

IMAGINATION IN DER SCHEMATHERAPIE

CHRISTINE ZENS¹ & LAURA SEEBAUER²

¹ Institut für Schematherapie Hamburg

² Praxis für Psychotherapie, Freiburg i. Br.

ZUSAMMENFASSUNG: Imaginationsverfahren nehmen innerhalb der Schematherapie einen zentralen Stellenwert ein und kommen in verschiedenen Phasen der Behandlung zum Einsatz. Die Schematherapie wurde speziell für die Behandlung komplexer Störungsbilder entwickelt, bei denen frühe belastende Lebensereignisse eine besondere Rolle spielen. Insbesondere mit Hilfe des Imagery Rescriptings können die damit verbundenen Erinnerungen hinsichtlich ihrer impliziten Bedeutung verändert und eine Neubewertung ermöglicht werden. Zusätzliche Anwendungsbereiche von Imaginationsverfahren ergeben sich z. B. in der Anfangsphase im Rahmen der diagnostischen Imagination sowie im Verlauf der weiteren Behandlung.

SCHLÜSSELWÖRTER: Imagination, Schematherapie, Imagery Rescripting

IMAGINATION IN SCHEMA THERAPY

ABSTRACT: Imagery techniques have a key position within Schema Therapy throughout all phases of the treatment. Schema Therapy was designed for the treatment of complex psychic disorders in which early distressing experiences play a crucial role. In Schema Therapy Imagery Rescripting is used to change distressing memories regarding their implicit meaning. Subsequently a re-evaluation of the event and associated beliefs is possible. Moreover imagery techniques have their place in the beginning of a Schema Therapy e.g. in the initial phase in the context of the diagnostic imagination as well as in the course of further treatment.

KEYWORDS: imagination, schema therapy, imagery rescripting

1 EINLEITUNG

Die Schematherapie (ST) nach Jeffrey Young (Young, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2008) wurde spezifisch für die Behandlung tiefgreifender Störungsbilder

entwickelt, bei denen sich das klassische Vorgehen der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) oft als nicht ausreichend wirksam erwies. Als aktuelle Weiterentwicklung der KVT zeichnet sich die ST durch die Integration zusätzlicher theoretischer und therapeutischer Elemente

aus. Anders als in der klassischen KVT legt die ST großen Wert auf die Herstellung von biografischen Bezügen zu den aktuellen Problemen der Patienten. Auf der Interventionsebene kommen neben den klassischen Methoden der KVT vor allem erfahrungsorientierte Techniken (z. B. Imagination und Stühlearbeit) zum Einsatz. Betont wird zudem die systematische Arbeit mit der therapeutischen Beziehung als Problem- und Lösungsfeld in der Therapie. Die ST ermöglicht so in einer zielgerichteten und transparenten Art und Weise ein biografisch orientiertes dynamisches Fallverständnis und die flexible Ableitung und Anwendung einer Vielzahl von therapeutischen Interventionen (Zens & Jacob, 2016).

Imagination ist als intensiv wirksame erfahrungsorientierte Interventionsstrategie ein zentraler Bestandteil schematherapeutischer Behandlung. Dabei werden Imaginationsverfahren sowohl zur Veränderung belastender mentaler Bilder, z. B. negativer Erinnerungen, aber auch zur Förderung von positiven mentalen Bildern, z. B. beim Aufbau funktionalen Verhaltens, eingesetzt. Das Erleben mentaler Bilder beschreibt dabei die subjektive Erfahrung, visuelle Bilder, Geräusche, Gerüche, sensorische Empfindungen oder Geschmäcker in der Vorstellung (sozusagen „vor dem inneren Auge“) zu erleben, ohne dass diese zu diesem Zeitpunkt wirklich präsent sind (Seebauer, Faßbinder & Jacob, 2017; Hackmann, Bennett-Levy & Holmes, 2012).

2

GRUNDKONZEPTE UND THERAPEUTISCHES VORGEHEN IN DER SCHEMATHERAPIE

Als Grundkonzepte der Schematherapie werden die Schemata, Modi und dysfunktionale Bewältigungsstrategien einer

Person beschrieben. Dabei ist das Konzept der universellen Grundbedürfnisse im gesamten Konzeptualisierungs- und Behandlungsprozess von zentraler Bedeutung (Rafaëli, Bernstein & Young, 2013).

2.1

GRUNDBEDÜRFNISSE, MALADAPTIVE SCHEMATA UND SCHEMABEWÄLTIGUNG

Ein maladaptives Schema nach Young ist definiert als „umfassendes Thema oder Muster, das aus Emotionen, Erinnerungen, Kognitionen und Körperempfindungen besteht, welches im Verlauf der Kindheit und Adoleszenz entstanden ist und im Verlauf des Lebens weiter ausgeprägt wurde“ (Young et al., 2008, S. 36). Vorwiegend anhand klinischer Beobachtung beschreibt Young 18 maladaptive Schemata, darunter z. B. „Unzulänglichkeit/Scham“, „Verlassenheit/Instabilität“, „Emotionale Vernachlässigung“, „Aufopferung“ und „Grandiosität“. Diese entstehen bei anhaltender Frustration kindlicher bzw. jugendlicher Grundbedürfnisse, aber auch Modelllernen und das Erleben von Traumatisierung oder Überprotektion/Verwöhnung können die Ausbildung maladaptiver Schemata begünstigen. Modulierend wirken sich dabei das überwiegend angeborene Temperament sowie bestimmte Umgebungsfaktoren wie z. B. der kulturelle Hintergrund aus.

In der Schematherapie werden folgende Grundbedürfnisse beschrieben (Rafaëli, Bernstein & Young, 2013):

1. Sichere Bindung (Erleben von Sicherheit, Stabilität, Zuwendung, Akzeptanz, Schutz),
2. Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl (Erleben von Unabhängigkeit, Entdecken eigener Stärken und Fertigkeiten),
3. Realistische Grenzen und Kontrolle (Erleben angemessener Regeln und

- Begrenzung, Aufbau von Frustrations-toleranz),
4. Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen (Erleben der Möglichkeit, die eigenen Bedürfnisse und Emotionen wahrzunehmen und auszudrücken),
 5. Spontanität und Spiel (Erleben von Ausgelassenheit und Spaß).

Werden Schemata aktiviert, so sind damit oft sehr unangenehme Emotionen verbunden, z. B. Angst, Trauer, Schuld, Scham oder auch Ärger. Die Reaktion darauf ist zunächst einmal flexibel, kann also auch funktional sein. Häufig kommt es jedoch zu dysfunktionalen Bewältigungsreaktionen wie Unterwerfung, Vermeidung oder Überkompensation, um den unangenehmen Zustand bei Schemaauslösung besser ertragen bzw. abwehren zu können.

2.2

DAS MODUSKONZEPT

Gerade Personen mit komplexen Störungsbildern haben oft viele stark ausgeprägte Schemata und reagieren entsprechend häufig mit dysfunktionalen Bewältigungsstrategien, was die Behandlungsplanung und praktische therapeutische Arbeit erschwert. Young (Young et al., 2008) entwickelte daher den Modusansatz der ST. Bei der Ausformulierung wurde er durch die Arbeitsgruppe von Arnaud Arntz maßgeblich unterstützt (z. B. Arntz & van Genderen, 2010). Der Modusansatz ist in den letzten Jahren zunehmend in den Vordergrund der praktischen schematherapeutischen Behandlung und Forschung gerückt (Jacob & Arntz, 2015). Mit Hilfe des Modusansatzes können Schemata und Reaktionsmuster anhand des vorliegenden Affekts und der Funktionalität zusammenfassend als Modus, d. h. als ein aktuell vorherrschender Gesamtzustand einer Person

beschrieben werden. Beteiligte Schemata und Verhaltensweisen können dadurch im Rahmen einer Intervention gleichzeitig bearbeitet werden, ohne sie jeweils explizit zu machen.

Dabei werden vier Moduskategorien unterschieden:

- 1) *Maladaptive Kindmodi* sind besonders durch das intensive Erleben negativer Emotionen gekennzeichnet, z. B. Trauer, Angst, Hilflosigkeit, Einsamkeit, Verzweiflung, Bedrohung, Abhängigkeit (vulnerabler Kindmodus), aber auch Ärger, Wut (ärgerlicher Kindmodus) oder Impulsivität und Undisziplinertheit (undisziplinierter Kindmodus). Patienten in diesen Modi beschreiben sich oft als emotional überwältigt und wenig handlungsfähig.
- 2) *Dysfunktionale strafende oder emotional- bzw. leistungsfordernde (Eltern-) Modi* sind ebenfalls mit starken negativen Gefühlen und Kognitionen verbunden, beziehen sich aber vor allem auf Selbstabwertung, Selbstbestrafung, innere Schuldzuschreibung und Druck. Neben elterlichen Rückmeldungen und Verhaltensweisen fließen auch andere biografisch relevante Umgebungsfaktoren ein, z. B. Peers, Lehrer oder Geschwister.
- 3) *Dysfunktionale Bewältigungsmodi* entstehen, wenn sich eine Person schützen und emotionale Belastung bewältigen muss. In einem Unterwerfungsmodus stellt sich eine Person primär auf die Bedürfnisse anderer ein, unterdrückt eigene und vermeidet so „Schlimmeres“ wie Strafe oder Verlust. In einem Vermeidungsmodus unterbindet oder überdeckt eine Person unangenehme Gefühle durch z. B. Ablenkung, Dissoziation oder den Gebrauch beruhigender oder stimulierender Substanzen. In einem Überkompensationsmodus schützt

sich eine Person, indem sie sich aggressiv, kontrollierend oder dominierend erlebt und verhält.

- 4) *Funktionale Modi* sind gekennzeichnet durch gesundes, ressourcenhaltiges Verhalten und Erleben. Im gesunden Erwachsenenmodus kann eine Person in angemessener Form ihre Ziele und Bedürfnisse verfolgen. Im Modus des glücklichen Kindes kann eine Person sich entfalten und Ressourcen neu aufbauen.

2.3

THERAPEUTISCHES VORGEHEN

INDIKATION

Eine Schematherapie ist immer dann indiziert, wenn bei der Störungsentstehung die lebensgeschichtliche Komponente wesentlich erscheint, also z. B. bei Patienten mit interaktionell herausforderndem Verhalten oder auch Persönlichkeitsstörungen bzw. -akzentuierungen. Kontraindikationen für Schematherapie stellen akute psychotische Symptome, eine starke Suchtproblematik oder bestimmte hirnanorganische Veränderungen dar.

ZIELE

In der Schematherapie gilt es herauszuarbeiten, welche Grundbedürfnisse in Kindheit bzw. Jugend frustriert wurden, welche Schemata bzw. Modi daraus entstanden sind und wie sich dies in der Gegenwart auswirkt. Patienten sollen lernen, ihre Bedürfnisse in Abstimmung mit der Umwelt in angemessener Weise zu erfüllen sowie Schema- und Modusaktivierungen wahrzunehmen und zu unterbrechen. In der Folge ist eine Reduktion von Symptomen, problematischen Interaktionsmustern und dysfunktionalen Verhaltensweisen zu erwarten.

FALLBEISPIEL

Susanne K., 41 Jahre, kommt mit einer rezidivierenden Depression vor dem Hintergrund einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung mit dependenten Anteilen in Behandlung. Sie beschreibt massive Selbstzweifel, hält sich für dumm und unfähig und stellt sich permanent in Frage. Sie beschreibt große Angst vor jeglicher Bewertung, weshalb sie sich immer wieder krankschreiben lässt. Nur wenn ihr Umfeld harmonisch ist, fühlt sie sich sicher. Sobald es zu Konflikten oder Kritik kommt, fühlt sie sich klein, ängstlich, unzulänglich, schuldig und überfordert und bricht dann schnell in Tränen aus. Generell sei sie oft traurig. Sie lebt seit einigen Jahren mit ihrem Partner zusammen, hat aber große Angst, ihn zu verlieren. Daher neigt sie dazu, sich zurückzunehmen und eigene Bedürfnisse nicht zu äußern. Wenn sie ärgerlich ist, wird dies sofort unterdrückt, um mögliche Schwierigkeiten zu vermeiden. Zunächst hat Susanne K. große Schwierigkeiten, über ihre Kindheit zu berichten, hat nur wenig Zugang bzw. beschreibt diese als „gut“. Es zeigt sich im weiteren Verlauf, dass sie als Kind bzw. Jugendliche oft vom Vater beschimpft und abgewertet wurde, da sie „so dumm und ungeschickt“ gewesen sei. Oft habe sie deshalb geweint. Die ältere Schwester und die Mutter hätten sich über sie lustig gemacht bzw. sie als schwach bezeichnet. Gleichzeitig wurde von ihr erwartet zu „funktionieren“, da die Mutter oft unter starken Schmerzen gelitten habe. In der Schule sei sie sehr unsicher und tendenziell eine Außenseiterin gewesen. Ein bis zwei Freundinnen habe sie jedoch immer gehabt und mit diesen habe es auch schöne Momente gegeben, z. B. bei gemeinsamen Teezeremonien. Trotz aller Schwierigkeiten habe sie die Schule mit der mittleren Reife abgeschlossen und eine Ausbildung zur Bürokauffrau absol-

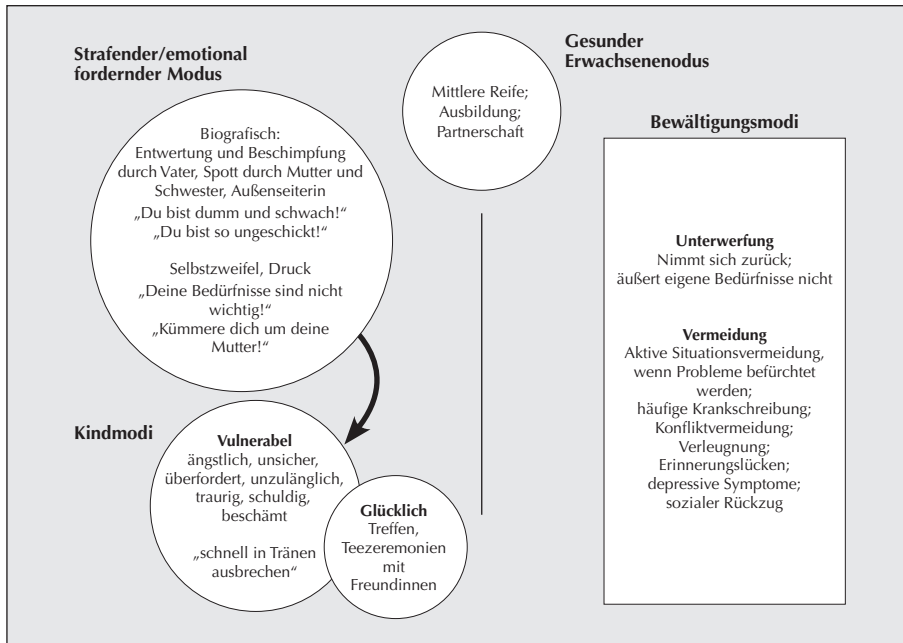


Abbildung 1: Modusmodell von Susanne K.

viert. Durch die Therapie möchte sie die depressiven Symptome und Ängste besser in den Griff bekommen.

FALLKONZEPtualisierung

Nach der Diagnostik werden alle relevanten Symptome, Emotionen, Interaktionsmuster und problematisches Bewältigungsverhalten mit Hilfe des Modusmodells veranschaulicht (vgl. Abbildung 1).

BEHANDLUNG

Die Therapie erfolgt prinzipiell modusgeleitet und umfasst folgende Schritte (Jacob & Arntz, 2015):

1. Dysfunktionale Bewältigungsmodi werden benannt, hinsichtlich ihres adaptiven Wertes anerkannt und in Bezug auf aktuelle negative Konsequenzen in Frage gestellt.

2. Vulnerable Kindmodi werden validiert, gefördert und prozessiert, um funktionale Verhaltens- und Erlebensweisen zu erlernen und auszuweiten.
3. Ärgerliche, impulsive oder undisziplinierte Kindmodi werden bzgl. der zugrunde liegenden Grundbedürfnisse anerkannt und validiert sowie im angemessenen Ausdruck und Umgang damit angeleitet, ggf. auch begrenzt.
4. Strafernde und fordernde Modi werden hinterfragt, begrenzt und ggf. bekämpft.
5. Funktionale Modi werden gestärkt und gefördert.

Die Schematherapie setzt ihren Schwerpunkt auf erfahrungsorientierte Techniken (z. B. Imaginationen, Stuhldialoge) sowie die Arbeit mit der therapeutischen Beziehung. Beim sogenannten „Limited Reparenting“ werden die in der Kindheit frustrierten Grundbedürfnisse in den Grenzen des therapeutischen Settings

erfüllt, wozu neben Validierung, Anleitung und Fürsorge auch das empathische Konfrontieren und ggf. Grenzsetzung gehören. Kognitive (z. B. Pro-Contra-Listen, Psychoedukation) und behaviorale (z. B. Rollenspiele, Training sozialer Kompetenzen) Techniken runden die therapeutische Vorgehensweise ab.

3 IMAGINATION IN DER SCHEMATHERAPIE

Imaginationsverfahren nehmen eine zentrale Rolle in der Schematherapie ein und kommen in verschiedenen Phasen des Therapieprozesses zum Einsatz. Dabei ist die Anwendung sehr flexibel und kann in unterschiedlichen Settings verwendet werden, d.h. sowohl in der Einzelarbeit als auch im Paar- oder Gruppensetting.

3.1 IMAGINATION IN VERSCHIEDENEN PHASEN DER SCHEMATHERAPIE

Je nach Phase und aktuell relevantem Modus können mit Hilfe von Imaginationsverfahren unterschiedliche Themen und Ziele in der Schematherapie fokussiert werden, z. B.:

I. Phase der Diagnostik und Fallkonzeptualisierung:

1. Ein „innerer sicherer Ort“ kann als Anker für die Arbeit mit der Imagination belastender Erinnerungen etabliert werden.
2. Diagnostische Imaginationen helfen dabei, Schemata bzw. Modi und damit zusammenhängende lebensgeschichtliche Erfahrungen emotional zugänglich zu machen und weitere Informationen zu sammeln.

II. Veränderungsphase:

1. Arbeit mit Bewältigungsmodi: Festgefahrene Bewältigungsmodi wie z.B. intensive Vermeidung können mit Hilfe von Imagination erkundet und überwunden werden.
2. Arbeit mit vulnerablen Kindmodi: Dabei sind belastende Erinnerungen oder Traumata direkt zugänglich und können mit Imagery Rescripting (ImRs) gut bearbeitet werden.
3. Arbeit mit ärgerlichen Kindmodi: Kindliche ärgerliche Anteile sollen in der Imagination (wieder-) entdeckt, validiert und ventiliert werden.
4. Arbeit mit strafenden und fordernden Modi: Strafende Modi sollen in der imaginativen Überschreibung entmachtet werden, während das vulnerable Kind geschützt, validiert und versorgt wird. Fordernde Modi werden dahingehend verändert, Forderungen zu reduzieren, um so das vulnerable Kind von Druck und Schuldgefühlen zu entlasten.
5. Arbeit mit funktionalen Modi: Das glückliche innere Kind kann durch geleitete Vorstellungsreisen sowie die gezielte Förderung des Bedürfnisses nach Spaß und Spiel etabliert und gestärkt werden. Der gesunde Erwachsenenmodus wird sowohl in der imaginativen Arbeit mit vulnerablen und ärgerlichen Kindmodi bzw. strafenden und fordernden Modi modelliert und gefördert. Im weiteren Verlauf kann er auch durch das Erleben positiver Erfahrungen und den Aufbau von Fertigkeiten in der Vorstellung ausgebaut werden.

III. Konsolidierungs- und Ablösephase:

1. Vertiefte Arbeit mit dem gesunden Erwachsenenmodus: Das wiederholte Erleben eines gesunden, erwachsenen Ichs in der Imagination fördert die Etablierung neuer emotionaler und kognitiver Erkenntnisse und Verhaltensmuster. Neue Fertigkeiten werden in der Vorstellung systematisch aufgebaut. So können auch Entspannung und Wohlbefinden mit Hilfe von Vorstellungsbildungen angeleitet und verstärkt werden.
2. Zukunftsorientierte Vorstellungsübungen zur Etablierung von Sicherheit in Bezug auf die therapeutische Abschlussphase.

3.2

ANWENDUNG SPEZIFISCHER IMAGINATIONSÜBUNGEN IN DER SCHEMATHERAPIE

Bei der Durchführung von Imaginationen sollten allgemein folgende Hinweise beachtet werden:

1. *Zeit.* Für die Durchführung von Imaginationenübungen sollte ausreichend Zeit vorhanden sein, so dass nach Abschluss noch ca. 15 bis 20 Minuten für die Nachbesprechung vorhanden sind. Die Durchführung der Imagination dauert in der Regel ca. 15 bis 25 Minuten.
2. *Entspannung.* Der Patient sollte zu Beginn der Übung eine möglichst entspannte Körperhaltung einnehmen.
3. *Therapiebeziehung.* Ein guter Rahmen für die Übung wird in der Schematherapie durch ruhige Begleitung und Anleitung sowie die sicherheitsgebende therapeutische Beziehung geschaffen. Der Therapeut sollte daher in der Übung möglichst Ruhe, Gelassenheit und Sicherheit ausstrahlen.

4. *Balance.* Emotionale Aktivierung und Stabilität sollten in angemessener Weise ausbalanciert werden, um einerseits eine wirksame korrigierende Erfahrung zu initiieren und andererseits einer evtl. Überflutung durch unangenehme Gefühle entgegenzuwirken. Das emotionale Erleben kann durch das Schließen der Augen gefördert werden, alternativ kann ein Patient einen Punkt vor sich auf dem Boden fixieren. Zur Intensivierung der emotionalen Erfahrung ist es hilfreich, Situationen aus der Feldperspektive („aus den eigenen Augen heraus“) betrachten zu lassen. Der Patient sollte in der Imagination möglichst immer in der Gegenwartsform angesprochen, im Kindmodus auch geduzt werden („Wo sind Sie/bist du gerade?“). Dabei wird gezielt nach Emotionen und Bedürfnissen gefragt. Konjunktiv und Einnahme der Fremdperspektive werden modulierend zur Distanzierung eingesetzt. Insbesondere zu Beginn der Arbeit mit imaginativen Techniken sollten Ängste und Präferenzen der Patienten ernst genommen und berücksichtigt werden.

Es gibt prinzipiell viele verschiedene Möglichkeiten, Imagination in der Schematherapie hilfreich einzusetzen (vgl. auch Abschnitt 3.1), im Folgenden werden einige Interventionen genauer beschrieben.

3.2.1

DIAGNOSTISCHE IMAGINATION

Diese Form der geleiteten Imagination wird vor allem in der Einschätzungsphase eingesetzt, um Schemata und Modi nicht nur kognitiv zu erfassen, sondern auch emotional zugänglich zu machen. Dadurch steigt die Bereitschaft, sich auf weiterführende imaginative Arbeit wie das Rescripting einzulassen. Zudem werden

in der Folge oft weitere relevante lebensgeschichtliche Informationen zugänglich. Da dies oftmals der erste Kontakt mit Imagination ist, wird vorab häufig ein „innerer sicherer Ort“ etabliert, um Imagination zunächst belastungsfrei zu erkunden und einen Rückzugsort für die weitere Arbeit zur Verfügung zu haben. Gelingt dies nicht, so können auch andere Stabilisierungsverfahren genutzt werden.

In der Diagnostischen Imagination (vgl. Rafaeli et al., 2013) wird ein Patient gebeten, sich in der Vorstellung direkt in eine belastende Kindheitssituation (in der Regel mit einer wichtigen Bezugsperson) hineinzubegeben, die damit verbundenen Emotionen, Gedanken und Körperempfindungen zu beschreiben und seine Gefühle und Bedürfnisse in dieser Situation zu formulieren. Diese werden durch den Therapeuten validiert. Dann erfolgt der Wechsel in eine erwachsene Situation, in der diese Emotionen und Bedürfnisse eine Rolle spielen. Der Patient wird abschließend gebeten, auch diese Situation zu explorieren und zu beschreiben. Die diagnostische Imagination schafft in dieser Variante eine Brücke von der Vergangenheit in die Gegenwart. So können Ursprünge von Schemata und Modi besser verstanden und Bezüge zu gegenwärtigen Problemen hergestellt werden. Alternativ besteht die Möglichkeit, die Verbindung von der Gegenwart in die Vergangenheit mittels einer Affektbrücke herzustellen. Abschließend kann zur Beruhigung der „innere sichere Ort“ aufgesucht oder eine andere Stabilisierungstechnik eingesetzt werden.

DIAGNOSTISCHE IMAGINATION (FALLBEISPIEL SUSANNE K.)

Susanne K. (P.) hat große Probleme, sich an ihre Kindheit zu erinnern. Meist bleibt der Zugang oberflächlich, so beschreibt sie in der Therapie eine Situation, in der

sie vom Vater entwertet wurde, mit wenig emotionaler Beteiligung. Der Therapeut (T.) schlägt ihr daher eine diagnostische Imagination vor. Die P. wird gebeten, die Augen zu schließen und sich zunächst an ihren „inneren sicheren Ort“ zu begeben. Dann wird sie angeleitet, sich die frühere belastende Situation „vor dem inneren Auge“ in allen Einzelheiten vorzustellen. Susanne K. berichtet, zehn Jahre alt zu sein. Sie befindet sich zusammen mit dem Vater in der Küche. Ihr Vater ist wütend, schreit sie an, bezeichnet sie als dumm und faul. Sie fühlt sich klein, verunsichert und beschämt und fängt an zu weinen. Sie wünscht sich jemanden, der sie schützt. Der T. validiert das Gefühl und Bedürfnis des Kindes und bittet Frau K. dann, sich in eine aktuelle Situation treiben zu lassen, in der sie ähnliche Gefühle erlebt. Nach einiger Zeit beschreibt sie eine Situation am Arbeitsplatz, wo sie sich aufgrund einer Äußerung extrem angespannt, verunsichert und angegriffen gefühlt und sich mehr Schutz gewünscht habe. Sanft wird diese Vorstellung beendet und die P. zurück an ihren inneren sicheren Ort geleitet, wo sie sich wieder entspannt. In der nachfolgenden Besprechung ist Susanne K. emotional sehr berührt und kann den Zusammenhang mit ihren früheren Erlebnissen besser wahrnehmen. In den folgenden Gesprächen berichtet sie zunehmend detaillierter und emotionaler über ihre Biografie und die damit zusammenhängenden schmerzlichen Erfahrungen.

3.2.2

IMAGINATIVES ÜBERSCHREIBEN

Das ImRs (auch „Imaginatives Überschreiben“) ist das Kernstück der schematherapeutischen imaginativen Arbeit, weshalb es hier ausführlich dargestellt wird. Tabelle 1 beschreibt Vorgehen des ImRs (Arntz & Weertman, 1999), wie es

Tabelle 1: Vorgehen beim Imaginativen Überschreiben (nach Seebauer et al., 2017)

Schritte	Therapeutisches Vorgehen	Beispielhafte Instruktionen und Fragen
1	Entspannungsinstruktion	<i>Ich möchte Sie jetzt bitten, Ihre Augen zu schließen und einige Male tief ein- und auszuatmen und sich dabei vollständig zu entspannen.</i>
2	Exploration belastender Gefühle in Bezug auf aktuell problematische Situation	<i>Wie haben Sie sich in dieser Situation (in der letzten Woche) gefühlt? Waren noch andere Gefühle beteiligt? Können Sie diese Gefühle irgendwo in Ihrem Körper spüren?</i>
3	Affektbrücke zu vergangener Situation (alternativ wäre auch ein direkter Einstieg in die Kindheitssituation möglich)	<i>Bitte lassen Sie die aktuelle Situation vor Ihrem inneren Auge verschwinden und halten Sie nur das Gefühl fest, das Sie mir gerade beschrieben haben. Lassen Sie Ihre Gedanken in die Vergangenheit schweifen. Kommt da ein Bild auf, in dem Sie sich schon einmal so (hilflos/verängstigt/traurig ...) gefühlt haben?</i>
4	Exploration der assoziierten Erinnerung und Bedürfnisse aus der Perspektive des damaligen Ichs/ Kindes	<i>Wie alt sind Sie in dem Bild? (Dann sage ich jetzt „du“.) Wie fühlst du dich, kleine *Name Patient*? Wo bist du und was passiert gerade? Was brauchst du jetzt?</i>
5	Überschreiben der Erinnerung	<i>Was brauchst du jetzt? Was wünschst du dir, das passieren soll?</i>
	1. Einführung einer Helferfigur (z. B. Erwachsener Patient, Therapeut, Fantasiefigur)	<i>Wer kann dir in dieser Situation helfen? Soll ich dazu kommen? Oder kannst du dir vorstellen, dass *Helferfigur* die Szene betritt? Gibt es etwas, was *Helferfigur* tun oder sagen soll?</i>
	2. Konfrontation von Tätern und strafenden Anteilen	<i>Kannst du dir vorstellen, wie *Helferfigur* zu *Täter* sagt: „So dürfen Sie *Name Patient* nicht behandeln! Ich werde nicht zulassen, dass Sie *Patient* noch einmal beschimpfen/wehtun!“</i>
6	Positiver Abschluss der Übung, wenn alle Bedürfnisse erfüllt sind	<i>Was möchtest du jetzt gerne mit *Helferfigur* machen? Gibt es noch etwas, was du brauchst, um dich sicher und geborgen zu fühlen?</i>

in der ST verwendet wird. Im Unterschied zum Vorgehen bei der Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (Smucker, Reschke & Kögel, 2008) müssen bei diesem Vorgehen Trauma-Hot-Spots nicht erneut durchlebt werden. Das ImRs bietet in dieser Form zudem mehr Freiheitsgrade und kann so flexibel an die individuellen Bedürfnisse und jeweiligen Fertigkeiten des Patienten angepasst werden.

Ziele des ImRs liegen darin, die Wahrnehmung für Emotionen und Grundbedürfnisse zu verbessern und in der Kindheit frustrierte kindliche Grundbedürfnisse gezielt zu fokussieren und zu erfüllen, um dadurch eine korrigierende emotionale Erfahrung bereitzustellen. Der Patient erhält dabei korrektive Informationen, die zum Zeitpunkt der negativen Erfahrung noch nicht verfügbar waren. Die implizite Bedeutung der Erinnerung

wird verändert und eine emotionale und kognitive Neubewertung ermöglicht (Arntz, 2012). Durch den sicheren therapeutischen Beziehungskontext und das Reparenting in der Imagination wird das Erleben und Klären von Emotionen und Bedürfnissen in der Imagination zudem zu einer positiven Bindungserfahrung.

Der Einstieg in das ImRs kann entweder mit Hilfe einer Affektbrücke oder direkt in die belastende Kindheitserinnerung erfolgen. Nach der Auswahl einer Situation erfolgt das eigentliche imaginative Überschreiben dieser Erinnerung.

Im Folgenden werden die einzelnen Schritte erläutert und konkret dargestellt:

SCHRITT 1: ENTSPANNUNG

Fallbeispiel Susanne K.

Susanne K. kommt zur Therapie. Sie ist aufgelöst und schildert eine Situation in der vergangenen Woche. Ihre Chefin hat angekündigt, dass das gesamte Sekretariat eine Fortbildung besuchen soll. Lediglich Susanne K., welche als letzte zum Team dazu gestoßen ist, solle die Fortbildung im nächsten Jahr alleine besuchen und im Büro „die Stellung halten“, während die Kolleginnen auf der Fortbildung sind. Susanne K. fühlt sich ausgeschlossen und zurückgesetzt. Gegenüber ihrer Chefin hat sie freundlich zugestimmt, ohne anzusprechen, dass sie selbst auch gerne die Fortbildung gemeinsam mit dem Team besuchen würde. Die Therapeutin leitet das Imaginative Überschreiben mit dem folgenden Dialog ein:

T.: Ich kann gut verstehen, dass Sie von dem Verhalten Ihrer Chefin gekränkt sind. Das ist ja ein Problem, von dem Sie schon öfter berichtet haben, dass es Ihnen in solchen Situationen schwerfällt, für sich einzustehen und auch mal etwas zu fordern.

P.: Hm, genau. Ich denke, das steht mir nicht zu, weil ich eh langsamer arbeite als die anderen.

T.: Ich bin davon überzeugt, dass dieses Gefühl von „nicht gut genug sein“ etwas mit Ihrer Biografie zu tun hat. Ich glaube, dass es sehr wichtig ist, dass wir uns mit diesem Gefühl beschäftigen, damit Sie nicht mehr so sehr darunter leiden und auch mal für sich einstehen können.

P.: Ja, das wäre gut.

T.: Ich möchte Ihnen gerne eine Technik vorschlagen, die sich Imaginatives Überschreiben nennt. Dabei geht man von dem jetzigen Gefühl aus, geht aber dann in der Vorstellung in die Vergangenheit. Zu einer Situation, in der man sich vielleicht schon einmal so ähnlich gefühlt hat. Von da ausgehend kann man die Situation dann so verändern, dass die Bedürfnisse in der Erinnerung erfüllt werden.

P.: Aha, wenn das geht ...

T.: Ich helfe Ihnen dabei. Darf ich Sie jetzt bitten, die Augen zu schließen und einige Male tief ein- und auszuatmen. Mit jedem Atemzug, der in Ihren Körper ein- und ausströmt, können Sie sich tiefer entspannen.

SCHRITT 2: EXPLORATION DER AKTUELL PROBLEMATISCHEN SITUATION

Die Situation sollte aus der Feldperspektive, also „aus den eigenen Augen heraus“, betrachtet und in Gegenwartsform beschrieben werden, bis der Patient die zentralen Emotionen und Körperreaktionen spüren kann.

Fallbeispiel Susanne K.

T.: Ich möchte Sie jetzt bitten, in der Vorstellung zurück zu der Situation mit Ihrer Chefin zu gehen. Kommt da ein Bild?

- P.: Ja, ein Bild bei uns im Büro.*
T.: Können Sie mir das Bild beschreiben?
P.: Ja. Ich sitze an meinem Schreibtisch im Vorzimmer. Meine direkte Kollegin Tanja ist auch da. Meine Chefin kommt reingerauscht wie immer und steht direkt vor mir, so dass ich nach oben schauen muss.
T.: Sie machen das sehr gut. Wie fühlen Sie sich?
P.: Klein ... und irgendwie minderwertig. So als ob ich nicht richtig dazugehöre. Also ob irgendwas bei mir schlecht ist.
T.: Mhm, klein und minderwertig und schlecht. Gibt es noch andere Gefühle?
P.: Ja, irgendwie schäme ich mich auch vor meiner Kollegin.
T.: Ich verstehe. Können Sie diese Gefühle von klein und minderwertig sein und die Scham irgendwo im Körper fühlen?
P.: In meinem Bauch ... als hätte ich Steine im Bauch. Und mein Kopf wird ganz heiß und fühlt sich leer an.

SCHRITT 3: AFFEKTBRÜCKE

Die Affektbrücke kann auch als „emotionale Brücke in die Vergangenheit“ bezeichnet werden. Dabei wird eine Verbindung zwischen aktuell belastenden Gefühlen und Problemen einer Person und dazugehörigen biografischen Erfahrungen hergestellt. Ein Patient wird gebeten, sich mit Hilfe der Vorstellung ganz im Hier und Jetzt auf die problematische Situation zu konzentrieren und die damit einhergehenden Gefühle und Körperempfindungen zu benennen und zu erleben. Sobald diese präsent sind, wird der Patient gebeten, die aktuelle Situation vor dem inneren Auge verschwinden zu lassen und sich anschließend zurück zu einer vergangenen, damit verbunde-

nen Situation treiben zu lassen. Dabei soll ein Patient nicht aktiv suchen, sondern ohne Druck abwarten, welche Bilder oder Erinnerungen auftauchen. An dieser Stelle ist es wichtig, den Patienten zu entlasten und auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass dieser Prozess manchmal etwas dauern kann, dass dabei keine Fehler gemacht werden können etc. Die Erinnerungen werden abschließend aus der Perspektive des vergangenen Ichs exploriert und beschrieben.

Fallbeispiel Susanne K.

- T.: Sehr gut. Bitte halten Sie jetzt das Gefühl von klein und minderwertig sein und das Gefühl von Scham ganz fest. Konzentrieren Sie sich auf das Gefühl von Steinen im Bauch und dem heißen Kopf und lassen Sie die Situation im Büro ziehen und wandern Sie in der Vorstellung in die Vergangenheit, in Ihre Kindheit. Kommt da ein Bild, wo Sie sich schon einmal so gefühlt haben?*
P.: Ja, da kommt ein Bild ... Bei mir zu Hause. Bei meinen Eltern.

SCHRITT 4: EXPLORATION DER ERINNERUNG

An dieser Stelle ist es wichtig, sich einen kurzen Überblick über das Geschehen und die anwesenden Personen zu verschaffen. Längere Erklärungen zu Hintergründen der Situation sollten jedoch freundlich unterbrochen werden, da sonst die emotionale Aktivierung wieder verloren gehen könnte. Es ist hilfreich, auch die frühere Situation aus der Feldperspektive zu betrachten, sozusagen „aus den Augen des Kindes“.

Fallbeispiel Susanne K.

- T.: Wie alt sind Sie in dem Bild?*
P.: (leise) Vielleicht sieben Jahre?

- T.: *Ok, dann sage ich jetzt „du“ zu Ihnen, ok?*
- P.: *Ja.*
- T.: *Wo bist du in dem Bild?*
- P.: *Ich bin in der Küche, in unserer Wohnung.*
- T.: *Ist noch jemand da?*
- P.: *Ja, meine Mutter und meine Schwester Anne.*
- T.: *Wie geht es dir?*
- P.: *Ich bin am Weinen. Ich schäme mich. Ich bin gerade von der Schule nach Hause gekommen. Auf dem Nachhauseweg haben mich die Nachbarsjungs immer geärgert. Und heute haben sie mir meinen Sportbeutel weggenommen. Ich habe auch Angst, weil der doch bestimmt teuer war.*
- T.: *Was macht deine Mama?*
- P.: *Sie schimpft mit mir. Sagt, ich müsse selbst lernen, mich zu wehren. Meine Schwester lacht. Und Mama sagt auch, dass sie es Papa erzählt. Ich habe Angst vor ihm.*

SCHRITT 5:

AUSWAHL DER HELFERFIGUR UND ÜBERSCHREIBEN DER ERINNERUNG

Die Auswahl der Helferfigur orientiert sich sowohl an der Therapiephase als auch an der Vorliebe des Patienten. Beim erstmaligen Durchführen der Übung und bei gering ausgeprägtem Erwachsenenmodus ist es meist hilfreich, zunächst den Therapeuten als Helferfigur einzuführen, um das Geschehen gut lenken zu können und dem Patienten ein Verständnis vom Ablauf der Übung zu ermöglichen. Zu einem späteren Zeitpunkt und bei höherem Funktionsniveau kann das Erwachsenen-Ich diese Rolle übernehmen. Manche Patienten ziehen auch fiktive Helferfiguren (z. B. Polizei) oder wichtige Bezugspersonen (z. B. Tante, Lehrer) vor. Dies ist problemlos möglich, zumal der Therapeut die Option hat, die Helferfigur zu lenken und

zu unterstützen. Bei der Auswahl sollte aber beachtet werden, dass es beim ImRs nicht um eine Veränderung der Lebensgeschichte im Sinne einer Wendung zum Positiven geht, sondern um eine emotionale Neubewertung der damaligen Situation. Manchmal führt ImRS auch zu Traurigkeit beim Patienten, weil er durch die Übung realisiert, dass er als Kind unter bestimmten Umständen gelitten hat, die nicht wiedergutzumachen sind. Das Ziel des ImRs ist es an dieser Stelle nicht, die Traurigkeit „wegzuimaginieren“, sondern eine Trauerarbeit zu ermöglichen und zu begleiten.

Das Überschreiben der Erinnerung orientiert sich an den Grundbedürfnissen des Kindes. Oberste Priorität hat das Herstellen von Sicherheit für das Kind, indem der „Täter“ unschädlich gemacht bzw. zurechtgewiesen wird, um dahinter liegende Grundüberzeugungen zu korrigieren. Aus Gründen der Übersichtlichkeit sollen hier alle Personen als „Täter“ bezeichnet werden, die dem Kind wissentlich, unwissentlich oder aus Unvermögen Schaden zugefügt oder Unrecht getan haben. Selbstverständlich ist die Bandbreite der „Täter“ und „Taten“ von körperlichem oder emotionalem Missbrauch bis hin zu „nur“ unpädagogischem Verhalten sehr breit und wird beim Überschreiben berücksichtigt.

Stehen beim ImRs eher Scham- und Schuldgefühle im Vordergrund, so gilt es, das Kind zu entlasten und die Bedürfnisse nach Unbeschwertheit, Spontaneität, Spaß und Spiel zu erfüllen. Die Emotionen werden validiert und die Bedürfnisse erfüllt. Das Erleben von unangenehmen Emotionen wie Angst, Schuld, Scham, Einsamkeit oder Hilflosigkeit soll reduziert und gleichzeitig das Erleben von angenehmen Emotionen/inneren Zuständen wie Sicherheit, Geborgenheit, Verbundenheit und Freude vertieft werden.

Bei Erinnerung von parentifizierten Kindern stellen sich häufig Schuldgefühle ein, wenn sie beim ImRs dazu ermutigt werden, normalen kindlichen Bedürfnissen nachzugehen. Dies kann häufig mit der Einführung einer zusätzlichen Helferfigur (z. B. Therapeut, Krankenpfleger, Sozialarbeiter) gelöst werden, welcher sich um den schwachen oder kranken Elternteil kümmert, für den sich das Kind verantwortlich fühlt.

Fallbeispiel Susanne K.

T.: Was brauchst du?

P.: Jemanden, der mir hilft ... jemanden, der versteht, dass ich da nichts machen kann gegen diese Jungs. Die sind ja zu dritt. Ich schaffe das einfach nicht allein. Ich versuche schon immer, mich aus der Schule zu schleichen, damit sie mich nicht erwischen.

T.: Das kann ich gut verstehen! Darf ich zu dir in das Bild kommen, um dir zu helfen?

P.: Ja, das wäre schön.

T.: Ok, ich komme zur Tür herein und auf dich zu. Darf ich mich neben dich stellen?

P.: Ja.

T.: Darf ich mal was zu deiner Mama und zu deiner Schwester sagen?

P.: Aber ich will nicht noch mehr Ärger bekommen.

T.: Hab keine Angst. Ich bin jetzt bei dir und lasse nicht zu, dass du Ärger bekommst.

P.: Ok.

T.: „Frau K., ich finde es unmöglich, wie Sie sich gegenüber Susanne verhalten! Sie sollten auf ihrer Seite sein und sie unterstützen! Und du hörst sofort auf zu lachen, Anne!“ Wie reagiert deine Mama?

P.: Sie ist total baff. Das ist sie nicht gewohnt, dass jemand so mit ihr spricht.

T.: „Es ist Ihre Aufgabe als Mutter, Susanne zu unterstützen. Sie hat alleine

doch keine Chance, sich gegen drei Jungs zu wehren!“ Wie geht es dir damit?

P.: Gut. Das tut so gut, dass jemand auf meiner Seite ist.

T.: Brauchst du noch etwas?

P.: Ja, meine Schwester ... sie macht sich immer über mich lustig, weil ich so schwach bin.

T.: „Anne, ich finde du solltest dich wirklich schämen. Deine kleine Schwester braucht Hilfe und du machst dich auch noch über sie lustig. So ein tolles Mädchen wie Susanne hat wirklich etwas anderes verdient.“ Wie geht es dir, Susanne?

P.: Sowas hat noch nie jemand über mich gesagt. Das fühlt sich schon gut an. Anne schaut auch ziemlich betreten.

T.: Gibt es noch etwas, was du noch brauchst?

P.: Meinen Sportbeutel ...

T.: Ja klar! Komm, den holen wir jetzt zurück. Ich helfe dir! Was denkst du, sollen wir uns Unterstützung holen? Wer würde denn diese blöden Jungs so richtig beeindrucken? Wir können uns alles vorstellen.

P.: Also ... wenn vielleicht die Polizei mitkommen könnte? Wenn die Eltern das auch mitbekommen, trauen die sich dann bestimmt nie wieder, mir etwas zu tun.

T.: Super Idee! Wir nehmen gleich zwei Polizisten mit. Die sind riesengroß und tragen richtige Waffen und so. Mit denen klopfen wir bei den Jungs an die Tür. Kannst du dir das vorstellen?

P.: Ja, das ist super!

T.: Die Polizisten sagen: „Gebt sofort den Sportbeutel raus!“ und „Ihr werdet Susanne nie wieder ärgern. Wir behalten euch ab jetzt im Auge!“ Wie ist das für dich?

P.: Super!

T.: *Brauchst du noch etwas?*

P.: *Nein, das war toll.*

SCHRITT 6:

POSITIVER ABSCHLUSS

Hier soll das Kind positive Gefühle wie Schutz, Geborgenheit, Aufmerksamkeit etc. erfahren. Dabei kann ganz den jeweiligen Bedürfnissen in der Situation gefolgt werden. Oft wünschen sich Kinder schöne Aktivitäten wie z. B. Plätzchen backen oder gemeinsame Ausflüge. Hilfreich ist es zudem, die dabei auftretenden positiven Gefühle anschließend zu verankern, z. B. durch das Aufschreiben eines hilfreichen Satzes oder die Anfertigung einer Audioaufnahme.

Fallbeispiel Susanne K.

T.: *Dann will ich jetzt gerne noch etwas Schönes mit dir machen? Worauf hast du jetzt Lust?*

P.: *Hm, ein bisschen raus, auf den Spielplatz?*

T.: *Au ja, gerne! Was machst du am liebsten?*

P.: *Ganz hoch schaukeln! Kann meine Freundin Verena auch dazukommen?*

T.: *Ja klar! Wollt ihr zwei um die Wette schaukeln und ich setze mich auf die Bank und schaue euch zu?*

P.: *Das wäre toll.*

T.: *Wie geht es dir jetzt?*

P.: *Sehr gut. Richtig leicht und frei.*

T.: *Schön. Dann genieß dieses schöne Gefühl und das Bild vom Schaukeln noch einige Momente und komm dann langsam zurück in den Raum.*

3.2.3

STÄRKUNG

DES GESUNDEN ERWACHSENENMODUS

Imaginationsübungen werden, insbesondere im fortgeschrittenen Therapiestadium, ebenfalls dazu eingesetzt, gesundes

erwachsenes Verhalten zu modellieren und zu stärken. Die Ergebnisse verschiedener Studien deuten darauf hin, dass Verhalten, welches zunächst imaginiert wurde, eine höhere Wahrscheinlichkeit hat, tatsächlich in die Tat umgesetzt zu werden (Gregory, Cialdini & Carpenter, 1982; Libby, Shaeffer, Eibach & Slemmer, 2007; Milne, Rodgers, Hall & Wilson, 2008).

Mutmaßlich werden durch die Imagination Handlungsmuster gebahnt, welche anschließend leichter in die Tat umgesetzt werden können. Beispielsweise kann durch Imagination funktionales Verhalten – wie morgendliches Aufstehen, Sport treiben, aufräumen oder an etwas arbeiten – gestärkt werden. Auch Problemlösefertigkeiten wie z. B. das Ansprechen von Kritik, „Nein sagen“ oder allgemein soziale Kompetenzen können in der Imagination erprobt und gestärkt werden.

Fallbeispiel Susanne K.

Für Susanne K. sind noch heute die Besuche bei ihren Eltern mit großer Anspannung verbunden. Sie fühlt sich noch immer häufig dumm und von ihren Eltern herabgesetzt, wenn sie bei ihrer Herkunftsfamilie ist. Oft erlebt sie depressive Phasen nach solchen Besuchen, die Tage, manchmal auch Wochen andauern können. Susannes Partner reagiert darauf zunehmend gereizt und mit Unverständnis. Er kann nicht nachvollziehen, warum Susanne weiterhin auf regelmäßige Besuche besteht. Im therapeutischen Gespräch stellt sich heraus, dass Susannes Emotional fordernder Elternmodus häufig in den Telefonaten mit ihrer Mutter getriggert wird („Eine gute Tochter besucht ihre Eltern“, „Deine Bedürfnisse sind nicht so wichtig“). Als Resultat davon wird Susannes Unterwerfungsmodus getriggert, sie gibt nach und stimmt einem Besuch zu. Im Verlauf der Therapie wird Susanne zunehmend klar, dass sie lernen muss, sich

von ihren Eltern zu distanzieren, wenn sie gesund werden will. In der Imagination probt Susanne ein Telefonat mit ihrer Mutter, in welchem sie ihr eröffnet, dass sie Weihnachten dieses Jahr gemeinsam mit ihrem Partner, ohne die Eltern, verbringen wird. Dabei stellt sie sich vor, wie der Therapeut und ihr Partner neben ihr stehen und sie bestärkend und aufmunternd anblicken.

Patienten fürchten oft, von Gefühlen überflutet zu werden und diese nicht mehr unter Kontrolle zu haben. Dies lässt sich als Anteil des vulnerablen Kindmodus konzeptualisieren. In der Schematherapie wird besonderer Wert darauf gelegt, Sicherheit durch die therapeutische Beziehung zu vermitteln. Gerade auch zu Beginn kann die Imagination von kurzen, weniger belastenden oder auch positiven mentalen Bildern entlasten und dazu beitragen, dass Ängste überwunden werden können. Einige Patienten verhalten sich im Kindmodus zudem dependent, auch dann ist die angemessene Beantwortung der Grundbedürfnisse zentral (Autonomieerwerb).

Beim Erleben von Bedürfniserfüllung in der Imagination entwickeln einige Patienten Loyalitätskonflikte oder erleben innere Bestrafung, was als strafender oder fordernder Modus konzeptualisiert werden kann. Dies kann durch die Ein-

3.3 SCHWIERIGKEITEN UND FALLSTRICKE BEI DER ANWENDUNG SCHEMATHERAPEUTISCHER IMAGINATION

Bei der Durchführung von Imaginationsübungen, insbesondere auch beim ImRs, kann es zu verschiedenen Schwierigkeiten bei der Durchführung kommen. Diese lassen sich gut mit Hilfe des Modusmodells (vgl. Zens & Jacob, 2014, 2015) veranschaulichen (Abbildung 2).

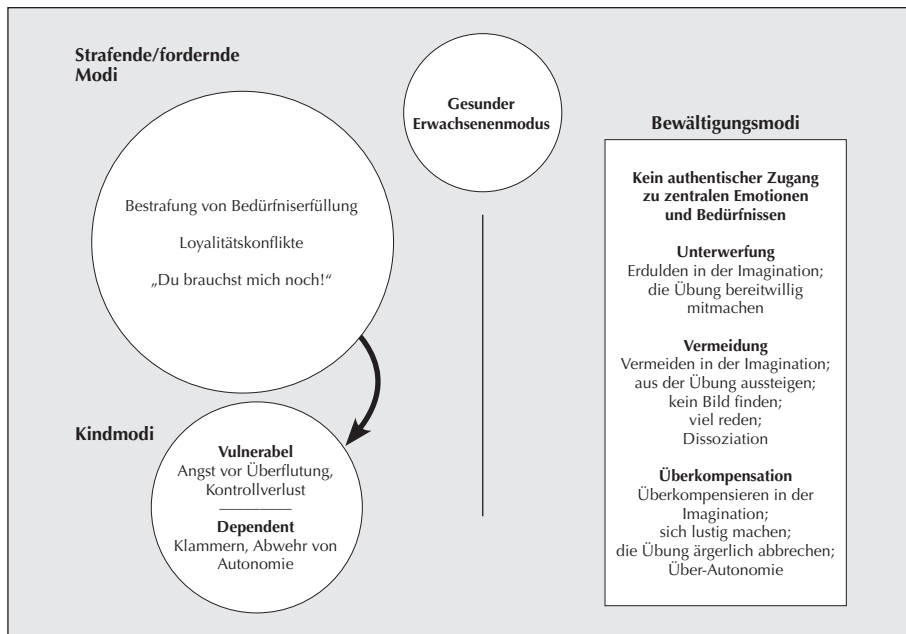


Abbildung 2: Beispiele für schwierige Situationen in der Imagination

führung geeigneter Helferfiguren und einer angemessenen Form der „Belehrung“ meist verhindert bzw. im Verlauf der Übung aufgelöst werden (vgl. Abschnitt 3.2.2, Schritt 5).

Besonders häufig treten Schwierigkeiten aber im Zusammenhang mit Bewältigungsmodi auf. Patienten finden keinen adäquaten Zugang zu ihren Gefühlen. Grundsätzlich sollten Bewältigungsstrategien, vor allem in der Anfangsphase, als kurzfristig wirksame Schutzstrategien benannt und validiert werden. Doch sollte auch aufgezeigt werden, dass in diesem Zustand weder eine Erkundigung früherer Erlebnisse noch eine nachhaltige Veränderung stattfinden kann. Es kann dann hilfreich sein, dem Patienten Kontrolle über die Situation zu ermöglichen (z. B. signalisieren können, wenn es zu belastend wird). Sollte ein Patient anhaltend keinen Zugang finden, so können Assoziationsmöglichkeiten wie z. B. das Ansehen von Fotos, Videos oder Tagebüchern hilfreich sein.

Sichtbare Anzeichen wie z. B. „bereitwillig mitmachen“ (Unterwerfungsmodus), „viel reden“ bzw. „ausweichen“ (Vermeidungsmodus) oder „sich lustig machen“ (Überkompensation) können durch Lenkung und Anleitung häufig umgangen oder durch Konfrontation unterbrochen werden. Oft zeigen sich dysfunktionale Bewältigungsmodi aber auch innerhalb des ImRs (z. B. Jacob & Arntz, 2014). Zum Beispiel lässt sich ein Patient mit der Hoffnung, dass es dann möglichst glimpflich ablaufen wird, als Kind in der Imagination weiterhin schlagen (Unterwerfung) oder eine Patientin flüchtet, dissoziiert oder versteckt sich als Kind in der Imagination (Vermeidung). Oder aber eine Patientin lässt sich als Kind in der Imagination von einem Luxusauto abholen, um so Überlegenheit zu demonstrieren. Treten innerhalb der Imagination Bewältigungsstrategien auf, so gilt es die-

se empathisch zu unterbrechen, lenkend einzugreifen und sich beim Überschreiten an den zentralen Grundbedürfnissen des Kindmodus zu orientieren.

4

STAND DER FORSCHUNG

Die Wirksamkeit der Schematherapie wurde in Studien insbesondere bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen überzeugend belegt (z. B. Giesen-Bloo et al., 2006; Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2014), es liegen zudem positive Pilotstudien für verschiedene Achse-I-Störungen (z. B. Gross, Stelzer & Jacob, 2012) sowie im forensischen Setting (Bernstein, 2016) vor.

Inzwischen liegen auch einige Studien vor, welche sich spezifisch mit der Wirksamkeit von ImRs beschäftigen. 2017 veröffentlichten Morina und Kollegen eine Metaanalyse zu ImRs, in welche 19 Studien eingeschlossen wurden, welche eine störungsspezifische Symptomreduktion zum Ziel hatten (Morina, Lancee & Arntz, 2017). Von den eingeschlossenen Studien untersuchten acht die Wirksamkeit von ImRs bei Posttraumatischer Belastungsstörung, sechs Studien bei Sozialer Angst, zwei bei Körperdysmorpher Störung, eine bei Depression, eine bei Bulimia nervosa und eine bei Zwangsstörung. Im Rahmen dieser Studien wurden im Durchschnitt 4,5 Sitzungen ImRs durchgeführt (Anzahl zwischen 1 und 16). Die Ergebnisse sprechen insgesamt für eine gute Wirksamkeit von ImRs im Hinblick auf die Symptomreduktion (Hedges' $g = 1.22$). Darüber hinaus konnte im Rahmen der Metaanalyse eine gute Wirksamkeit von ImRs auf negative Grundüberzeugungen, komorbide Depression und aversive mentale Bilder nachgewiesen werden. Trotz der eingeschränkten Anzahl von Studien geben die in der Metaanalyse dargestellten Stu-

dien vielversprechende Hinweise auf die störungsübergreifende Wirksamkeit von ImRs.

5 FAZIT

Forschungsergebnisse belegen die Wirksamkeit von ImRs bei vielen Störungsbildern. Die in einer Metaanalyse aufgezeigten Wirkungsbereiche weisen zudem Optionen für solche komplexen Störungsbilder auf, wie sie zur Zielgruppe der Schematherapie gehören. Auch die ST konnte ihre Wirksamkeit in vielen Bereichen gut belegen. Zudem berichten Patienten in der ST häufig davon, dass sie, neben anderen Aspekten, gerade auch von der Imaginationsarbeit sehr profitiert haben. Es erscheint naheliegend, dass der Einsatz von Imagination als eine erfahrungsorientierte Technik wesentlich zum Erfolg einer Schematherapie beiträgt.

LITERATUR

- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3 (2), 189-208.
- Arntz, A. & van Genderen, H. (2010). Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Weinheim: Beltz.
- Arntz, A. & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (8), 715-740.
- Bamelis, L., Evers, S., Spinhoven, P. & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, 171 (3), 305-22.
- Bernstein, D. (2016). *Can you turn a cat into a mouse? Results of a randomized clinical trial of schema therapy for forensic patients with personality disorders*. Keynote ISST-Weltkongress 2016, Wien.
- Giesen-Bloo, J. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gregory, L., Cialdini, R. & Carpenter, K. (1982). Self-Relevant scenarios as mediators of likelihood estimates and compliance: Does imagining make it so? *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 89-99.
- Gross, E. N., Stelzer, N. & Jacob, G. (2012). Treating obsessive-compulsive disorder with the schema mode model. In M. Van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *Handbook of schema therapy: Theory, research and practice* (pp. 173-184). Chichester: Wiley.
- Hackmann, A., Bennet-Levy, J. & Holmes, E. A. (2012). *Imaginationsverfahren in der Kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2015). *Schematherapie in der Praxis* (2. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Libby, L. K., Shaeffer, E. M., Eibach, R. P. & Slemmer, J. A. (2007). Picture yourself at the polls: Visual perspective in mental imagery affects self-perception and behaviour. *Psychological Science*, 18, 199-203.
- Milne, M. I., Rodgers, W. M., Hall, C. R. & Wilson, P. M. (2008). Starting up or starting over: The role of intentions to increase and maintain the behaviour of exercise initiates. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30, 285-301.
- Morina, N., Lancee, J. & Arntz, A. (2017). Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 6-15.
- Seebauer, L. Faßbinder, E. & Jacob, G. (2017). Imagination. In E.-L. Brakemeier & F. Jacobi (Hrsg.), *Verhaltenstherapie in der Praxis* (S. 407-416). Weinheim: Beltz.
- Smucker, M., Reschke, K. & Kögel, B. (2008). *Imagery rescripting & reprocessing*

- py. Behandlungsmanual für Typ-I-Trauma.* Herzogenrath: Shaker.
- Watkins, J. G. (1978). The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.
- Young, J. E. (1990, 1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.* Sarasota: Practitioner's Resource Series.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. (2008). *Schematherapie.* Paderborn: Junfermann.
- Zens, C. & Jacob, G. (2014). *Schwierige Situationen in der Schematherapie.* Weinheim: Beltz.
- Zens, C. & Jacob, G. (2015). *Schwierige Situationen in der Schematherapie.* Beltz Video-learning (DVD). Weinheim: Beltz.
- Zens, C. & Jacob, G. (2016). Schematherapie – Ein Überblick. *Psychotherapie Aktuell*, 8 (4), 43-47.



CHRISTINE ZENS

DIPL.-PSYCH.

PSYCH. PSYCHOTHERAPEUTIN

INSTITUT FÜR SCHEMATHERAPIE HAMBURG

HARVESTEHÜDER WEG 98

D-20149 HAMBURG

E-MAIL: ist-hamburg@t-online.de



DR. LAURA SEEBAUER

E-MAIL: [praxis@psychotherapie-](mailto:praxis@psychotherapie-seebauer.de)

seebauer.de