;
- diese neuen Perspektiven zu durchdenken, konsequent *dazu* Gedächtnisbestände zu aktivieren;
- diese Positionen probeweise zu glauben, mit „ihnen zu spielen“, sie auf sich wirken zu lassen.

Die Aufgabe des Klienten auf der *Klienten-Position* besteht darin, seine dysfunktionalen Annahmen zu vertreten, sozusagen „er selbst zu sein“. Der Klient aktiviert und klärt mit Hilfe des Therapeuten seine Schemata, arbeitet Annahmen heraus, die sich mit Hilfe des EPR

prüfen lassen, und er prüft hier, nachdem der Klient als Therapeut Gegenannahmen entwickelt hat, in wie weit ihn diese Gegenargumente überzeugen.

Auf der *Therapeuten-Position* hat der Klient z.B. die Aufgabe, sich von seinen Annahmen zu distanzieren, sie kritisch zu hinterfragen und zu prüfen, Gegenannahmen oder Gegenaffekte zu entwickeln, Ressourcen zu aktivieren, den Klienten zu Veränderungen zu motivieren usw.

Der Therapeut hat beim EPR, genau wie der Klient, zwei Rollen oder Funktionen zu erfüllen. Sitzt der Klient auf der Klienten-Position, dann nimmt der *Therapeut* die Rolle eines Therapeuten ein und hat auch die „normalen“ Aufgaben eines Therapeuten. Er unterstützt den Klärungsprozess, hilft dem Klienten, bearbeitbare Annahmen zu formulieren, und leitet den Klienten an, die Gegenargumente des Klient-Therapeuten zu prüfen.

Sitzt der Klient auf der Therapeuten-Position, dann nimmt der Therapeut die Rolle des *Supervisors* für diesen Therapeuten ein, mit allen Aufgaben und Möglichkeiten, die zu dieser Rolle gehören. Er unterstützt den Therapeuten darin, Gegenargumente zu finden, Annahmen zu prüfen und zu hinterfragen, er macht den Therapeuten auf Inhalte aufmerksam, die der Klient äußert, arbeitet mit dem Therapeuten Implikationen der vom Klienten geäußerten Annahmen heraus, usw.

Auf beiden Positionen überwacht der Therapeut die Arbeit des Klienten genau und achtet darauf, dass der Klient die jeweilige Position konsequent einnimmt. Diese Aufgabe des Therapeuten ist wesentlich, da Klienten, insbesondere zu Beginn dieser Therapiemethode, nicht diszipliniert sind. Sie nehmen oft auf der Therapeuten-Position die Auffassung des Klienten an und argumentieren aus der Klienten-Position. Dies darf der Therapeut nicht zulassen, er muss den Klient-Therapeuten in seine Rolle zurückholen oder ihn wieder auf den Klienten-Stuhl zurück setzen.

9.2.2 Der Ablauf des EPR

Das EPR verläuft in einer Serie von Dreier-Schritten:

1. Schritt: Der Klient sitzt auf der Klienten-Position (KK) und vertritt die dysfunktionale Annahme.

2. Schritt: Der Klient sitzt auf der Therapeuten-Position (KT), arbeitet mit dem Supervisor Gegenstrategien gegen die dysfunktionale Annahme aus und sagt sie dem Klienten, den er auf dem Stuhl gegenüber imaginiert, anschließend direkt.

3. Schritt: Klient sitzt auf der Klienten-Position (KK) und prüft nun zusammen mit dem Therapeut die Stimmigkeit der Gegenstrategie.

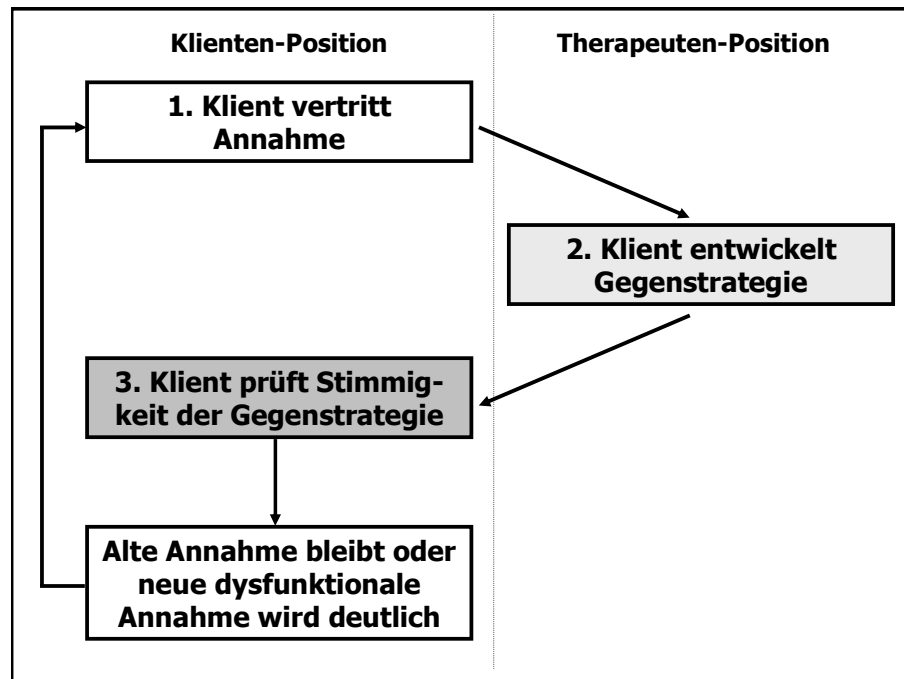


Abbildung 9.2: Der Ablauf eines Ein-Personen-Rollenspiels (EPR)

Die Zyklen von Dreier-Sequenzen im EPR sollen nun etwas ausführlicher betrachtet werden.

1. Klient auf der Klientenposition: Herausarbeiten einer bearbeitbaren Annahme

Das EPR beginnt, wenn es Therapeut und Klient gelungen ist, eine *bearbeitbare Annahme* herauszukristallisieren, d.h. eine Annahme, die nun im EPR geprüft und verändert werden soll und verändert werden kann.

Eine *bearbeitbare Annahme* sollte dabei folgenden Kriterien genügen: Sie sollte

- ein Aspekt eines problemrelevanten, dysfunktionalen (oder kompensatorischen) Schemas sein.

Hat ein Klient z.B. ein negatives Selbst-Schema, dann könnte eine Annahme, die bearbeitet werden kann, sein: „Ich bin ein Versager“. Die Annahme kann aber auch aus den Schemaebenen 2 (z.B.: „Wenn ich ein Versager bin, werde ich ausgeschlossen und

bin allein“) oder aus Ebene 3 stammen (z.B.: „Allein zu sein ist furchtbar“). Die Annahme kann kognitiv sein und starke affektive Anteile enthalten (die der Klient nun aktuell an vorhandenen Affekten spürt).

- für das jeweilige Schema möglichst zentral sein.
- möglichst konkret und präzise formuliert sein.
- möglichst kurz sein; je länger und komplizierter eine Annahme ist, desto schwerer lässt sie sich bearbeiten.
- keine Realitätsaussage sein, wie z.B. „ich habe Angst“ oder „wenn XY auftaucht, bin ich gelähmt“. Aussagen des Klienten, wie Situationsbeschreibungen, Aussagen über eigene Handlungen und eigene Reaktionen können nicht im EPR geprüft werden.

Sinnvoll bearbeitbare Annahmen sind z.B.:

- Ich bin ein Versager.
- Ich habe im Leben alles falsch gemacht.
- Niemand interessiert sich für mich.
- Beziehungen sind nicht verlässlich.

2. Klient auf der Therapeuten-Position: Bearbeitung der Annahme

Die zweite Phase des Zyklus beginnt, wenn der Therapeut den Klienten auf die Therapeuten-Position (KT) wechseln lässt. Der Klient bearbeitet nun mit Hilfe des Supervisors die formulierte Annahme. Dabei haben Klient und Supervisor eine ganze Reihe Therapie-Strategien zur Verfügung (s. Abschnitt 9.3).

Diese Phase beginnt mit der Instruktion an den Klienten. Diese beinhaltet einige sehr wichtige Elemente, wie die Anweisung, der eigene Therapeut zu sein und sich als solcher bewusst von der Annahme des Klienten zu distanzieren. Sitzt der Klient auf dem Therapeuten-Stuhl, sagt der Supervisor: „Sie sind jetzt Ihr eigener Therapeut. Das heißt, Sie sind ganz anderer Meinung als Ihr Klient. Ihre Aufgabe ist es, etwas zu finden, was Ihrem Klienten hilft. Ich unterstütze Sie dabei. Wir können erst einmal beraten, was hilfreich sein könnte. Ihr Klient sagt ... (der Supervisor wiederholt die Annahme des KK) ... Was könnte Ihrem Klienten helfen?“

Dann formulieren Supervisor und Klient-Therapeut eine (mehr oder weniger lange) *Gegenstrategie*. Dieser Prozess kann schnell gehen oder langwierig sein, je nachdem, wie gut der KT sich distanzieren und wie schnell er Gegenargumente entwickeln kann.

Der Zug endet damit, dass der Klient-Therapeut die erarbeitete Gegenstrategie dem Klient-Klienten, den er auf den gegenüberliegenden Stuhl imaginiert, sagt. Dabei hat es sich als

vorteilhaft erwiesen, wenn der KT seinen KK „duzt“ und tatsächlich so anspricht, als würde er ihm gegenüber sitzen. Das heißt, der KT sollte den KK (auf dem leeren Stuhl gegenüber) ansehen (nicht den Supervisor!) und dem KK die erarbeiteten Gegenargumente in seinen eigenen Worten mitteilen. Der Supervisor gibt dabei gegebenenfalls Hilfestellungen bezüglich Formulierungen und der Eindringlichkeit der Argumentation. Es scheint hierbei günstig zu sein, wenn der KT dem KK auch mitteilt, was die Gegenstrategie für seine Annahme bedeutet. Zum Beispiel bei der Annahme „Ich bin inkompetent“ etwas wie „Es kann nicht sein, dass du völlig inkompetent bist, schließlich hast du ein Studium mit Auszeichnung abgeschlossen“.

3. Klient auf der Klienten-Position: Prüfen der Gegenargumente

Die dritte Phase des EPR beginnt, wenn der Klient auf die Klienten-Position zurückwechselt und dann die Gegenargumente, die der Klient-Therapeut ihm gesagt hat, prüft.

Sitzt der Klient wieder auf der Klienten-Position lautet die Instruktion, die der Therapeut ihm gibt: „Sie sind jetzt wieder Klient. Ihr Therapeut sagt ... *(Therapeut wiederholt die Gegenstrategie)* ... Lassen sie das mal auf sich wirken. Was überzeugt Sie davon? ... Und was überzeugt Sie nicht?“

Die Stimmigkeitsprüfung erfolgt hier in zwei Schritten. Im ersten Schritt soll der Klient feststellen, welche Aspekte ihn überzeugen und warum. Dies ist wichtig, damit die Aspekte, die bereits überzeugend sind, zunächst gründlich gewürdigt und analysiert werden; damit „bringt der Therapeut sozusagen die Ernte ein“. Dazu sollte sich der Therapeut unbedingt Zeit nehmen, die neuen Erkenntnisse mit dem Klienten mehrmals durchzugehen, um sie im Gedächtnis des Klienten zu verankern und bereits erste Konsequenzen daraus abzuleiten.

Im zweiten Schritt der Stimmigkeitsprüfung soll der Klient dann feststellen, welche Aspekte ihn nicht überzeugen (und warum nicht), ob es ein „Aber“ gibt, einen gefühlsmäßigen Widerstand oder ein (diffuses) Unbehagen. Der Therapeut macht hier deutlich, dass es beim EPR *nicht* darum geht, den Klienten zu überreden oder dem Klienten Inhalte zu vermitteln, die er eigentlich nicht akzeptieren kann. Es geht vielmehr darum, solche Inhalte zu finden, die der Klient integrieren kann. Daher instruiert der Therapeut den Klienten hier, die vom Therapeuten geäußerten Gegenargumente *sehr genau und sehr kritisch zu prüfen*. Findet der Klient ein „Aber“, klären Therapeut und Klient ausführlich, was dieses „Aber“ ist; dabei werden oft neue Schema-Aspekte herausgearbeitet, die dann der Ausgangspunkt für einen neuen Zyklus sind.

Diese Stimmigkeitsprüfung ist ein zentrales Element des Vorgehens. Therapeutisches Ziel ist, dass der Klient Argumente, eigene Erfahrungen und Ressourcen findet, die aus seiner Sicht tatsächlich negative Schemata widerlegen und blockieren können, die neue Schemata formen können, die der Klient in sein kognitiv-affektives System integrieren kann. Auf diese Weise verlieren negative Schemata ihren Einfluss auf die Exekutive und neue, positive Schemata gewinnen an Einfluss. Da die neuen Inhalte auch mit den *affektiven Komponenten* der Schemata kompatibel sein müssen, muss der Klient die neuen Inhalte nicht nur kognitiv, sondern auch (und vor allem!) affektiv prüfen: *Fühlen sich die neuen Inhalte stimmig an?* Oder gibt es dagegen affektive Widerstände? Selbst wenn diese Widerstände zunächst noch diffus sind, sollten diese Unstimmigkeiten von Therapeut und Klient ernst genommen werden und Ausgangspunkt einer genauen weiteren Klärung werden.

Gerade diese Stimmigkeitsprüfung ist es, die das EPR zu einem lernenden, selbstregulativen System macht. Wenn der Klient neue Ideen und Interpretationen entwickelt, kann er selbst prüfen, ob diese wirksam sind; sind sie es, kann er sie integrieren; sind sie es nicht, muss er weiter suchen, weiter analysieren, weiter explizieren, usw. Die mangelnde Stimmigkeit weist darauf hin, dass es noch weitere, bisher noch nicht geklärte und herausgearbeitete Annahmen gibt, die jedoch, da sie wirksam sind, nun herausgearbeitet werden müssen, um dann in der Therapie bearbeitbar zu sein. In der KOP wird dieser Prozess „Vertiefung der Explizierung“ genannt und dieser Prozess ist zentral dafür, wirksame, aber schwer fassbare Annahmen zu repräsentieren.

Eine vollständige Sequenz im EPR hat damit immer mindestens drei Phasen: 1. Äußern einer bearbeitbaren Annahme auf der Klienten-Position; 2. Entwickeln von alternativen Annahmen u.ä. auf der Therapeuten-Position; 3. Prüfen der Alternativen auf der Klienten-Position.

Eine Sequenz kann gelegentlich auch mehr als drei Phasen aufweisen: Stellt sich ein Klienten-Therapeut selbst eine Frage (d.h. stellt er dem Klienten auf der Klienten-Position eine Frage), dann sollte er sie sich auf der Klienten-Position selbst beantworten, dann wieder auf die Therapeuten-Position wechseln, Gegenargumente finden und diese dann auf der Klienten-Position prüfen. Damit hat eine Sequenz dann fünf Phasen. Unabhängig davon, wie viele Phasen eine Sequenz hat, sollte sie immer mit einer Prüfung von Gegenargumenten auf der Klienten-Position enden.

9.3. Arten von Gegenstrategien auf Klient-Therapeuten-Position im EPR

Im EPR kommen zur Bearbeitung der dysfunktionalen Schemata auf der Klient-Therapeuten-Position drei Arten von Techniken zum Einsatz: kognitive, affektive und motivationale.

9.3.1 Kognitive Techniken im EPR

9.3.1.1 Ansatzpunkt der kognitiven Techniken

Viele Aspekte von Schemata, insbesondere auf Schemaebene 1, sind kognitive Annahmen (z.B. „Ich bin ein Versager“, „Ich bin wertlos“, „Ich bin nicht wichtig“, „Ich bin nicht attraktiv“, „Wenn ich wertlos bin, werde ich ausgegrenzt und bin allein“, usw.), die mit kognitiven Therapie-Methoden bearbeitet werden können und sollten.

Man muss hier beachten, dass eine kognitive Annahme, in aller Regel in *eine Netzwerk-Struktur* eingebettet ist, also mit anderen Annahmen verbunden ist, die alle bearbeitet werden müssen (auch wenn sie dem Klienten noch nicht explizit bewusst sind). Daher ist es oft hilfreich für den Prozess, wenn Therapeuten *vor* dem Einstieg ins EPR versuchen, bereits die wirklich *zentralen* Annahmen des Klienten zu rekonstruieren. Dann können sie schnell zum Kern der Schemata vorstoßen und diesen effektiv bearbeiten.

Andererseits stellt das EPR aber ein Verfahren dar, bei dem der Therapeut mit hoher Wahrscheinlichkeit auch dann zum Kern des Schemas vorstoßen wird, wenn er diesen zu Beginn des EPR noch nicht rekonstruiert hat. Denn in der Regel „treffen“ die vom Klient-Therapeuten entwickelten Gegenargumente erst die jeweils expliziten Annahmen. Prüft der Klient dann, ob diese Gegenargumente ihn überzeugen, dann merkt er deutlich, dass es Teile gibt, die nicht überzeugend sind. Dies sind dann die noch impliziten Annahmen, die man auf diese Weise identifizieren, klären und bearbeiten kann.

„Kognitive Bearbeitung von Schemaaspekten“ bedeutet im Wesentlichen, die Schemaaspekte zu disputieren, also zu hinterfragen, zu prüfen, zu widerlegen und alternative Annahmen zu entwickeln. Eine kognitive Disputation von Schemaaspekten ist aber nur dann *sinnvoll*, wenn der Klient von der Gültigkeit der Schemaaspekte überzeugt ist, wenn er z.B. die Annahme „Ich bin ein Versager“ auch glaubt. Ist der Klient aber bereits davon überzeugt, dass die Schemaaussagen unsinnig sind, das Schema wirkt aber weiterhin dysfunktional, dann muss man davon ausgehen, dass es nicht über seine kognitiven, sondern über seine affektiven Anteile dysfunktional wirkt. In diesem Fall macht eine kognitive Disputation kaum noch Sinn und man kann zu einer affektiven Bearbeitung übergehen.

9.3.1.2 Arten von kognitiven Techniken

Im Folgenden werden vier kognitive Bearbeitungstechniken vorgestellt:

1. Hinterfragen und Prüfen,
2. Schlussfolgerungsfehler aufzeigen
3. Fragen stellen
4. Entwickeln von Alternativen

1. Hinterfragen und Prüfen

Es ist wichtig, dass der Klient lernt, in der Therapeutenrolle eine *kritische Haltung* seinen Schemata gegenüber einzunehmen. Der Supervisor sollte dem Klienten deutlich machen, dass diese Haltung verschiedene Aspekte beinhaltet, wie z.B.:

- Die bearbeiteten Schemata sind dysfunktional, da sie hohe Kosten verursachen.
- Also stehe ich ihnen äußerst kritisch gegenüber!
- Sie sind nicht a priori wahr und ich brauche sie nicht zu glauben; ich muss mich ihnen auch nicht unterwerfen!
- Alle Schemaaspekte werden gründlich geprüft und hinterfragt!
- Zunächst einmal distanzieren sich davon!
- Die Devise ist: Alles ist hinterfragbar, nichts ist zwingend und alle Annahmen können völlig falsch sein!

Der Klient kann dann seine Annahmen *an eigenen Erfahrungen und Wissensbeständen prüfen*. Er kann z.B. prüfen, ob er im Gedächtnis Ereignisse findet, die gegen die Annahme (z.B. „Ich bin ein Versager“) sprechen. Er kann versuchen, Ereignisse zu finden, bei denen er Erfolg hatte, wo er positive Rückmeldungen erhalten hat und die infolgedessen die dysfunktionale Annahme widerlegen. Man muss davon ausgehen, dass Schemata durch ihre selektive Verarbeitung dazu führen, dass der Klient über viele solcher widerlegenden Informationen verfügt, sie aber nicht nutzt. Wird der Klient jedoch aufgefordert und angeleitet, diese Information zu suchen und gegen eine Annahme zu verwenden, dann findet er immer Daten, die seine Annahme falsifizieren.

Mögliche Anregungen des Supervisors an den Klient-Therapeuten sind z.B.:

- „Sie als Therapeut kennen den Klienten ja sehr gut, Sie kennen seine Biographie. Er behauptet, er sei ein Versager. Bitte suchen Sie jetzt mal gründlich in seiner Biographie

nach Situationen und Ereignissen, in denen der Klient erfolgreich war, in denen er Lob und Anerkennung erhalten hat, in denen ihm Sachen gut gelungen sind.“

- „Der Klient behauptet, er sei anderen nicht wichtig. Sie kennen ja das Leben des Klienten sehr gut. Schauen Sie mal, welche Hinweise es in letzter Zeit gibt, dass der Klient anderen doch wichtig ist. Schauen Sie mal: Wer hat ihn eingeladen? Wer hat ihn angerufen? Wer wollte Zeit mit ihm verbringen? Wer hat sich um ihn gekümmert? Wir prüfen das jetzt mal systematisch nach!“

2. Schlussfolgerungsfehler aufzeigen

Schemata sind keine „Abbildungen von Erfahrungen“, sondern sind durch Schlussfolgerungen zustande gekommen, die wiederum auf Annahmen und Schemata basieren. Daher ist es wahrscheinlich, dass Schemata durch viele Schlussfolgerungsfehler zustande gekommen sind. Gelingt es dem Klienten-Therapeuten, dem Klienten aufzuzeigen, dass wichtige Annahmen auf Fehlern basieren, kann die Validität dieser Annahmen erheblich erschüttert werden. Dementsprechend ist es wichtig, dass der Supervisor den Klienten-Therapeuten darauf aufmerksam macht, dass die Annahmen in der Biographie auf Schlussfolgerungsfehler zurückgehen und, noch wichtiger, dass der Klient *heute*, zur Bestätigung dieser Annahmen, solche Fehler immer noch macht. Dies ist allerdings ein Aspekt, den der Supervisor dem Klienten-Therapeuten deutlich machen muss, denn dieser wird, aufgrund seiner Schema-bedingten Voreingenommenheit, auf keinen Fall von selbst darauf kommen.

Der Supervisor kann so den Klienten-Therapeuten aufmerksam machen, dass der Klient beim Auswerten von Daten dichotome oder willkürliche Schlüsse zieht, übergeneralisiert, katastrophisiert, personalisiert und dass er selbsterfüllende Prophezeiungen realisiert.

Und daraus kann der Supervisor Argumente machen wie z.B.:

- „Wir haben nun gesehen, Ihr Klient lässt nur zwei Alternativen zu. Entweder er ist total erfolgreich oder er ist ein Versager. Aber uns ist klar: Das ist völliger Blödsinn! Dazwischen gibt es alle Arten von Abstufungen. Man kann leichte Fehler machen und damit ist man überhaupt noch kein Versager. Ich will, dass Sie Ihrem Klienten das mal unmissverständlich klarmachen. Was können Sie ihm sagen?“

Daraufhin arbeitet der Supervisor mit dem Klienten-Therapeuten Argumente gegen das Schema aus:

- „Damit ist klar: Der Klient hat vom Chef die Rückmeldung bekommen, alles war ok, nur eine Kleinigkeit hätte besser sein können. Und er denkt: Alles war Mist! Das darf doch

wohl nicht wahr sein! Der Klient nimmt gar nicht zur Kenntnis, was der Chef sagt. Er strickt sich seine eigene Realität zusammen, in der er alles schlecht macht. Damit schlägt aber seine negative Einstellung sich selbst gegenüber voll zu. Das sollten wir ihm auf keinen Fall durchgehen lassen. Lassen Sie uns darüber nachdenken, was Sie dem Klienten klarmachen wollen. Er muss auf jeden Fall erkennen, dass er systematisch positive Rückmeldungen ausblendet und dass er damit ständig seine negativen Annahmen verstärkt. Und er muss erkennen, dass er damit aufhören muss.“

3. Fragen stellen

Die Klienten können in der Therapeuten-Position bemerken (oder vom Supervisor darauf aufmerksam gemacht werden), dass bestimmte Annahmen, die sie auf der Klienten-Position äußern, unkonkret, unschlüssig, unverständlich sind; sie können dann ihrem Klienten Fragen stellen, die der Klient in der Klienten-Position beantworten muss. Damit machen Klienten sich selbst auf Unklarheiten, Unstimmigkeiten, wenig überlegte Argumente u.ä. aufmerksam. Dem Klienten kann auf diese Weise selbst deutlich werden, dass Annahmen nicht konsistent sind, dass Annahmen undeutlich, grob, unkonkret formuliert sind usw. Damit kann dem Klienten deutlich werden, dass diese Annahmen offenbar *keine* gute Basis zur Orientierung sind, sondern dass sie dringend gründlich geprüft werden sollten.

Unserer Erfahrung nach sollte jedoch ein Supervisor es nur in begründeten Ausnahmefällen zulassen, dass der Klient-Therapeut den Klient-Klienten etwas fragt, denn Klient-Therapeuten nutzen Fragen oft als Ausweichmanöver. Statt sich wirklich um gute Gegenargumente zu bemühen, stellen sie dem Klienten erst mal gemütlich Fragen und schinden damit Zeit. Dies ist dann keine sinnvolle Therapiestrategie.

4. Entwickeln von Alternativen

Es genügt nicht, das dysfunktionale Schema zu widerlegen. Damit der Klient funktional *handeln* kann, ist es notwendig, parallel zur Widerlegung und Hemmung des dysfunktionalen Schemas ein neues, funktionales Schema zu implementieren, ein Schema, das Annahmen enthält, die sowohl ein einigermaßen gutes Modell der Realität darstellen, dem Klienten also eine effektive Interaktion mit der Realität gestatten, als auch mit den Motiven und Zielen des Klienten kompatibel sind, also so wenig wie möglich internale Konflikte erzeugen *und* nicht zu Alienation führen. Solche Alternativ-Annahmen sind für den Klienten zunächst nicht leicht zu finden. Der Klient muss erst einmal mit Gegenannahmen experimentieren.

„Wenn ich kein Versager bin, was bin ich dann?“ Auch hier muss der Klient Erfahrungen und Wissensbestände durchsuchen, nicht primär, um alte Annahmen zu widerlegen, sondern um ein neues Schema zu bilden. Dabei geht der Klient nach Fragestellungen vor:

- Was sagen meine Erfahrungen, was ich kann?
- In welchen Bereichen hatte/habe ich Erfolge?
- In welchen Bereichen erhalte ich positive Rückmeldungen?
- Auf welche Fähigkeiten weist das hin?
- Was sind meine Stärken?
- Welche Ziele kann ich realistisch erreichen?

Und um ein realistisches Schema aufzubauen, sollte der Klient auch Fragen folgen wie:

- Was kann ich nicht so gut?
- In welchen Bereichen habe ich weniger Erfolge?
- Was sind meine Schwächen?

Der Klient muss als Klient-Therapeut mit Hilfe des Supervisors wieder Schlüsse ziehen und zwar Schlüsse, die begründet und gerechtfertigt sind.

9.3.2 Affektive Techniken im EPR

9.3.2.1 Ansatzpunkt der affektiven Techniken

Affektive Schemaaspekte sind solche, in denen affektive Verarbeitungen gespeichert sind und deren Aktivierung Affekte (körperliche Reaktionen, Stimmungen, diffuse Gefühle u.a.) erzeugen. Diese Affekte schaffen persönlich relevante Bedeutungen für die Person, sie machen Situationen angenehm oder unangenehm, schlimm, furchtbar, unerträglich usw. Diese Affekte können stark mit konstruktiven Verarbeitungs- und Handlungsregulationsprozessen interferieren.

Diese Schemata sind nicht kognitiv und sie wirken auch nicht über kognitive Vermittlungen. Bewertungen, die Personen abgeben, stellen kognitive Repräsentationen affektiver Aspekte dar. Wenn eine Person sagt, etwas sei „schlimm“, „furchtbar“ o.ä., dann hat sie eine kognitive, ja sogar sprachliche „Übersetzung“ für das gefunden, was sie spürt. Man muss aber davon ausgehen, dass keineswegs das Label „furchtbar“ etwas furchtbar macht, sondern der zugrunde liegende Affekt. Daher ist es nicht sinnvoll, kognitiv zu disputieren, ob etwas furchtbar ist oder nicht.

Die affektive Bedeutung des Schemas kann auch noch weitgehender für die Person kognitiv repräsentiert sein, in dem die Person kognitive Bedeutungselemente gefunden und sprachlich übersetzt hat, die valide die affektive Bedeutung von Schemaelementen repräsentieren. Gewissermaßen gibt es eine „kognitive Übersetzung des affektiven Schemainhaltes“. So kann eine Person z.B. verstehen, dass ein diffuses Gefühl bedeutet, „abgewertet zu werden“. „Abgewertet werden“ ist aber nicht so, in kognitiver Form, im Schema selbst gespeichert, sondern ist nur ein „Label“, eine Übersetzung für einen affektiven Prozess, der *nicht* kognitiv abläuft (der aber natürlich, da man Sprache zur Kommunikation verwenden muss und Sprache auf Kognition basiert, immer auch nur kognitiv beschrieben werden kann).

Wenn man mit affektiven Schemata in der Therapie arbeiten will, so muss man feststellen, dass es ein affektives Schema gibt, das *jetzt* aktiv ist und bearbeitet werden kann. Zwei Arten von Markern/Indikatoren weisen auf das Vorliegen und die Aktivität von affektiven Schemata hin.

Der erste Marker sind die schon genannten kognitiven Repräsentationen. Diese weisen auf das Schema hin und lassen zumindest zum Teil schon erkennen, wobei es sich bei dem Schema handelt und was es bedeutet. Es ist hilfreich, wenn kognitive Repräsentationen eines affektiven Schemas vorliegen, weil man mit Hilfe dieser besser „mit dem Schema umgehen kann“. Durch Klärungsorientierte Psychotherapie (Sachse, 2003) und vor allem durch die Therapiemethode des Focusing (Sachse et al., 1992) ist es möglich, viele Aspekte affektiver Schemata in kognitive Repräsentationen „zu übersetzen“; eine gute Vorarbeit für eine Schemabearbeitung (vgl. Kapitel 7).

Der zweite Marker sind die Affekte selbst. Wird ein affektives Schema aktiviert, dann erzeugt es Affekte, somit ist es an seinen Affekten identifizierbar. Spürt ein Klient irgendwelche Affekte (körperliche Reaktionen, Stimmungen usw.) bei der Vorgabe kritischer Situationen, dann kann man sicher sein, dass das Schema hier und jetzt aktiviert ist.

9.3.2.2 Zentrale affektive Technik: Evokation eines Gegenaffekts

Zur Bearbeitung affektiver Schemata werden im EPR Gegenaffekte entwickelt. Dies ist leichter, wenn eine kognitive Repräsentation des Schemas vorliegt. Denn dann kann man bereits verstehen, welche Inhalte es hat und man weiß schon in etwa, welche Gegenaffekte man erzeugen muss, um das Schema hemmen zu können.

Ein affektives Schema kann aber auch dann bearbeitet werden, wenn keine kognitiven Repräsentationen vorliegen. Man kann es durch sein Auftreten in bestimmbar Situationen

identifizieren, diese Situationen dem Klienten vorgeben, das Schema aktivieren und dazu Gegenaffekte entwickeln lassen. Um wirksame Gegenaffekte zu finden, benötigt man allerdings minimale Informationen über den Affekt, das dahinter liegende Schema oder die Situationen, in denen der Affekt auftritt.

Denn genauso wie es bei der kognitiven Disputation kognitiver Schemaelemente wichtig ist, *solche* Gegenargumente zu finden, die genau gegen die dysfunktionalen Annahmen angehen, die diese sozusagen im Kern treffen, so ist es auch hier notwendig, gegen negative Affekte solche zu setzen, die diese im Kern treffen. Das Ziel ist hierbei letztlich die Etablierung eines positiven, affektiven Schemas, das weit verzweigt ist, also eine große Menge an positiven Annahmen und Verknüpfungen zu vielen Situationen enthält und somit in vielen Situationen positiven Affekt generiert. Dieses Schema soll vom Klienten leicht aktivierbar sein (z.B. über Vorstellungsbilder) und letztlich automatisch in den entsprechenden Situationen aktiviert werden (siehe Grawe, 2004). Außerdem soll das positive Schema mit dem negativen Schema verbunden sein, dieses also hemmen.

Im Folgenden soll die wesentlichste Technik, um mit affektiven Schemaelementen umzugehen, die *Evokation von Gegenaffekten* genauer beschrieben werden.

Der Therapeut aktiviert zunächst (auf der Klienten-Position) das negative, affektive Schema, sodass der Klient deutlich negative Affekte spüren kann. Dann instruiert der Therapeut den Klienten, auf die Therapeuten-Position zu wechseln. Der Klient wechselt also *mit dem aktivierten negativen, affektiven Schema auf die Therapeuten-Position*.

Dies ist notwendig, da es nicht ausreicht, dem Klienten grundsätzlich die Erfahrung zu vermitteln, dass er Ressourcen hat und dass er aufgrund dieser Ressourcen positive Affekte spüren kann. Denn dies stärkt zwar die Ressourcen des Klienten, aber es hemmt nicht die negativen, affektiven Schemata. Um ein negatives Schema aktiv zu hemmen und dann ein positives Schema deutlich stärker zu machen als das alte negative, ist es erforderlich, positive und negative Prozesse gleichzeitig zu aktivieren und so gewissermaßen „miteinander kommunizieren zu lassen“.

Der Supervisor versucht nach dem Stuhlwechsel den Klient-Therapeuten durch entsprechende Instruktionen dazu zu veranlassen, positive, affektive Schemata und Erfahrungen, Ressourcen u.a. zu aktivieren, sodass der Klient nun positive, affektive Reaktionen spüren kann. Dabei soll sich der Klient diese positiven Erfahrungen, Schemata u.a. möglichst plastisch vergegenwärtigen, sie sich ganz klar und deutlich vor Augen führen, sie auf sich wirken lassen und versuchen, die dadurch ausgelösten positiven Affekte möglichst deutlich im

Körper zu spüren. Die positiven Affekte drängen also die zunächst gleichzeitig bestehenden negativen Affekte zurück. Gelingt dem Klienten dies (mehrmals und sehr deutlich), dann tritt eine Hemmung des negativen, affektiven Schemas ein.

Da der Klient-Therapeut die positiven Affekte produzieren muss, während er sich selbst noch in einem negativen affektiven Zustand befindet, benötigt er vom Supervisor viel Unterstützung durch entsprechende Suggestionen, z.B.: „Vergegenwärtigen Sie sich noch mal die Situation X sehr deutlich: Da hat Ihnen XY gesagt, was für eine tolle Arbeit Sie machen – lassen Sie das mal ganz deutlich auf sich wirken – XY hat Ihnen gesagt, was für eine *tolle Arbeit* Sie machen – Sie sind jetzt richtig stolz auf sich – Sie können das jetzt ganz deutlich spüren – Sie spüren richtig, wie stolz Sie sind – Sie können das jetzt ganz deutlich spüren – Sie spüren, wie gut sich das anfühlt – Sie spüren, wie Stärke Sie jetzt durchströmt, wie gut Sie sich fühlen – Sie fühlen sich kompetent, fähig, stark“ usw.

9.3.2.3 Das Finden einer Situation zur Aktivierung eines Gegenaffekts

Auch bei der Evokation eines Gegenaffektes ist es wichtig zu bedenken, dass es nicht möglich ist, Schemata intentional direkt zu aktivieren. Affekte entziehen sich der bewussten Beeinflussung (Öhmann et al., 1998). Um einen Gegenaffekt zu evozieren, ist es also nötig, sich in Situationen zu befinden oder sich Situationen vorzustellen, die geeignet sind, diesen Affekt auszulösen. Prozessual gesehen muss die Aktivierung des Gegenaffekts oder des Gegenschemas also immer über Situationen oder deren Vorstellung erfolgen. Unabhängig vom Repräsentationsgrad des Schemas ist es also notwendig eine passende Situation auszuwählen. Hierzu gibt es unterschiedliche Heuristiken (s. Abbildung 9.3).

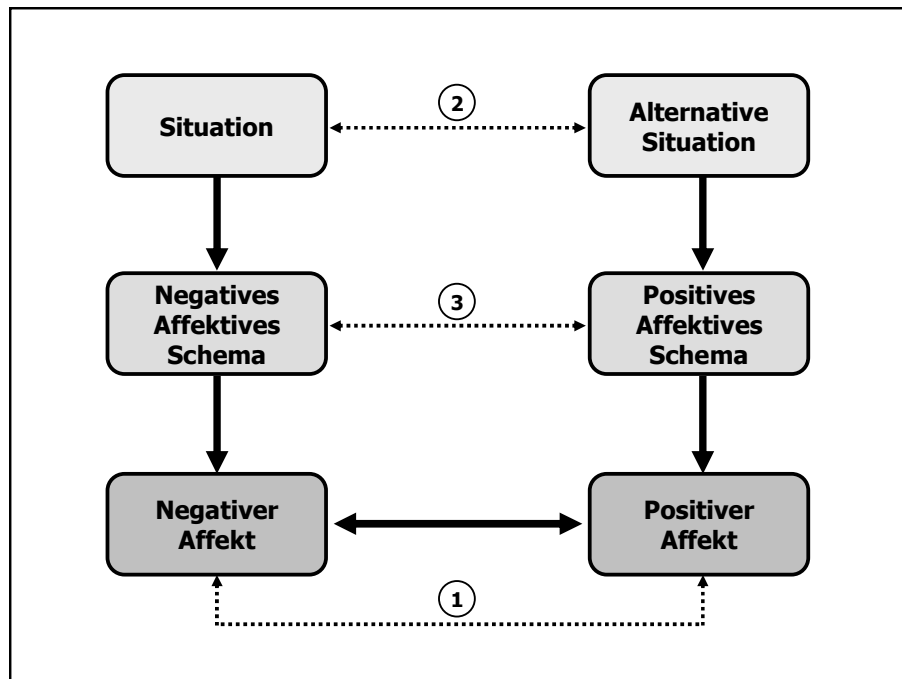


Abbildung 9.3: Entwicklung von Gegen-Affekten

Auf der linken Seite von Abbildung 9.3 ist der psychische Prozess der Aktivierung eines negativen affektiven Schemas mit dem nachfolgenden negativen Affekt über eine geeignete Situation dargestellt. Dies ist quasi das Problem, das es zu bearbeiten gilt. Spiegelbildlich davon ist auf der rechten Seite der zu erreichende Prozess dargestellt. Die verbindenden Pfeile zeigen an, welche Aspekte des problematischen Prozesses Hinweise auf welche Aspekte des Alternativprozesses geben.

1. Der zu hemmende negative Affekt gibt einen Hinweis darauf, welcher Gegenaffekt etabliert werden soll. Der Therapeut muss also aufgrund des negativen Affekts Hypothesen darüber bilden, um welchen Gegenaffekt es gehen wird. Dieser Gegenaffekt ist dann die Suchheuristik für den Klienten, um eine geeignete aktivierende Situation zu finden.
2. In der Regel ist aufgrund des bisherigen Therapieprozesses auch die auslösende Situation für den negativen Affekt bekannt. Hierdurch ist dann ein weiterer Anhaltspunkt für eine Alternativsituation gegeben. Aber auch hier muss der Therapeut eine Hypothese bilden. Die Verarbeitungsprozesse sind weitaus weniger klar als bei kognitiven Schemata. Daher ist auch nicht direkt klar, welche Situationsaspekte schemaaktivierend sind. Aufgrund der Kenntnis des Klienten und seiner Motive muss der Therapeut entscheiden, welche die

relevanten Aspekte der Situation sind. Der Klient wird dann gebeten, sich an eine Situation zu erinnern, die als Gegenteil der Problemsituation betrachtet werden kann.

3. Hat man auch Teile des affektiven Schemas repräsentiert, kann am Besten eine passende Gegensituation gefunden werden. Hier können alle Informationen über das negative Schema, die auslösende Situation und den resultierenden Affekt genutzt werden, um den Klienten zu instruieren, sich an eine alternative Situation zu erinnern. Beispiel: „Stellen Sie sich eine Situation vor, in der sie von jemandem das Signal bekommen haben, gemocht zu werden, richtig wertvoll für den anderen zu sein, eine Bereicherung zu sein (vs. Ich werde abgelehnt, bin wertlos etc.) und in der sie das richtig annehmen und spüren konnten, in der Sie sich also angenommen, warm und glücklich gefühlt haben.“

Das bedeutet für die Evokation eines Gegenaffekts:

1. Es müssen eine oder mehrere Situationen gefunden werden, die einen zum negativen Affekt passenden Gegenaffekt oder ein zum negativen Schema passendes Gegenschema aktivieren. Diese Situationen muss der Klient aus seinem Gedächtnis abrufen.
2. Anhaltspunkte zum Finden einer solchen Situation sind: Der zu bearbeitende negative Affekt; die Situationen, in denen der zu bearbeitende negative Affekt auftritt; das negative affektive Schema.
3. Die Situation zur Evokation positiver Affekte muss Aspekte enthalten, die als Gegenteil der Situationsaspekte aufgefasst werden können, die das negative Schema aktivieren. Sie muss außerdem mit Affekten einhergehen, die als Gegenaffekt zum negativen Affekt angesehen werden können. Und die Situation muss ein alternatives, positives Schema aktivieren, das zum negativen Schema in der Hinsicht passt, dass es letzteres „widerlegt“.

Hat ein Klient z.B. ein „affektives Versager-Schema“, dann erzeugt dessen Aktivierung Affekte, die man *kognitiv beschreiben* kann, wie: „Ich *fühle* mich klein, schwach, defizitär“ (das sind kognitive Beschreibungen von Affekten, keine Kognitionen, bitte nicht verwechseln!); das positive Schema, das man aktiviert, sollte also gezielte Gegenaffekte enthalten wie: Stolz auf sich sein, sich kompetent fühlen, sich stark fühlen. Erzeugt man dagegen Affekte wie „sich entspannt fühlen“, dann wird dieses affektive Gegenschema kaum Wirkung entfalten.

9.3.2.4 Vorbereitung der Technik der Evokation eines Gegenaffekts

Da die Evokation positiver Affekte aus einem negativen Affektzustand heraus schwierig ist, sollte der Therapeut dies *vorher* mit dem Klienten *gut vorbereiten*:

- Therapeut und Klient sollten vorher genau herausarbeiten, über welche positiven Schemata, positiven Erfahrungen der Klient verfügt.
- Der Klient sollte diese Aspekte auch als tatsächlich positiv akzeptieren können.
- Der Klient sollte zu diesen Aspekten bzw. bei ihrer plastischen Vorstellung positive Affekte entwickeln können.

Außerdem sollte der Therapeut die Evokation positiver Affekte aufgrund entsprechender Vorstellungen vorher aus einem neutralen, affektiven Zustand des Klienten heraus mit dem Klienten schon geübt haben.

Der Supervisor kann, um eine Basis für die Aktivierung positiver Schemata zu bauen, dem Klient-Therapeut (vor dieser Übung) verschiedene Aspekte sehr deutlich (auch affektiv deutlich) machen:

- Er kann mit dem Klienten z.B. Situationen herausarbeiten, in denen der Klient Erfolg hatte, positives Feedback erhalten hat, auf seine Leistung stolz war und sich gut gefühlt hat.
- Der Supervisor kann dem Klient-Therapeuten deutlich machen, dass er als Kind zwar hilflos war und dass das Schema deshalb verständlich ist, dass der Klient nun aber erwachsen und in gar keiner Weise mehr hilflos ist. Er kann deutlich machen, dass der Klient heute Stärken hat, dass er mit negativen Zuständen klarkommen kann, dass er Bedrohungen begegnen kann und dass er seine Stärke auch spüren kann.
- Der Supervisor kann dem Klient-Therapeuten deutlich machen, dass der Klient heute sehr viel „Impact“ auf seine Umgebung hat, dass er Menschen und Situationen beeinflussen kann, dass er sich Gehör verschaffen kann.
- Der Supervisor kann dem Klient-Therapeuten deutlich machen, dass der Klient als Person in Ordnung ist, dass er wertvoll, liebenswert und akzeptabel ist, dass er nichts mehr beweisen muss, usw.

Der Klient soll durch all diese Instruktionen des Supervisors somit in die Lage versetzt werden, seine Stärke zu spüren, zu spüren, dass er Wirkungen auf die Realität hat, dass er in Ordnung ist, dass er wichtig ist, usw.

Hat der Klient z.B. auf der Klienten-Position die Annahme geäußert „Wenn man ein Versager ist, dann ist man wertlos“ und der Klient *fühlt* sich nun auch wertlos (mit Affekten wie Leere, Unzufriedenheit, Alleinsein und Emotionen wie Traurigkeit), dann fordert ihn der Therapeut auf, die Position zu wechseln, und nun versucht er als Supervisor sehr aktiv und direktiv, den

Klienten in den Zustand eines positiven Gegenaffektes zu versetzen. Dies kann er tun, indem er dem Klient-Therapeuten sagt:

- „Sie sind jetzt wieder Ihr eigener Therapeut und Sie sind völlig anderer Ansicht als Ihr Klient. Der Klient fühlt sich wertlos, aber Sie wollen ihn davon überzeugen, dass das Unsinn ist. Sie wollen dem Klienten deutlich machen, dass er ein wertvoller Mensch ist.“
- „Das können Sie ihm aber nur dann wirklich deutlich machen, wenn Sie es selber glauben; nur dann wird Ihr Klient es *Ihnen* glauben. Also ist es wichtig, dass Sie sich jetzt klarmachen, dass der Klient ein wertvoller Mensch ist.“

Ein wirksames Vorgehen kann auch darin bestehen, dass der KT zunächst dem Supervisor seine neue Annahme erzählt (z.B. was ihn wertvoll macht). Dieses Vorgehen führt wahrscheinlich zu einer Aktivierung des Selbstsystems (Kuhl, 2001), was es wahrscheinlicher macht, Gedächtnisbestände zu aktivieren, die mit positiven Affekten verbunden sind. Die Kommunikation mit dem Supervisor stellt hierbei einen geschützten Rahmen dar, weil es sich um eine vertrauensvolle Beziehung handelt. Eine solche Beziehung ist nach Kuhl (2001) am Besten geeignet, das Selbstsystem zu aktivieren.

Der Klient-Therapeut zählt Aspekte auf, z.B. dass der Klient gut Konversation machen kann. Daraufhin sagt der Supervisor:

- „Nun stellen Sie sich mal möglichst plastisch eine Szene vor, in der der Klient Konversation macht.“ – Pause –
- „Stellen Sie sich vor, wie gut der Klient das macht, wie gut es ihm gelingt, wie gut ihm andere zuhören.“ – Pause –
- „Stellen Sie sich vor, wie gut das tut, spüren Sie richtig, wie gut das tut; spüren Sie, wie Sie es genießen, wie stolz Sie sind, dass Sie es können, versetzen Sie sich in den Klienten hinein!“ – Pause –
- „Können Sie das spüren?“

Bei Verneinung setzt der Supervisor diese Art der Instruktion fort. Zusätzlich kann er den Klienten instruieren, in seinen Körper hineinzuspüren. Dies stellt nach Martens und Kuhl (2005) ebenfalls eine sehr wirksame Methode der Selbstaktivierung dar. Hierüber wiederum wird es dem Klienten erleichtert, den affektiven Gehalt von positiven Situationen wirklich zu spüren. Wenn der Klient dann die positiven Gefühle spüren kann, fährt der Therapeut fort:

- „Versuchen Sie mal, ganz genau zu spüren, wie sich das anfühlt.“ – Pause –
- „Spüren Sie ganz genau, wie es sich anfühlt. Spüren Sie das Wohlbehagen, die Stärke, die Faszination.“ – Pause –

- „Und jetzt sagen Sie dem Klienten mal in aller Deutlichkeit, was er kann und sagen Sie es ihm so, dass er auch diese Gefühle spüren kann.“

9.3.3 Motivationale Techniken im EPR

9.3.3.1 Motivationsarbeit ist notwendig

Die Motivierung des Klienten, sich aktiv mit seinen dysfunktionalen Schemata auseinanderzusetzen und aktiv gegen sie anzugehen, spielt im Therapieprozess eine entscheidende Rolle. Der Klient muss eine Veränderung *wollen*, er muss sich dazu *entschließen*, den „Kampf“ gegen die Schemata aufzunehmen, ansonsten wird er es nicht schaffen, sie affektiv zu bearbeiten.

Daher gelten hier zwei Regeln:

1. Klienten sollten schon eine deutliche Änderungsmotivation ins EPR mitbringen, denn ansonsten werden sie im EPR nicht konstruktiv genug mitarbeiten.
2. Die Ausgangsmotivation des Klienten reicht in den meisten Fällen aber nicht aus, um sich intensiv mit dysfunktionalen Schemata auseinanderzusetzen. Die Motivation muss in aller Regel noch durch den Therapeut erhöht werden.

Es gibt nämlich eine Reihe von Gründen, die den Klienten davon abhalten können, sich wirklich entschlossen mit seinen Schemata auseinanderzusetzen:

1. Dysfunktionale Schemata sind inhaltlich für den Klienten *unangenehm* und widersprechen seinem Ideal-Selbst. Dadurch ist es für den Klienten aversiv, sich ihnen zu stellen. Außerdem enthalten die Schemata affektive Anteile, deren Aktivierung zu negativen Affekten führen. Diese erzeugen *aversive Zustände*, die der Klient zu vermeiden sucht.
2. Aufgrund der Lernerfahrungen in der Biographie halten die Klienten die dysfunktionalen Schemata für *zutreffend, überzeugend und wahr*. Dagegen anzugehen bedeutet, etwas „Wahres“ in Frage zu stellen und das erscheint vielen Klienten wie eine Art Sakrileg. Sie funktionieren nach dem Motto: „Du sollst Deine Schemata nicht in Frage stellen.“
3. Beim Hinterfragen von Schemata existiert in aller Regel nicht sofort ein neues, überzeugendes und tragfähiges Alternativ-Schema. Dadurch entsteht ein Zustand von Orientierungslosigkeit, der *stark verunsichernd* wirkt und der dadurch einen (mehr oder weniger starken) aversiven Zustand erzeugt.

4. Schemata sind hoch automatisiert und deshalb (extrem) hartnäckig. Selbst wenn ein Klient bereits erkannt hat, dass ein Schema „Blödsinn“ ist, wird das Schema in kritischen Situationen noch eine ganze Zeit lang aktiviert und übernimmt immer wieder die Kontrolle. Klienten müssen, um die Schemata zu hemmen, lange aktiv dagegen angehen und sich immer wieder Frustrationen stellen, wenn das Schema erneut „zuschlägt“.

Die Gründe, sich nicht mit dysfunktionalen Schemata auseinanderzusetzen, nicht aktiv gegen Schemata anzugehen und sich nicht der Mühe der Veränderung zu unterziehen, sind also vielfältig und gewaltig. Klienten werden nur dann diese Schemata in ausreichendem Maße bearbeiten, wenn sie dazu stark motiviert werden.

Den Klienten zu motivieren, sich mit seinen Schemata konstruktiv auseinanderzusetzen, bedeutet, ihn dazu zu bringen, sich dazu zu *entschließen*, d.h. „den Rubikon zu überschreiten“: Also nicht zu denken „Ich könnte mich mal mit meinen Schemata auseinandersetzen.“, sondern zu denken und zu fühlen: „Ich will meine Schemata knacken!“

Als Therapeut möchte ich erreichen, dass der Klient

- entschlossen ist, gegen seine Schemata anzugehen,
- entschlossen ist, sich auf keinen Fall von seinen Schemata determinieren zu lassen,
- entschlossen ist, sich von seinen Schemata *zu emanzipieren*,
- entschlossen ist, seine Schemata zu verändern,
- entschlossen ist, sehr viel Energie und Zeit in diesen Änderungsprozess zu investieren!

9.3.3.2 Strategien zur Motivierung

Im Folgenden werden drei motivationale Techniken vorgestellt.

1. Kosten salient machen

Die elementarste Strategie der Motivierung besteht darin, dem Klienten die Kosten deutlich vor Augen zu führen, die für ihn aus den Schemata und aus den daraus resultierenden Handlungen folgen. Der Supervisor kann mit dem Klient-Therapeuten herausarbeiten und damit dem Klienten deutlich machen,

- dass er Kosten hat,
- dass sein Schema X diese Kosten erzeugt,
- dass die Kosten hoch sind,
- dass er die Kosten nicht will und warum er die Kosten nicht will,
- dass er die Kosten reduzieren kann, wenn er das Schema bearbeitet.

2. Gewinne salient machen

Wichtig ist aber auch, dass dem Klienten deutlich wird, dass er nicht nur C- reduzieren kann (Kosten senken), wenn er Schemata verändert, sondern auch ein C+ erreichen kann. Dem Klienten sollte deutlich werden,

- was sich alles ändern kann und wird, wenn er sein Denken, Fühlen und Handeln ändert,
- welche positiven Zustände er erreichen kann, welche Freiheiten er gewinnen kann,
- was es bedeuten kann, nicht mehr unter der Knechtschaft des Schemas zu stehen.

Gerade positive Anreize führen zu stabileren Motivationen als Vermeidungsziele. Deshalb ist es wichtig, dass der Klient erkennt, dass sich seine Lebensqualität deutlich erhöhen lässt, wenn er es schafft, dysfunktionale Schemata zu verändern.

3. Aufhetzen

Eine weitere motivationale Strategie nennen wir „Aufhetzen des Klienten gegen dysfunktionale Schemata“. Diese Technik ist im Grunde eine Kombination aus motivationaler und affektiver Therapie-Strategie. Dabei bringt der Supervisor den Klient-Therapeuten dazu, den Klienten systematisch gegen das dysfunktionale Schema zu emotionalisieren.

Es ist hierfür hilfreich, wenn der Klient durch die biographische Arbeit weiß, wie und durch was das dysfunktionale Schema entstanden ist, und wenn der Klient sich schon über die Kosten des Schemas und die Gewinne einer Veränderung kognitiv klar ist. Denn dann geht es darum, ihn deutlich *spüren* zu lassen, dass er „die Schnauze von seinem Schema gestrichen voll hat“ und dass er es auf gar keinen Fall länger akzeptieren will und dass er sich von dem Schema auf keinen Fall länger sein Leben „versauen“ lassen will. Der Sinn der Aktion liegt darin, dass der Klient einen starken affektiv-emotionalen Gegenimpuls gegen sein Schema spürt, eine *starke Tendenz, nun aktiv gegen das Schema vorzugehen*.

Dazu kann der Supervisor z.B. den Klient-Therapeuten dazu bringen, dem Klienten Folgendes zu sagen:

- „Ich habe die Nase gestrichen voll davon, dass Du Dich von dem Schema rumschubsen lässt.“
- „Das Schema stammt aus Deiner Biographie, es ist Müll, andere haben Dir den Scheiß eingeredet.“
- „Du kannst Dich von diesem Mist befreien, Du kannst, verdammt noch mal, selbst bestimmen, wer Du bist, ob Du ok bist und was Du willst.“
- „Du musst Dir nicht immer noch von Deinen Eltern einreden lassen, Du seist ein Versager. Du bist kein Versager! Wehr Dich gegen diesen verdammten Scheißdreck!“

- „Geh gegen Dein Schema an. Mach ihm klar, dass Du stärker bist als dieses Scheiß-Schema. Hau dem Sack eins um die Ohren!“

Wie deutlich wird, geht es hier nicht um eine kognitive Disputation; es geht auch nicht um einen vornehmen Dialog in Fachsprache. Vielmehr geht es darum, den Klienten äußerst stark gegen das Schema zu emotionalisieren, ihn gegen das Schema auch maximal zu stärken. Der Klient soll *denken und spüren*,

- dass er sich gegen das Schema auflehnen darf,
- dass er stark genug ist, sich gegen das Schema aufzulehnen,
- dass er sich von dem Schema nichts mehr gefallen oder sagen lassen muss,
- dass er sich aktiv gegen das Schema wehren kann,
- dass er äußerst zuversichtlich sein kann, den Kampf gegen sein Schema auch zu gewinnen,
- dass er es schaffen wird, sich von seinem Schema zu emanzipieren.

„Aufhetzen“ in diesem Sinne bedeutet auch, den Klienten gegen seine Schemata (*nicht* gegen seine Person!) *wütend* zu machen. Diese Wut energetisiert den Klienten und schafft eine Gegenkraft gegen die Schemata. (Allerdings hilft Wut meist noch nicht als Gegenaffekt gegen affektive Schemata. Gegenaffekte müssen auch Gegenbedeutungen zu den negativen Affekten implizieren, also gewissermaßen zu den negativen Affekten passen; dies tut Wut aber in der Regel nicht.)

Literatur

- Breil, J. & Sachse, R. (2009). Ein-Personen-Rollenspiel (EPR). In: S. Fliegel & A. Kämmerer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Schätze II*, 49-53. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Martens, J.U. & Kuhl, J. (2005). *Die Kunst der Selbstmotivierung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Öhmann, A., Hamm, A. & Hugdahl, K. (1998). Cognition and the autonomic nervous system. In: J.T. Cacioppo, L.G. Tossinary & G.G. Berntson (Eds.), *The Handbook of Psychophysiology*. New York: Cambridge University Press.
- Sachse, R. (1983). Das Ein-Personen-Rollenspiel: Ein integratives Therapieverfahren. *Partnerberatung*, 4, 187-200.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.

- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2006). Die Bearbeitung dysfunktionaler Schemata im Ein-Personen-Rollenspiel.
In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 255-280. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. (2007). Klärungsorientierte Psychotherapie. In: J. Kriz & Th. Sluneko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie*, 138-150.
- Sachse, R. (2008). Klärungsprozesse in der Psychotherapie. In: J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, 3. Auflage, 227-232. Berlin: Springer.
- Sachse, R., Atrops, A., Wilke, F. & Maus, C. (1992). Focusing: Ein emotionszentriertes Psychotherapie-Verfahren. Bern: Huber.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schema-Bearbeitung – Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe.