

**Rainer Sachse**

## **4 Ein-Personen-Rollenspiel: Vorgehen, Anwendungsbereiche und Einsatz im Therapieprozess**

### **4.1 Begriffsbestimmung**

Das *Ein-Personen-Rollenspiel* ist eine Therapiemethode, die darauf abzielt, den Klienten *zu seinem eigenen Therapeuten zu machen* und ihn systematisch dazu anzuleiten, aktiv zu werden, gegen die dysfunktionalen Annahmen vorzugehen, sich zu motivieren etc.

Das Ein-Personen-Rollenspiel (EPR) ist dabei aber keine einzelne Therapietechnik, sondern ein *therapeutisches Rahmenkonzept*, innerhalb dessen sich sehr unterschiedliche Therapiemaßnahmen realisieren lassen: Wie z.B. Methoden der kognitiven Umstrukturierung, Methoden zur Entwicklung von Gegenaffekten, Motivationstechniken u.a. (Breil & Sachse, 2009; Sachse, 1983, 2006; Sachse et al., 2008, 2011).

Das EPR ist damit eine sehr flexible Technik, die neben unmittelbaren Therapieeffekten auch das Meta-Ziel verfolgt, den Klienten zu seinem eigenen Therapeuten zu machen.

### **4.2 Das Vorgehen**

Das Setting des EPR ist so aufgebaut, dass der Therapeut zwei Stühle gegenüberstellt und einen Stuhl davon quer ab: Auf dem Stuhl quer ab sitzt der Therapeut, auf dem (vom Therapeuten aus gesehen) linken Stuhl ist die Klienten-Position definiert: Sitzt der Klient auf dieser Position, dann befindet er sich in der Klientenrolle. Auf der rechten Position ist die Therapeuten-Position definiert: Auf dieser Position befindet sich der Klient in der Therapeuten-Rolle. (Diese Definitionen sollen dazu führen, dass ein Therapeut immer schnell weiß, wo welche Position ist; dies ist wichtig, da Klienten oft „undiszipliniert“ sind und daher Therapeuten leicht „verwirren“ können.)

In der Klienten-Rolle tut der Klient alles, was ein Klient tut; auf der Therapeuten-Position verfolgt der Therapeut bestimmte therapeutische Strategien. Sitzt der Klient auf der Klienten-Position, dann nimmt der Therapeut die Rolle des Therapeuten ein und interagiert mit dem Klienten wie sonst auch in der Therapie; sitzt der Klient auf der Therapeuten-Position, dann nimmt der Therapeut die Rolle des *Supervisors* (SUP) ein und interagiert mit dem Klient-Therapeuten (Kl-Th) in einer Supervisoren-Funktion: Hier kann er den Therapeuten anleiten,

was dieser therapeutisch tun kann; er kann mit dem Therapeuten das Verhalten, die Schemata usw. des Klienten diskutieren; er kann mit dem Therapeuten analysieren, welche Probleme der Klient dem Therapeuten macht usw.

Das Ein-Personen-Rollenspiel (EPR) verläuft in *Dreier-Schritten*:

1. Der Klient entwickelt auf der Klienten-Position *eine zu bearbeitende Aussage* (z.B. eine Annahme eines Schemas wie „ich bin ein Versager“).
2. Der Klient wechselt auf die Therapeuten-Position (Kl-Th) und nimmt nun eine Therapeuten-Haltung ein und bearbeitet die Aussage (z.B. indem er die Schema-Annahme prüft: „Was spricht aus den Erfahrungen des Klienten gegen die Annahme „ich bin ein Versager“?“). Hier entwickelt er Gegenargumente oder Gegenstrategien.
3. Hat der Supervisor (Sup) den Eindruck, dass der Klient neue oder essentielle Gegenargumente gefunden hat, setzt er den Klienten wieder auf die Klienten-Position: Nun geht es darum, *dass der Klient ausführlich und gründlich prüft*, ob ihn die vom Klient-Therapeuten entwickelten Gegenargumente überzeugen, ob er sie annehmen und integrieren kann.

Aus der Fragestellung, welche Aspekte den Klienten nicht überzeugen, entwickeln sich dann neue Annahmen (klären sich weitere Annahmen des Schemas), die dann wieder den Ausgangspunkt für die nächste EPR-Sequenz bilden.

Im Einzelnen geht der Therapeut wie folgt vor:

#### 1. Klient auf der Klienten-Position

Der Therapeut klärt mit dem Klienten *die zu bearbeitende Aussage*: Dies ist bei kognitivem Vorgehen meist eine Schema-Aussage („ich bin nicht wichtig“, „in Beziehungen wird man abgewertet etc.). Der Therapeut bemüht sich dabei dem Klienten zu helfen, die Aussage möglichst kurz, präzise und konkret zu formulieren.

#### 2. Klient auf der Therapeuten-Position

Dann instruiert der Therapeut den Klienten, die Position zu wechseln. Der Therapeut sagt dann:

- Auf dieser Position sind Sie nun Ihr eigener Therapeut.
- Sie sind hier ganz anderer Meinung als Ihr Klient.
- Versuchen Sie mal, sich von dem, was Ihr Klient sagt, zu distanzieren.
- Ihre Aufgabe ist es nun hier, den Klienten von seiner Ansicht abzubringen.
- Das ist schwierig, aber ich helfe Ihnen dabei.

Dann instruiert der Therapeut als Supervisor den Klient-Therapeuten: „Der Klient hat gesagt, er sei ein Versager. Was könnten Sie dem Klienten sagen, was ihn von dieser Annahme abbringt?“

Der Therapeut gibt dem Klient-Therapeuten zuerst eine solch allgemeine Instruktion, um dem Klienten auch zu zeigen, dass der *Klient als Therapeut* Verantwortung für den Prozess übernehmen und aktiv arbeiten soll.

Erst dann, wenn dem Klienten nichts einfällt, kann er Hilfestellungen geben (in der angegebenen Reihenfolge):

- *Hilfen, die dem Klienten zeigen, wo und wie er relevante Informationen finden kann*, z.B.: „Sie als Therapeut kennen den Klienten ja gut und kennen seine Biographie: Gibt es im Leben des Klienten Situationen, in denen der Klient erfolgreich war, positives Feedback erhalten hat?“
- *Inhaltliche Vorschläge machen*: „Der Klient hat uns ja erzählt, dass er ein gutes Abitur gemacht hat. Beweist das nicht schon, dass er kein Versager sein kann?“

Der Supervisor erarbeitet dann mit dem Klient-Therapeuten ein bis drei Gegenargumente: Hat der Supervisor den Eindruck, dass neue oder weiterführende Argumente deutlich sind, dann instruiert er den Therapeut-Klienten: „Bitte sagen Sie das, was wir nun erarbeitet haben, Ihrem Klienten direkt. Sprechen Sie dabei den Klienten, der auf diesem Stuhl sitzt direkt an und bitte duzen Sie Ihren Klienten.“ (Um zu vermeiden, dass der Klient-Therapeut emotionale Distanz schafft.)

### 3. *Klient auf der Klienten-Position*

Dann instruiert der Supervisor den Klienten, auf die Klienten-Position zurückzugehen. Er sagt:

- „Sie sind nun wieder Klient. Ihre Aufgabe ist es nun, genau zu prüfen, ob Sie das, was Ihnen Ihr Therapeut gesagt hat, überzeugt. Bitte prüfen Sie genau: Wir wollen, dass Sie auch wirklich überzeugt werden, Sie sollen sich nicht „überreden“ lassen!“
- „Also lassen Sie die Argumente des Therapeuten auf sich wirken und prüfen Sie, was Sie überzeugt und was nicht.“

Als Erstes klärt der Therapeut mit dem Klienten, *was ihn überzeugt* (falls es etwas gibt): Dabei sollte der Therapeut sich Zeit lassen. Alle Aspekte, die den Klienten überzeugen, soll der Klient in sein System integrieren, durchdenken, Schlussfolgerungen daraus ziehen, sodass er alle neuen Aspekte für sich auch „auswertet“.

Dann klärt der Therapeut, was den Klienten nicht überzeugt und warum nicht: „Gibt es ein „aber“? Gibt es Aspekte, die Sie nicht überzeugen? Bitte nehmen Sie die ernst! Bitte lassen Sie uns genau prüfen, warum sie Sie nicht überzeugen.“

Der Therapeut initiiert hier einen *Klärungsprozess*, der bei kognitiver Arbeit in der Regel zu weiteren (tieferen) Schema-Annahmen führt: Diese werden dann herausgearbeitet und stellen den Ausgangspunkt für die nächste EPR-Sequenz dar.

Diese *Prüfungsphase* ist sehr wichtig, denn

- sie stellt sicher, dass der Klient auch wirklich Gegenargumente/Gegenstrategien findet, die er wirklich in sein System integrieren kann und die so Schritt für Schritt tragfähige Gegenschemata aufbauen;
- sie stellt durch die Klärung der Aspekte, die nicht überzeugend sind, sicher, dass alle relevanten Schema-Annahmen, alle relevanten Problemaspekte auch wirklich identifiziert und bearbeitet werden.

### **4.3 Therapeutische Strategien**

Im Wesentlichen können verschiedene therapeutische Strategien mit dem EPR verfolgt werden.

#### **4.3.1 Kognitive Strategien**

Kognitive Strategien dienen der Bearbeitung dysfunktionaler Realitätsannahmen und relevanter kognitiver Schemata.

Hier kann man viele kognitive Therapiestrategien im EPR verwenden, wie z.B.:

- *Prüfen an Erfahrungen und Wissensbeständen*: Der Klient soll eine Annahme (z.B. „ich bin ein Versager“) an realen biographischen Ereignissen prüfen (und so widerlegen), die das Gegenteil zeigen: Situationen, in denen er Erfolge hatte, stolz war, positive Rückmeldungen erhalten hat usw. Und der Klient soll diese Ereignisse *auswerten*, also generalisierende Schlüsse daraus ziehen.
- *Bearbeiten von Schlussfolgerungsfehlern*: Der Klient-Therapeut kann dem Klienten hier aufzeigen, dass er systematische Fehler in Schlussfolgerungen macht, dass er auf diese Weise dysfunktionale Annahmen systematisch und fälschlicherweise bestätigt und selbsterfüllende Prophezeiungen generiert. Hier kann man alle von Beck (1976) und Ellis (1977) beschriebenen Schlussfolgerungsfehler aufzeigen:

- Willkürliches Schlussfolgern
- Übergeneralisierung
- Dichotomes Denken
- Katastrophisierungen etc.
- *Entwickeln von Alternativ-Annahmen*: Wenn man einen Klienten in der Therapie anleitet, eine Schema-Annahme zu widerlegen, dann ist es wesentlich, dafür auch eine realistische, funktionale Alternativ-Annahme zu schaffen: Hier kann man mit dem Klienten disputieren, welche Annahme denn zutrifft. Am Beispiel: Was ist der Klient denn, wenn er kein Versager ist? Was kann er und was kann er weniger? Was sagt es über ihn, wenn er bestimmte Dinge gut kann und kann er es akzeptieren, bestimmte Dinge weniger gut zu können?

### **4.3.2 Affektive Techniken**

Man muss davon ausgehen, dass es neben kognitiven Schemata auch noch affektive Schemata gibt, die dem Klienten über affektive Verarbeitungsprozesse Probleme machen, die sich jedoch mit kognitiven Techniken nicht modifizieren lassen (Sachse & Langens, 2014; Teasdale & Barnard, 1993).

Zur Modifikation dieser affektiven Schemata müssen affektive Therapietechniken verwendet werden; diese kann man auch im EPR gut einsetzen (vgl. Sachse & Langens, 2014; Sachse et al., 2012).

### **4.3.3 Motivationale Techniken**

Unseres Erachtens (Sachse, Langens & Sachse, 2012) ist es oft nötig, dass Therapeuten ihre Klienten im Therapieprozess immer wieder zu einer Mitarbeit und zu einer Veränderung *motivieren*: Dabei ist es vor allem wesentlich, Klienten „über den Rubikon zu bringen“, also von einem „ich könnte mich verändern“ zu einem „ich will mich unbedingt verändern“ zu bringen. Für die Entwicklung solcher *Änderungsentschlüsse* eignet sich das EPR vortrefflich: Der Supervisor kann sehr gut dafür sorgen, dass der Klient-Therapeut einen Entschluss fasst, nun aktiv und massiv gegen dysfunktionale Schemata vorzugehen: Der Supervisor „hetzt den Klient-Therapeuten gegen das Schema auf“ und der Klient-Therapeut hetzt dann den Klienten gegen die Schemata auf.

Dazu kann sich der Supervisor z.B. hinter den Klienten stellen und ihn instruieren: „Sie kennen den Klienten ja gut. Der Klient hat sich nun 20 Jahre von seinem Schema tyrannisieren lassen. Davon haben Sie als Therapeut nun die Schnauze gestrichen voll! Sie wollen, dass der Klient damit aufhört! Und zwar sofort! Der Klient soll sich wehren, er soll dem Schema die Fresse polieren! Es reicht!“

Wir verwenden tatsächlich diese Art von unmittelbarer und hochgradig emotionsgeladener Sprache: Der Klient soll *nicht distanziert* sein, er soll emotional sein; Wut gegen das Schema ist ein extrem guter Motivator, um auch wirklich gegen das Schema anzugehen.

Der Klient-Therapeut soll dem Klienten das nun sagen; meist wirkt er dabei aber zuerst schlapp und zögerlich. Also sagt der Supervisor: „Wie soll der Klient entschlossen gegen das Schema vorgehen, wenn nicht mal Sie entschlossen sind!? Sie müssen selbst spüren, dass *Sie* wollen, dass der Klient damit aufhört! Sie müssen die Wut auf das Schema selbst spüren! Also setzen Sie sich bitte anders hin: Nach vorne gehen, im Körper Stärke spüren! Laut sprechen! Schreien Sie Ihren Klienten an, er soll endlich aufhören. (Supervisor schreit) *Es reicht!* So muss das klingen! Und das will ich jetzt hören!“

Dies muss der Supervisor eine Zeit lang machen, bis der Klient tatsächlich laut wird und authentisch ärgerlich wird und den Klienten auch wirklich aufhetzt.

(Man beachte, dass der Klient-Therapeut ja der Klient ist, d.h. wenn man den Klient-Therapeuten aufhetzt, hat man auch schon den Klienten ein Stück weit aufgehetzt! Beachte auch, dass hier das *Schema* bekämpft werden soll, nicht der Klient: Man hetzt den Klienten zwar auf, geht aber auch weiterhin respektvoll mit dem Klienten um!)

Unsere Erfahrungen zeigen, dass Motivierungstechniken sehr effektiv sind: Wir verwenden sie deshalb immer auch zusammen mit kognitiven Techniken. D.h. wir machen niemals reine kognitive Disputationen oder rationale Diskurse: Sobald es dem Klient-Therapeuten gelungen ist, Argumente zu entwickeln, die den Klienten kognitiv überzeugen, setzen wir motivationale Techniken zusammen mit relevanten Argumenten ein, um so den Klienten nicht nur kognitiv, sondern immer auch emotional-affektiv zu erreichen. Wenn man annimmt, dass Schemata meist hoch automatisierte Strukturen sind, dann reicht es meist nicht, dem Klienten stimmige Gegenargumente zu vermitteln: *Der Klient muss mit diesen Argumenten eine ganze Zeit lang aktiv gegen diese Schemata angehen und ankämpfen!* Und das muss er mit großer Power machen und dazu braucht er eine hohe Motivation. Und die sollte die Therapie ihm liefern!

#### **4.4 Vorteile des Ein-Personen-Rollenspiels**

Wie ausgeführt ist das EPR eine Rahmentchnik, innerhalb derer ein Therapeut verschiedene therapeutische Strategien realisieren kann. Das bedeutet: Alle diese Strategien lassen sich auch ohne EPR realisieren. Es gibt jedoch einige Gründe, sie *innerhalb des EPR* durchzuführen, denn das EPR weist eine ganze Reihe erheblicher therapeutischer *Vorteile* auf:

1. Durch das EPR werden Klienten stark aktiviert, was vor allem bei depressiven Klienten ein deutlicher Vorteil ist.
2. Durch das EPR wird Klienten stark verdeutlicht, dass *sie* aktiv sein müssen, dass sie Verantwortung für den Prozess übernehmen müssen, dass sie Ideen entwickeln müssen etc.
3. Die Klienten lernen, ihr eigener Therapeut zu sein, sie entwickeln und üben therapeutische Strategien, die sie auch nach Ende der Therapie noch gut einsetzen können.
4. In der Rolle des Klient-Therapeuten kann ein Klient seine Ressourcen aktivieren, seine Fähigkeiten entdecken und so seine Selbst-Effizienz-Erwartung steigern.
5. Der Klient kann prüfen, ob ihn Argumente wirklich überzeugen und kann so *stimmige* Gegenannahmen und Gegenstrategien entwickeln, die sich wirklich in sein System integrieren lassen und damit nachhaltig wirken können.
6. Wenn der Klient auf der Position des Klient-Therapeuten mit sich disputiert, löst er praktisch keine Reaktanz aus (was aber passieren kann, wenn ein Therapeut direkt mit dem Klienten disputiert).
7. Aktiviert der Supervisor den Klient-Therapeuten und motiviert ihn, dann motiviert er damit praktisch schon den Klienten.
8. Der Supervisor entwickelt eine spezielle Art von Beziehung zum Klient-Therapeuten: Er kann mit diesem über den Klienten sprechen, damit auch Aussagen über den Klienten machen, die kritisch sind („Ich habe den Eindruck, dass Ihr Klient mauert.“), ohne dass sie in dieser Position konfrontativ wirken.
9. Im EPR lassen sich verschiedene therapeutische Vorgehensweisen problemlos kombinieren, wie z.B. kognitive und motivationale Techniken.
10. Das EPR lässt sich problemlos modifizieren und erweitern (z.B. zur sogenannten „Pro- und-Contra-Diskussion“, bei der der Klient einen motivationalen Konflikt mit sich selbst klärt und aushandelt; vgl. Sachse, Langens & Sachse, 2012), sodass dem Klienten, ohne dass er große Neuerungen lernen muss, ein flexibles Angebot gemacht werden kann.

#### **4.5 Anwendungsbereiche**

Ein EPR ist indiziert, wenn es

- dysfunktionale Annahmen, insbesondere dysfunktionale Schemata gibt, die zu relevanten Problemen von Klienten beitragen;
- dysfunktionale kognitive oder affektive Schemata gibt, die relevant sind;
- Motivationsprobleme gibt, insbesondere Probleme einer Umsetzung von Motivation in Volition.

Therapeutisch folgen wir beim Einsatz des EPR der Regel: *Cognition first!* D.h. es sollten zunächst durch kognitive Techniken kognitive Schemata bearbeitet werden, bevor der Therapeut motivationale und affektive Strategien verwendet: Denn kognitive Schemata sind für Klienten deutlich einfacher zu klären und zu bearbeiten und bevor man den Klienten zur Bekämpfung von Schemata motiviert, sollte der Klient ein „Handwerkszeug zur Bekämpfung“ erarbeitet haben.

„Cognition first“ heißt aber nicht „cognition only“! Wie ausgeführt sollte ein Therapeut so schnell wie möglich auch motivationale (und damit: emotionalisierende) Techniken einsetzen, jedoch sollte man Klienten im Therapieprozess erst einmal Erfolge vermitteln und sie mit argumentativem Rüstzeug ausstatten, bevor man sie mit den schwierigen Problemen konfrontiert.

Diese Probleme spielen bei einer Reihe von Störungen eine zentrale Rolle, z.B. bei Ängsten, Süchten und bei Persönlichkeitsstörungen.

Bei Ängsten kann EPR immer dann eingesetzt werden, wenn den Ängsten dysfunktionale Schemata zugrunde liegen: Dies ist z.B. bei sozialen Phobien sehr häufig der Fall.

Bei Persönlichkeitsstörungen kann EPR zur Bearbeitung aller vier Schema-Arten verwendet werden:

- Zur Bearbeitung von Selbst-Schemata, also von Annahmen wie „ich bin nicht ok“, „ich bin nicht wichtig“, „ich bin eine Belastung für andere“ etc.
- Zur Bearbeitung von Beziehungsschemata, also Annahmen wie „Beziehungen sind nicht verlässlich“, „andere schränken mich ein“, „in Beziehungen erhält man keine Aufmerksamkeit“ etc.
- Zur Bearbeitung normativer Schemata, also Annahmen wie „ich muss der Beste sein“, „ich muss Fehler vermeiden“, „ich kann mich nur auf mich selbst verlassen“, „ich muss Konflikte vermeiden“ etc.



- Zur Bearbeitung von Regel-Schemata, also Annahmen wie „alle haben mich respektvoll zu behandeln“, „man hat mich nicht zu behindern“, „wenn ich spreche, haben mir alle zuzuhören“ etc.

Ein wichtiges Einsatzgebiet sind depressive Störungen: Hier können im EPR sehr gut und sehr effektiv dysfunktionale Kognitionen bearbeitet werden, insbesondere:

- Annahmen über mangelnde Selbsteffizienz („Ich kann xy nicht.“ Oder: „Wenn ich x tue, hat das keinen Effekt.“): Hier kann der Klient eigene Ressourcen aktivieren und Fähigkeiten (wieder) erkennen.
- Negative Selbst-Annahmen: Bearbeitet werden hier Kognitionen über negative Eigenschaften, negative Attraktivität etc.
- Negative Realitätsannahmen, z.B.: „Die Aufgabe x ist unlösbar.“, „Alle behindern mich.“, „Alles ist schwierig.“

Gut bearbeitbar sind auch alle Arten von Verarbeitungsfehlern, wie:

- Dichotomes Denken: Schwarz-weiß-Konstruktionen des Klienten
- Übergeneralisierungen, willkürliches Schlussfolgern etc.
- Katastrophisierungen, selbst-erfüllende Prophezeiungen u.a.

Für depressive Klienten ist das EPR besonders geeignet, weil

- es den Klienten stark aktiviert,
- es dem Klienten deutlich macht, dass er aktiv sein *muss*,
- und ihm deutlich macht, dass er aktiv sein *kann*,
- es seine Ressourcen, Kompetenzen und Kreativitäten aktiviert,
- er seine Selbsteffizienz-Einschätzung steigert,
- es ihm vermittelt, wie er gegen dysfunktionale Kognitionen effektiv vorgehen kann.

Außerdem leitet der Therapeut den Klienten an, *selbst* gegen seine Annahmen anzugehen, wodurch keinerlei Reaktanz beim Klienten entsteht, sondern ein hohes Maß an Compliance.

Unserer Erfahrung nach können depressive Klienten, sobald sie in der Lage sind, gegen ihre Kognitionen anzugehen, sehr stark von einem EPR profitieren, insbesondere, wenn ein Therapeut die Ergebnisse auch schnell in konkrete, überschaubare „Hausaufgaben“ umsetzt.

#### **4.6 Voraussetzungen für ein EPR**

Um im Therapieprozess ein EPR einsetzen zu können, sind einige Voraussetzungen erforderlich.

1. Da man das EPR mit kognitiven Schema-Elementen beginnen sollte, ist die Herausarbeitung einer Schema-Annahme eine *notwendige Voraussetzung*: Diese Annahme sollte dabei auch wirklich eine Schema-Annahme sein (also z.B. „ich bin nicht wichtig“ und nicht etwa eine Symptombeschreibung wie „ich habe Angst“).
2. Hilfreich für das EPR ist es auch, wenn der Therapeut die relevanten Schemata des Klienten schon weitgehend kennt, also sie schon hinreichend geklärt hat: Dann kann er die Zentralität und Relevanz einer einzelnen Annahme auch bearbeiten.
3. Notwendig ist das Vorhandensein einer vertrauensvollen Therapeut-Klient-Beziehung: Der Klient muss dem Therapeuten personal und kompetenzmäßig vertrauen, um sich überhaupt auf die neue und ungewohnte Technik einzulassen.
4. Der Klient muss hinreichend änderungsmotiviert sein: Der Klient muss erkannt haben, dass er nicht nur Kosten hat, sondern dass er Kosten *erzeugt* und muss erkannt haben, dass es notwendig ist, sich und sein System zu ändern (die Motivation kann durch das EPR *gesteigert* werden, aber eine Ausgangsmotivation sollte schon *vor* dem EPR existieren).

#### **4.7 Anwendungen des EPR im Therapieprozess**

Alle diese Voraussetzungen sind Bedingungen dafür, dass ein Therapeut *problemrelevante Schemata des Klienten in der Therapie grundlegend und tiefgreifend bearbeiten kann*: Für ein solches Vorgehen ist es erforderlich, dass diese Voraussetzungen gegeben sind. Meist ist dies kaum vor der 20. Therapiestunde der Fall, nur in Ausnahmefällen sind Schemata auch schon früher ausreichend geklärt.

Man kann das EPR im Therapieprozess aber auch schon früher einsetzen: Schon in der 3. oder 4. Stunde oder weit vor der 20. Stunde: Dann kann man EPR jedoch *nicht* einsetzen, um eine grundlegende Schema-Bearbeitung mit dem Klienten durchzuführen, *sondern man setzt dann EPR zu anderen Zwecken ein*. In diesem Fall muss nur eine ausreichende Therapeut-Klient-Beziehung gegeben sein.

Derartige Einsatzmöglichkeiten des EPR sind dann zum Beispiel:

- Der Therapeut setzt das EPR ein, um mit dem Klient-Therapeuten die Kosten herauszuarbeiten, die der Klient durch sein Handeln, seine Annahmen usw. erzeugt: Man setzt dann EPR ein, um den Klienten Kosten salient zu machen (vgl. Sachse, Langens & Sachse, 2012). Der Therapeut macht dies dann nicht direkt mit dem Klienten, sondern

diskutiert die (kurzfristigen und langfristigen) Kosten mit dem *Klient-Therapeuten*, was die Herausarbeitung in aller Regel *erleichtert*.

- Der Therapeut setzt EPR ein, um dem Klienten zu zeigen, dass er aktiv sein soll und aktiv sein kann: Dass er Annahmen hinterfragen kann, dass er sich gegen Annahmen wehren kann; aber auch, dass *nur er* etwas tun kann, dass letztlich *er* die Initiative ergreifen muss: Hier geht es um den Aufbau einer Selbst-Effizienz-Erwartung, um Aktivierung, um Übernahme von Verantwortung etc. Ein solches Vorgehen ist gerade bei depressiven Klienten besonders wichtig und es ist auch *schon früh* im Therapieprozess wichtig.
- Der Therapeut verwendet EPR, um mit dem Klient-Therapeuten *eine systematische Ressourcen-Aktivierung zu betreiben*: Mit dem Klient-Therapeuten wird Schritt für Schritt herausgearbeitet, was der Klient kann, was er konnte und was er erneut aktivieren kann; wie und wo er sich welche Hilfe holen kann; was er wann wie tun kann etc. Auch solche Vorgehensweisen sind bei depressiven Klienten besonders wichtig.
- Der Therapeut kann das EPR systematisch nutzen, um *Kontroll-Kognitionen* zu entwickeln: Supervisor und Klient-Therapeut können Kognitionen entwickeln, mit denen der Klient gegen dysfunktionale Kognitionen angehen kann, mit denen er solche Kognitionen „bekämpfen“ und kontrollieren kann: Damit kann man dem Klienten auch „Re-Appraisal“-Strategien vermitteln und so eine Emotionskontrolle aufbauen (Sachse & Langens, 2014).

Solche Vorgehensweisen ersetzen meist eine spätere systematische Bearbeitung von Schemata nicht, sie geben dem Klienten aber Kontrollstrategien an die Hand, die er schnell einsetzen kann und die er einsetzen kann, bis die Therapie so weit ist, dass man Schemata systematisch bearbeiten kann!

- Man kann EPR auch nutzen, um Klienten auf Fragestellungen aufmerksam zu machen: Wenn Klienten bestimmte Schemata nicht erkennen (wollen), kann der Therapeut den Klienten in die Therapeuten-Position setzen und ihn fragen, ob der Klient-Therapeut versteht, warum der Klient etwas tut; oder ob er versteht, warum der Klient etwas tut, obwohl er damit hohe Kosten erzeugt. Dadurch kann dem Klienten deutlich werden, dass sein Problem „tiefer“ geht, als er angenommen hat und dass es erforderlich ist, es auch „tiefer“ zu analysieren und zu verstehen.

#### **4.8 Resümee**

Aus den Darstellungen wird deutlich, dass das EPR eine sehr flexible, sehr breit anwendbare Rahmen-Technik darstellt, die sehr viele Vorteile bietet und sich sehr gut in das übrige Therapieschehen integrieren lässt.

## **Literatur**

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Breil, J. & Sachse, R. (2009). Ein-Personen-Rollenspiel (EPR). In: S. Fliegel & A. Kämmerer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Schätze II*, 49-53. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Ellis, A. (1977). *Die rational-emotive Therapie*. München: Pfeiffer.
- Sachse, R. (1983). Das Ein-Personen-Rollenspiel: Ein integratives Therapieverfahren. *Partnerberatung*, 4, 187-200.
- 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., Fasbender, J., Breil, J. & Sachse, R. (2011). Bearbeitung von Schemata im Ein-Personen-Rollenspiel. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 184-204. Lengerich: Pabst.
- Sachse, R. & Langens, T. (2014). *Emotionen und Affekte in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe (in Vorbereitung).
- Sachse, R., Langens, T. & Sachse, M. (2012). *Klienten motivieren*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sachse, R., Püschel, O., Fasbender, J. & Breil, J. (2008). *Klärungsorientierte Schema-Bearbeitung – Dysfunktionale Schemata effektiv verändern*. Göttingen: Hogrefe.
- Teasdale, J.D. & Barnard, P.J. (1993). *Affect cognition and change: re-modelling depressive thought*. Hove: Erlbaum.