

Voraussetzungen und Basisfertigkeiten für die Arbeit mit Imaginationen

T. Kirn, L. Echelmeyer, M. Engberding

- 2.1 Indikation und Kontraindikation imaginativer Verfahren – 26**
 - 2.1.1 Indikation – 26
 - 2.1.2 Kontraindikation – 27
- 2.2 Allgemeine Voraussetzungen und Basisfertigkeiten bei Therapeuten und Patienten – 29**
 - 2.2.1 Voraussetzungen und Basisfertigkeiten auf Seiten des Patienten – 30
 - 2.2.2 Voraussetzungen und Basisfertigkeiten auf Seiten des Therapeuten – 35
- 2.3 Komponenten der Imaginationsfähigkeit – 37**
 - 2.3.1 Entspannung – 37
 - 2.3.2 Lebhaftigkeit – 39
 - 2.3.3 Kontrollierbarkeit – 43
- 2.4 Erfassung und Optimierung imaginativer Fähigkeiten – 45**
 - 2.4.1 Erfassung imaginativer Fertigkeiten – 45
 - 2.4.2 Optimierung der Imaginationsfähigkeit – 50
- 2.5 Aufbau und sprachliche Gestaltung imaginativer Instruktionen – 53**
 - 2.5.1 Aufbau von Imaginationsinstruktionen – 53
 - 2.5.2 Sprachliche Gestaltung von Imaginationsinstruktionen – 56

Im zweiten Kapitel wird auf die wichtigsten Voraussetzungen für die therapeutische Arbeit mit Imaginationen eingegangen; es gliedert sich in fünf Abschnitte mit folgenden Themen:

- Indikation und Kontraindikation
- Allgemeine Voraussetzungen und Basisfertigkeiten
- Komponenten der Imaginationsfähigkeit
- Erfassung und Optimierung von Imaginationsfähigkeit
- Aufbau und sprachliche Gestaltung imaginativer Instruktionen

In diesen Teilkapiteln werden die Voraussetzungen und Basisfertigkeiten für den Einsatz imaginativer Methoden detailliert erläutert. Dem Leser wird zunächst dargelegt, was er in Vorbereitung auf therapeutische Imaginationsarbeit wissen und bedenken sollte. Er bekommt Entscheidungshilfen für die grundsätzliche Frage, ob Imagination indiziert erscheint oder evtl. kontraindiziert sein könnte (► Abschn. 2.1).

Danach wird beschrieben, welche Basisfertigkeiten seitens des Therapeuten wie des Patienten Voraussetzung für imaginatives Arbeiten sind, und wie diese Fähigkeiten im Vorfeld der Therapie durch entsprechende Maßnahmen gezielt gefördert werden können (► Abschn. 2.2).

Eine Einführung in die spezifischen Merkmale und Fördermöglichkeiten der Imaginationsfähigkeit soll dem Leser anregen, die hier wesentlichen Komponenten abzu prüfen (► Abschn. 2.3), Defizite zu erkennen und die entsprechenden Komponenten dann entsprechend zu optimieren (► Abschn. 2.4).

Den Abschluss des Kapitels bilden Hinweise zum Aufbau von Imaginationsinstruktionen und zu deren sprachlicher Gestaltung (► Abschn. 2.5).

2.1 Indikation und Kontraindikation imaginativer Verfahren

Im folgenden Abschnitt werden zunächst allgemeine Hinweise zu Indikation und Kontraindikation imaginativer Methoden gegeben. Spezifische Angaben zur Indikation bei einzelnen Störungen finden sich in den entsprechenden Kapiteln von ► Teil III.

2.1.1 Indikation

Die Arbeit mit imaginativen Verfahren ist in vielen Lebensbereichen verbreitet. Im Sport (Syer u. Connolly 1987), in der Kunst (Arnheim 2001) und in der Architektur (Adams 1984) werden imaginative Übungen – besser bekannt unter dem Begriff »Mentales Training« – als wichtige Komponenten zur Leistungssteigerung sowie zur Verbesserung gewünschter Fertigkeiten betrachtet (etwa beim Training komplizierter Bewegungsabläufe für Formationstänzer). In der Medizin werden imaginative Verfahren zunehmend zur Unterstützung von Heilungsprozessen genutzt. So werden u. a. imaginative Übungen zur Schmerzkontrolle und -reduktion z. B. bei chronischen Schmerzen (Reh-fisch et al. 1989; Basler et al. 2003) und bei operativen Eingriffen, in der Zahnheilkunde sowie im Rahmen der Geburtsvorbereitung (z. B. Achterberg et al. 2001; Kossak 2013, S. 567ff) erfolgreich angewendet. Für die Förderung und Aktivierung der Gesundheit von Krebspatienten ist das Visualisierungsprogramm von Simonton et al. (2001) bekannt geworden. Im deutschen Sprachraum wurde zur Aktivierung der Selbstheilungskräfte bei körperlich erkrankten Menschen das Bochumer Gesundheitstraining von Beitel (1999) entwickelt. Samuels u. Bennet (1998) haben schon vor Jahren eine Vielzahl von Körpervisualisierungsübungen beschrieben, mit denen medizinische Behandlungen begleitet und unterstützt werden können.

Als Hauptbereich der Anwendung imaginativer Arbeit kann jedoch die Psychotherapie gelten. In den einzelnen Therapierichtungen werden Imaginationsverfahren in unterschiedlichem Ausmaß bei einer Vielzahl von Zielgruppen in verschiedenen Settings zum Einsatz gebracht:

- Die Bandbreite imaginativer Verfahren zur Lösung psychischer Problemen ist groß. Das Spektrum der so behandelten psychischen Störungen ist ausgesprochen breit (► Teil III dieses Buches).
- Imaginative Techniken werden als besonders hilfreich angesehen sowohl bei stark emotional geprägten Problemen als auch bei übermäßiger Vermeidung von Emotionen. Nach Jacob u. Tuschen-Caffier (2011, S. 141) können in beiden

Fällen diese Techniken der Emotionsklärung und -verarbeitung sowie dem Aufbau positiver Emotionen dienen.

- Für einzelne Störungsbilder stehen spezielle imaginative Verfahren (z. B. für Angst die Systematische Desensibilisierung) als eigenständige Behandlungsformen zur Verfügung. Solche Verfahren mit einem eher eingegrenzten Wirkbereich sind in der Regel gut ausgearbeitet, empirisch untersucht und in der therapeutischen Praxis bewährt.
- Die Anwendung von imaginativen Verfahren ist gleichermaßen im ambulanten wie im stationären Setting möglich.
- Viele der entwickelten imaginativen Übungen lassen sich sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie nutzen (s. z. B. Lazarus 2006). Speziell für die Arbeit in Gruppen wurden von verschiedenen Autoren Imaginationsanleitungen etwa zur Tiefenentspannung, zu Phantasiereisen oder zur Auseinandersetzung mit spezifischen Themenstellungen zusammengestellt (vgl. z. B. Masters u. Houston 1984; Müller 2000; Vopel 2003b).
- Manche imaginativen Übungen beziehen sich auf bestimmte Altersgruppen. So wurden beispielsweise spezielle Vorstellungsübungen für Kinder und Jugendliche verfasst (de Mille 1978; Vopel 2000, 2005b; Müller 2003).
- Auf die imaginativen Anteile einer gegebenen Störung kann sich sowohl die Diagnostik als auch die Behandlung richten. Betrachtet man Imagination im Kontext des Störungsbildes als eine der relevanten Verhaltens- und Erlebensmodalitäten – etwa im Sinne des BASIC-ID der multimodalen Verhaltenstherapie von Lazarus (1995; ► Abschn. 3.2) – so lassen sich wichtige Informationen über auslösende und aufrechterhaltende imaginative Bedingungen des Problems (z. B. Aktualisierung von vergangenen negativ-erlebten Ereignissen) ermitteln und einordnen. Daraus können nützliche Ableitungen für mögliche Veränderungen auf der Ebene der Imagination gemacht werden (z. B. positive Zielvorstellung, konkrete Handlungsvorbereitung durch Imagination).

- Imagination wird erfolgreich in Kombination mit anderen Verfahren eingesetzt, beispielsweise in Verbindung mit
 - Entspannungstechniken (Vaitl u. Petermann 2000, 2009),
 - Hypnotherapie (Revenstorf 1993; Bongartz u. Bongartz 2000; Revenstorf u. Peter 2000; Kossak 2013),
 - Übungen in der Verhaltenstherapie (Cautela u. McCullough 1999) und
 - Methoden kognitiver Therapie (Ellis 1997; Beck 1999; Meichenbaum 1999).

Aus dem Gesagten wird deutlich, dass Imagination in der Psychotherapie nahezu universell eingesetzt werden kann. Dabei gilt allerdings in der Regel therapeutische Imaginationsarbeit nicht als eigenständiges Verfahren, sondern vielmehr als ein leicht zu integrierender Bestandteil eines umfassenden Behandlungskonzepts. Entsprechend belegen Erfolgsstudien vorrangig die Wirksamkeit von Imagination in Kombination mit anderen Verfahren.

2.1.2 Kontraindikation

Uns ist keine empirische Studie bekannt, die sich methodisch zufriedenstellend mit Kontraindikationen für die Anwendung imaginativer Verfahren beschäftigt; offenbar sind in der Fachöffentlichkeit keine Befunde zu dieser Thematik vorhanden. Die nachfolgenden Aussagen sind als Erfahrungswerte für Kontraindikationen auf der Basis theoretischer Annahmen und breiten kollegialen Austauschs über klinisch-therapeutische Praxis zu verstehen.

Bereits im Vorfeld der Arbeit mit Imagination gilt es, einige Aspekte in Betracht zu ziehen, deren Nichtbeachtung die Therapiearbeit erschweren oder sogar gänzlich blockieren kann:

- Die große Bandbreite der Einsatzmöglichkeiten von Imagination als Behandlungsmethode darf nicht zu einem leichtfertigen oder ausschließlichen Gebrauch führen; der Einsatz muss vielmehr wohl überlegt sein. Gute Kenntnisse in den verschiedenen Störungsbereichen sind Voraussetzung. Zunächst

muss angemerkt werden, dass die Anwendung von Imagination und imaginativen Verfahren gelegentlich zu körperlicher Anspannung und kurzfristigem Unwohlsein führen kann. Diese Phänomene hängen allerdings in der Regel eher mit den zu bearbeitenden Inhalten bzw. mit der Intensität der Auseinandersetzung zusammen.

- Eine leichtfertige Verwendung von imaginativen Verfahren – ohne diagnostischen Hintergrund, konkrete Zielvorstellung und/oder Behandlungsplan – kann zu einer Stabilisierung, möglicherweise sogar Verschärfung von Problemen beitragen. Allerdings kann hieraus nicht unbedingt eine Kontraindikation für die Methode überhaupt abgeleitet werden; solche Mängel müssen vielmehr der unzureichenden Sorgfalt des Therapeuten zugerechnet werden.
- In jedem Fall ist ein erfolgreiches Arbeiten mit Imagination und imaginativen Verfahren abhängig von der Bereitschaft des Patienten, aktiv mitzuarbeiten und sich auf die eigenen inneren Prozesse einzulassen. Falls es an interner Motivation fehlt, sind imaginative Verfahren nicht indiziert.
- Eine tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung ist die Basis, auf der es erst möglich wird, in der therapeutischen Arbeit einen guten Zugang zu imaginativen Prozessen zu schaffen. Bei problematischer Therapeut-Patient-Beziehung sind imaginative Verfahren nur sehr bedingt anwendbar, da ein vertrauensvolles Sich-Einlassen des Patienten ein zentrales Moment effizienter Zusammenarbeit darstellt.

Bei einer Reihe von Störungsbildern gilt – ab einem bestimmten Schweregrad der Symptomatik – imaginative Arbeit nach dem jetzigen Diskussionsstand als eher kontraindiziert:

Starke Angst vor Kontrollverlust Im therapeutischen Setting mit imaginativen Verfahren entsteht bei solchen Patienten rasch die Angst, dem Therapeuten ausgeliefert zu sein. Hier ist ein therapeutisches Vorgehen angezeigt, das dem Patienten zunächst viel Kontrolle über den Therapieprozess zugesteht und dann sehr behutsam das Abgeben von Kontrolle einleitet.

Übermäßig hypochondrisch-ängstliche Selbstwahrnehmung Da während der Imagination die Aufmerksamkeit stark auf innere Prozesse fokussiert wird, kann dadurch eine vermehrte Beachtung der Symptomatik verstärkt werden. Hier sind imaginative Verfahren nur dann von Nutzen, wenn sie vor allem den Aspekt der Kontrollierbarkeit bzw. der Steuerungsfähigkeit von Aufmerksamkeit und imaginativer Verarbeitung einbeziehen (► Abschn. 2.3, ► Abschn. 2.4).

Ausgeprägte histrionische Reaktionsformen Patienten mit diesen Störungen neigen zu übermäßigem »Aufbauschen« von Vorstellungsinhalten; sie laden diese über Gebühr emotional auf. Sie geraten damit in die Gefahr, vom Wesentlichen abzuschweifen und sich in ihren eigenen Prozess auto-suggestiv zu verstricken; letztlich verstärkt dies ihre Tendenz zu selbstbestätigenden »Turbulenzen«, zu denen nicht auch noch die Therapie beitragen sollte (Revenstorf 1996; Kossak 2013, S. 419ff).

Posttraumatische Belastungsstörung Hier ist – vor allem bei extremer Traumatisierung – Vorsicht geboten vor unbedachter »Aufdeckungsarbeit« (Meichenbaum 1994; Revenstorf 1996; Kossak 2013, S. 401ff) und insgesamt vor zu schnellem oder massivem Vorgehen. Es kann damit die Gefahr einer erneuten Traumatisierung verbunden sein, in deren Folge Depressionen und Suizidintendenzen auftreten können. Seit Ende der 90er-Jahre mehren sich allerdings Veröffentlichungen, die über positive Erfahrungen mit dem Einsatz imaginativer Methoden bei der oben genannten Störung berichten (Kuntze et al. 1997; Ehlers 1999; Reddemann 2013).

Schwere Verhaltensstörungen Ausgeprägte Zwänge, massive Angstzustände und schwere Depressionen sollten zumindest in der Anfangsphase einer Therapie nicht mit Imaginationsverfahren bearbeitet werden. Hier geht es zunächst darum, Patienten dabei zu unterstützen, sich von der »inneren Verstricktheit« zu lösen und zu einem angemessenen Realitätsbezug zurückzufinden. In der Regel ist dies über aktive Verhaltensübungen einzuleiten. In späteren Phasen der Therapie können Imaginationen jedoch gut genutzt werden, beispielsweise um eine innere Vorstellung der angestrebten positiven

Verhaltensmuster und Zielzustände zu entwickeln und zu stärken.

Emotional instabile Persönlichkeit (Borderline-Typus) Da bei diesem Personenkreis eine Dissoziationsneigung und gelegentlich psychoseähnliche Symptome wie Halluzinationen und hypnagogie Phänomene zum Störungsbild gehören und damit affektiver Kontrollverlust einhergeht, sollte eine solche emotionale Krisenanfälligkeit hier nicht noch durch Imaginationsarbeit verschärft werden. Es ist vielmehr angezeigt, Methoden anzuwenden, die gerade die im Störungsbild fehlende Realitätsverankerung kompensieren.

Psychosen und dissoziative Störungen Auch hier sind im akuten Zustand imaginativer Kontrollverlust, verbunden mit mangelndem Realitätsbezug, konstitutiv für die Störung (Gefahr der »Bildwucherung«, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Amnesie oder Depersonalisierungserfahrungen). Im entspannten Zustand kann es in der Wahrnehmung des Patienten zum Verlust der Abgrenzung von Innen- und Außenwelt kommen, so dass Therapeut und therapeutisches Setting Teil des wahnhaften Erlebens werden können (Kossak 2013). Allerdings werden von einer ganzen Reihe von Autoren seit Jahren auch positive Erfahrungen und Erfolge mit imaginativer und hypnotherapeutischer Arbeit bei dieser Patientengruppe berichtet (zusammenfassend s. Kossak 2013, S. 471ff; Vas 1993).

Substanzmissbrauch und -abhängigkeit Der akute Einfluss von Suchtmitteln führt beim Patienten zu bemerkenswerten kognitiven, verhaltensbezogenen und physiologischen Symptomen, so dass Aufmerksamkeit, Lern- und Verarbeitungsfähigkeit stark herabgesetzt bzw. anderweitig gebunden sind und imaginative Arbeit hier wenig aussichtsreich ist. Ferner kann sie dazu verleiten, den störungsbedingten und -bedingenden Rückzug von der Bearbeitung der tatsächlichen Probleme durch Flucht in imaginative Welten noch zu fördern. Nach Entzug und ausreichender Remission kann in der Rückfallprophylaxe jedoch sehr wohl mit imaginativen Verfahren gearbeitet werden, um Alternativen für Entspannung und Bewältigung

kritischer Situationen zu entwickeln und zu erproben (Kossak 2013; Lindenmeyer 2005).

Intelligenzminderung Eine gewisse Grenze der Anwendung imaginativer Verfahren bilden auch intellektuelle Defizite, wenn etwa die nötigen Voraussetzungen zur Selbstbeobachtung, zur Schilderung und Differenzierung innerer Vorstellungsprozesse sowie zur verbalen Kommunikation nicht gegeben sind. Leichtere intellektuelle Beeinträchtigungen stellen dagegen kein Problem, sondern vielmehr eine Herausforderung an den Therapeuten dar, weil er sich dann in besonderer Weise sprachlich sehr gezielt dem Auffassungs- und Verarbeitungsvermögen des Patienten anpassen muss, um den Rapport zu gewährleisten.

Problematische Persönlichkeitszüge und Verhaltensmuster Kossak (2013, S. 473) führt einige weitere klinisch bedeutsame Variablen auf, die die imaginative Arbeit erschweren und kontraindiziert erscheinen lassen. Hier sind u. a. Agitiertheit, Masochismus und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, Realitätsflucht sowie Hang zum Fabulieren zu nennen.

Abschließend kann zum Thema Indikation und Kontraindikation imaginativer Verfahren festgestellt werden: Es gibt zum Einsatz dieser Methoden bei bestimmten Störungsbildern durchaus konträre Positionen; die Befürworter imaginativer Ansätze empfehlen dabei allerdings oft nur bestimmte modifizierte Vorgehensweisen unter speziellen Bedingungen. Zu der Frage der Kontraindikation besteht nur insofern ein Konsens, als in diesem Zusammenhang von immer denselben Störungsbildern und Schwierigkeiten (s. o.) die Rede ist.

2.2 Allgemeine Voraussetzungen und Basisfertigkeiten bei Therapeuten und Patienten

Im nachfolgenden Abschnitt werden die allgemeinen Voraussetzungen und Basisfertigkeiten dargestellt, die für die Arbeit mit Imagination von besonderer Bedeutung sind. Die unten genannten Bedingungen und Merkmale sollten zumindest

ansatzweise zu Beginn der therapeutischen Arbeit vorhanden sein. Sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten können sich diese Fähigkeiten im Laufe zunehmender praktischer Erfahrung mit imaginativen Übungen weiterentwickeln; sie können allerdings auch durch spezifische Maßnahmen gezielt gefördert werden.

Bevor Sie weiterlesen, können Sie an dieser Stelle zur Reflexion eigener Vorstellungen hierzu an sich selbst die Frage richten, welche persönlichen Voraussetzungen Ihrer Ansicht nach für die imaginative Veränderungsarbeit erfüllt sein sollten.

Persönliche Voraussetzungen imaginativer Veränderungsarbeit

- **Frage 1:** »Welche persönlichen Voraussetzungen würden Sie sich als Patient von einem Therapeuten wünschen, der Ihnen das Angebot macht, mit imaginativen Verfahren zu arbeiten?«
- **Frage 2:** »Welche persönlichen Bedingungen würden Sie als Therapeut bei einem Patienten voraussetzen, um mit ihm imaginativ arbeiten zu können?«

In Seminaren mit Therapeuten zum Thema »Imagination« wie auch in einer Vielzahl von Therapierückmeldungen wurden nach unserer Erfahrung als Antworten auf die erste Frage immer wieder folgende wünschenswerte Aspekte des Therapeutenverhaltens genannt:

- Angenehme und ruhige Stimme
- Ruhe, Zeit und Geduld
- Sicherheit und Erfahrung
- Fachliche Kompetenz
- Verständliche Anleitungen und Erklärungen, Transparenz
- Flexibilität
- Akzeptanz und persönliches Eingehen auf die Probleme
- Vertrauenswürdigkeit
- Angemessene Balance zwischen Nähe und Distanz
- Effektive Hilfestellung bei Problemen
- Einfühlungsvermögen, ohne eigene Interpretationen aufzudrängen

Die Antworten auf die zweite Frage betonen meist folgende Aspekte des Patientenverhaltens:

- Motivation und Bereitschaft
- Bildliche Vorstellungsfähigkeit und Lust zum Phantasieren
- Fähigkeit, zwischen Realität und Imagination zu unterscheiden
- Ausreichende kognitive Fähigkeiten, vor allem Aufmerksamkeit, zum Nachvollziehen der therapeutischen Interventionen
- Wahrnehmungsfähigkeit für Spannung und Entspannung; sich auf beides einlassen können
- Ernstnehmen und Akzeptieren der Übungen und Aufbringen der dafür erforderlichen Zeit und Geduld
- Angemessene Balance zwischen Nähe und Distanz

Im Anschluss an diese vorläufige Sammlung sollen nun zentrale, in der Literatur immer wieder genannte Voraussetzungen und Basisfertigkeiten für imaginative Arbeit, sowohl auf Seiten des Patienten als auch auf Seiten des Therapeuten, inhaltlich systematisiert und ausführlich erläutert werden. An entsprechender Stelle werden Übungen eingefügt, die geeignet sind, die jeweiligen Fertigkeiten zu fördern.

2.2.1 Voraussetzungen und Basisfertigkeiten auf Seiten des Patienten

Der Katalog der nachfolgend ausgeführten Bedingungen seitens des Patienten umfasst folgende Kompetenzen: Kooperationsbereitschaft, Aufmerksamkeitssteuerung, Körperwahrnehmung, Selbstbeobachtung innerer Prozesse, Diskrimination, Akzeptanz, kognitive Flexibilität und Identifikation.

■ Kooperationsbereitschaft

Eine unabdingbar notwendige, wenn auch nicht hinreichende Voraussetzung für die imaginative Arbeit ist die Bereitschaft des Patienten, sich an imaginativen Übungen aktiv zu beteiligen und dabei innerlich mitzugehen. Dazu ist es förderlich,

dem Patienten vorbereitend die Grundlagen der Arbeit mit Imaginationen zu vermitteln. Es erhöht bei ihm die Motivation zur Mitarbeit, wenn ihm die Arbeitsweise plausibel erklärt wird; durch Informationen über Veränderungsmöglichkeiten im Hinblick auf seine eigenen Probleme, Symptome und Schwierigkeiten werden Zuversicht und Compliance erhöht. Da die meisten Patienten nicht gewohnt sein dürften, ihre alltäglich vorkommende Imagination für persönliche Veränderungen zu nutzen, werden sie einige Zeit und Übung brauchen, bis sie mit dieser gezielten Art des Vorgehens vertraut sind (etwa: Augen schließen, mit geschlossenen Augen sprechen, innere Bilder in Worte fassen). In dem in ► Abschn. 2.4 beschriebenen Vorstellungstraining wird die Bereitschaft, sich auf die Arbeit mit Imagination einzulassen, in verschiedener Hinsicht gefördert, beispielsweise durch das Aufzeigen, dass einfache imaginative Übungen zu körperlichen Empfindungen führen, und dass diese sowohl verstärkt als auch abgeschwächt und gezielt verändert werden können (vgl. Bsp. in ► Abschn. 1.4 »Zitrone«).

Im Gespräch sollte eruiert werden, ob der Patient bereits Erfahrungen mit Tagträumen oder mit positiven Problemlösungen durch Imagination gemacht hat. Ferner kann es hier hilfreich sein, an konkreten Beispielen das Vorgehen genau zu erklären, dann Übungen mit einfachen, nicht problembezogenen Inhalten anzuschließen, beispielsweise »Spaziergang am Strand« oder »schönes Urlaubserlebnis«. Im Anschluss an die jeweilige Übung muss genügend Zeit für eine Nachbesprechung zur Verfügung stehen.

■ Aufmerksamkeitssteuerung

Die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit gezielt auf ausgewählte Stimuli zu richten, sie aufrechtzuerhalten und auch wieder abzuziehen, gehört zu einer der wichtigsten mentalen Voraussetzungen. Klinger (1982) führt an, dass bei vielen Verhaltensstörungen die Kontrolle der Aufmerksamkeit beeinträchtigt ist. In der Imaginationsarbeit gilt die gezielte Aufmerksamkeitssteuerung als zentrale Basisfertigkeit, in der es darum geht, während des Imaginierens äußere Reize weitgehend auszublenden und die Aufmerksamkeit auf relevante innere Prozesse gerichtet zu halten. Ist diese Kompetenz vorhanden,

ist es im Umgang mit psychischen Störungen leichter, die Aufmerksamkeit bewusst von negativen Kognitionen und Selbstverbalisationen abzuziehen und sie stattdessen aktiv auf die Bewältigung anstehender Probleme zu konzentrieren.

Durch sukzessives Ansprechen der einzelnen Sinneskanäle und das Hervorheben bestimmter Aspekte der jeweiligen Modalität wird der Patient angeleitet, seine Aufmerksamkeit bewusst auf die einzelnen Erlebensaspekte zu richten. Die nachfolgende Übung stellt einen der Schritte zum Erlernen gezielter Aufmerksamkeitssteuerung dar:

Übung zur Aufmerksamkeitssteuerung

»Wir werden jetzt eine einführende Übung machen. Setzen Sie sich bequem zurecht. Nehmen Sie sich Zeit, sich, so gut es geht, langsam zu entspannen ... Konzentrieren Sie sich auf das Sehen: Schauen Sie sich in Ihrer Umgebung um, und betrachten Sie sehr genau, was hier zu sehen ist. Es kann hilfreich sein, wenn Sie gleichzeitig innerlich mitsprechen, was Sie jetzt sehen (z. B. »Vor dem Fenster sehe ich einen belaubten Baum«). Achten Sie jetzt einmal gezielt auf die Entfernung der Dinge ... und jetzt einmal auf die verschiedenen Farben ... Fällt Ihnen etwas ganz Besonderes ins Auge? Betrachten Sie es einen Moment lang intensiv, und nehmen Sie seine Einzelheiten genau wahr.

Um sich nun leichter auf die anderen Sinne konzentrieren zu können, ist es günstig, dass Sie auf einen Punkt am Boden schauen oder die Augen ganz schließen. Es mag sein, dass Ihnen erst alle möglichen Gedanken durch den Kopf gehen und Sie dadurch vorübergehend abgelenkt werden. Lassen Sie solche Gedanken in aller Ruhe kommen und gehen, und wenden Sie dann Ihre Aufmerksamkeit wieder gezielt dem Übungsinhalt zu.

Konzentrieren Sie sich jetzt einmal auf das Hören: Achten Sie auf die Geräusche in Ihrer Umgebung, sei es draußen, sei es hier im Raum ... Welche Geräusche hören Sie lauter, welche leiser? Gibt es Geräusche, die ständig vorhanden sind, andere, die sporadisch auftreten?

2

Gehen Sie jetzt zur nächsten Sinnesebene, zum Riechen: Ziehen Sie bewusst die Luft durch die Nase ein, und achten Sie darauf, welchen Geruch Sie wahrnehmen können. Nehmen Sie zunächst einen tiefen Atemzug, und achten Sie dabei auf Ihre Geruchsempfindung ... Halten Sie dann für kurze Zeit beide Hände vor Mund und Nase, und nehmen Sie diesen eigenen Geruch wahr. Schnuppern Sie noch ein paar Mal bewusst, und achten Sie weiter auf Ihre Geruchsempfindung ... Bemerken Sie einen Unterschied? Legen Sie dann die Hände wieder bequem zurück.

Gehen Sie jetzt mit Ihrer Aufmerksamkeit in den Mundraum: Welche Geschmacksempfindung stellt sich ein? Möglicherweise können Sie die Geschmacksempfindung dadurch intensivieren, dass Sie ein paar Mal leicht schmatzen oder die Zunge im Mundraum bewegen ... und wieder intensiv wahrnehmen, ob bzw. was sich dabei verändert.

Achten Sie nun auf Ihre Körperempfindungen: Wie ist Ihre Körperhaltung? ... Was von Ihrer Kleidung spüren Sie im Moment? ... z. B. an den Armen, den Schultern ... im Nacken ... auf dem Rücken ... Spüren Sie jetzt einmal nach, wie Sie die Raumtemperatur empfinden und wo Sie sie fühlen können ... im Gesicht ... auf dem Handrücken ... am Hals ... Wo im Körper nehmen Sie noch Spannung oder Druck wahr? ... In welchen Bereichen fühlen Sie sich locker und entspannt?

Wir kommen jetzt zum Schluss der Übung. Alles, was Ihnen wichtig ist, wird Ihnen ganz von selbst im Gedächtnis bleiben. Nehmen Sie zunächst ein paar langsame tiefe Atemzüge: Atmen Sie durch die Nase ein, durch den Mund aus. Gehen Sie dann dazu über, sich ausgiebig zu räkeln und zu strecken. Dehnen Sie Beine, Arme und Schulterpartie. Öffnen Sie die Augen, und kommen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit bewusst hier in diesen Raum zurück.«

Im Anschluss an die eigentliche Übung findet dann – wie immer – eine Nachbesprechung mit gezielten

Fragen zum Gelingen der einzelnen Übungsschritte und zu eventuellen Schwierigkeiten statt.

■ Körperwahrnehmung

Das Erkennen und Erleben, dass zwischen Vorstellungsinhalten und Körperempfindungen ein Zusammenhang besteht und entsprechend eine gegenseitige Beeinflussung möglich ist, stellt für Patienten häufig eine wichtige Erfahrung im therapeutischen Prozess dar (Bauer u. Craighead 1979; Lang 1979; Schwartz et al. 1981). Voraussetzung dafür ist die bewusste Wahrnehmung der Empfindungen. Anleitungen zur Beobachtung von Körperempfindungen, wie z. B. imaginative Entspannungsübungen oder die »Reise durch den Körper«, sind hilfreich, den Patienten für solche Empfindungen zu sensibilisieren. Auf diese Weise werden Körperwahrnehmungen und deren Veränderungen zu wichtigen Parametern für die Einschätzung der Wirksamkeit von Vorstellungen. Daher sollte man Patienten in der Anfangsphase imaginativer Arbeit darin schulen, Körperempfindungen differenziert und gelassen wahrzunehmen.

Beispielhaft werden hier zwei Übungen zur Körperwahrnehmung aufgeführt; die eine dient der gezielten Atembeobachtung, die andere – »Reise durch den Körper« – der systematischen Wahrnehmung einzelner Körperregionen.

Übung zur Atembeobachtung

»Setzen Sie sich bequem zurecht, und, wenn Sie mögen, schließen Sie die Augen, um sich besser konzentrieren zu können. ... Nehmen Sie einige tiefe Atemzüge – langsam und ruhig durch die Nase ein – und durch den Mund wieder aus – in Ihrem eigenen Rhythmus. Bleiben Sie mit der Aufmerksamkeit weiter bei Ihrem Atem, und beginnen Sie, Ihre Atemzüge jeweils beim Ausatmen innerlich mitzuzählen, bis Sie bei 10 angekommen sind; beginnen Sie dann wieder von vorn bei 1. Lassen Sie den Atem in seinem eigenen Rhythmus ein- und ausströmen, und zählen Sie währenddessen einfach nur die Atemzüge beim Ausatmen mit, von 1 ... bis 10, und wieder von vorn.

Falls Sie bemerken, dass Ihre Gedanken abschweifen, kehren Sie einfach zurück, und greifen Sie das Zählen erneut wieder auf. 1, 2, usw. bis 10.«

Übung bei Anfängern auf 2 Minuten begrenzen, bei Fortgeschrittenen maximal 6 Minuten lang durchführen.

Übung »Reise durch den Körper«

»Nehmen Sie eine bequeme Haltung ein (im Sitzen oder Liegen). Wenn Sie möchten, können Sie die Augen schließen. Nehmen Sie ein paar tiefe Atemzüge, atmen Sie ruhig ein und aus ...

Gehen Sie nun mit Ihrer Aufmerksamkeit nach innen in Ihren Körper; beginnen Sie mit Ihrem rechten Fuß ... Um ihn genauer wahrzunehmen, können Sie ihn etwas bewegen ... Dann einfach nur noch diesen Fuß spüren ... die Empfindungen im rechten Fuß wahrnehmen: Wie sitzt er im Schuh? Wo berührt er den Schuh? Wo steht der Fuß auf dem Boden bzw. wo liegt er auf der Unterlage? ... Gehen Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit einmal dem Umriss der Auflagefläche nach. Welche Form hat sie? Wie ist die Temperatur in Ihrem Fuß? Was spüren Sie von Ihren Zehen? ... Versuchen Sie, nacheinander jeden einzelnen Zeh wahrzunehmen. Ist der Knöchel gestreckt, angewinkelt oder gekippt?«

Hinweis für den Therapeuten: Gehen Sie bei allen weiteren Körperteilen genauso vor. Lassen Sie den Patienten aufmerksam wahrnehmen, ggf. sich leicht bewegen, um Empfindungen zu verstärken. Das Vorgehen ist »von unten nach oben« und berücksichtigt immer beide Körperseiten, also – rechter/linker Fuß, linke/rechte Wade, entsprechend Knie, Oberschenkel, Gesäß, Rücken, Schultern, Arme, Hände, Hals und Nacken, Gesicht und dann den ganzen Kopf. Lassen Sie dem Patienten zum Schluss etwas Zeit, den Körper in seiner Gesamtheit wahrzunehmen.

■ Selbstbeobachtung innerer Prozesse

Die Schulung der Selbstbeobachtung soll dazu dienen, den Patienten darin zu üben, innere Prozesse differenziert zu beobachten. Dies ist wiederum Voraussetzung dafür, dass er in späteren Schritten in der Lage ist, auch dysfunktionale Kognitionen wahrzunehmen und gezielt zu verändern. Therapeutisch hilfreich für die Verbesserung der Selbstbeobachtung kognitiv-imaginativer Prozesse sind hier u. a. Tagebuchaufzeichnungen, Protokolle von Gedanken und Vorstellungen in speziellen Situationen (s. auch Spaltentechnik für negative automatische Kognitionen von Beck et al. 2001) oder die »thinking out loud«-Technik (Klinger 1982).

Im Kontext der »thinking out loud«-Technik (Klinger 1978) werden Probanden aufgefordert, fortwährend auszusprechen, was sie gerade denken oder sich vorstellen. So ergeben sich Informationen über die Inhalte von Gedanken bzw. Vorstellungen und vor allem auch über Reihenfolge und Umsprünge in typischen Vorstellungsketten.

Neben der »thinking out loud«-Technik führt Klinger noch weitere Techniken der Introspektion an, die ebenfalls zur Verbesserung der Selbstbeobachtung innerer Prozesse geeignet sind: »thought sampling«, »experimental analysis technique« und »event recording« (ausführlich s. Kirn 1994, S. 18).

Ähnlich wie bei der »Aufmerksamkeitslenkung« kann der Patient auch hier die Erfahrung machen, dass negative oder irrelevante innere Prozesse die Aufmerksamkeit mit ziemlicher Hartnäckigkeit abziehen können und dass es schwer fallen kann, die Aufmerksamkeit auf das »Hier und Jetzt« inneren Erlebens zu lenken und dort zu halten. Es kann den Patienten entlasten, vom Therapeuten zu hören, dass imaginative Übungen bzw. Aufmerksamkeitsübungen (wie z. B. die Atembeobachtung s. o.) Geduld, Zeit und Training erfordern, damit eine Verbesserung zustande kommen kann. Eine solche Information wird sicherlich auch die Motivation zu Mitarbeit und Durchhalten erhöhen.

Die nachfolgende Übung stellt eine Vorgehensmöglichkeit zum Erlernen gezielter Beobachtung innerer Verarbeitungsprozesse dar. Nach der Durchführung wird sie entsprechend vor allem unter diesem Aspekt ausgewertet.

Übung zur Selbstbeobachtung innerer Prozesse

»Nehmen Sie eine bequeme Haltung ein, und schauen Sie sich noch eine Weile um; machen Sie sich vertraut mit den Dingen, die Sie umgeben ... und verändern Sie Ihre Lage so lange, bis Sie sich wirklich bequem fühlen und bereit sind, sich zu entspannen.

Schließen Sie dann Ihre Augen, und nehmen Sie die Geräusche aus der Umgebung wahr, achten Sie einen Moment bewusst darauf, lassen Sie sie dann in den Hintergrund treten, und konzentrieren Sie sich in der Folge auf meine Stimme.

Lassen Sie Ihre Gedanken kommen und gehen, vielleicht wie Wolken, die irgendwann am Himmel auftauchen, vorüberziehen und wieder verschwinden.

Nehmen Sie nun Ihren Körper wahr ... seine Lage und Haltung ... den Kontakt zur Unterlage (Boden, Sessel, Liege etc.).

Durchstreifen Sie nun mit Ihrer Aufmerksamkeit Ihren Körper, indem Sie darauf achten, wo Sie sich bereits entspannt fühlen und wo Sie noch Spannung lösen können.

Spüren Sie Ihren Atem, und lassen Sie ihn in seinem eigenen Rhythmus ein- und ausströmen, so wie Wellen am Strand kommen und gehen ... wie ein Kornfeld sich im Wind wiegt. Beobachten Sie, wie der einströmende Atem Ihre Bauchdecke hebt und langsam senkt, ganz von selbst, leicht und frei, ein und aus. Sie brauchen nichts Besonderes zu entdecken oder zu fühlen. Lassen Sie Ihre Empfindungen kommen und gehen, beobachten Sie nur, was geschieht ... Lassen Sie alles zu.

Stellen Sie sich nun vor, Sie sitzen ganz allein im Zuschauerraum eines Theaters, und auf der Bühne erscheint langsam eine Situation aus Ihrem Leben, an die Sie eine gute, angenehme Erinnerung haben und die für Sie bedeutsam ist. Lassen Sie sich Zeit ... Warten Sie ab, welche Szene auftaucht (Personen, Umfeld). Was gibt es zu sehen? ... Was gibt es zu hören? ... Welche Atmosphäre entsteht dort? Lassen Sie alles eingehend auf sich wirken ... Achten Sie jetzt darauf, was in Ihnen als Beobachter

vorgeht, welche Empfindungen und Veränderungen sich einstellen.

Nehmen Sie auch jene Vorgänge zur Kenntnis, die Sie zunächst nicht verstehen können.

Und Sie wissen, dass Sie alles im Gedächtnis behalten werden, was Ihnen wichtig ist, und dass Sie jederzeit wieder einen Zugang dazu nehmen können. Lassen Sie im Moment alles auf sich beruhen. Und ziehen Sie sich dann aus dieser Vorstellung zurück.

Nehmen Sie sich noch etwas Zeit, die Entspannung angenehm zu erleben, und kommen Sie dann mit Ihrer Aufmerksamkeit hierher in diese Gegenwart zurück, indem Sie zunächst einige Male tief ein- und ausatmen ... langsam Ihre Hände und Füße bewegen ... Arme und Beine strecken ... recken Sie sich, und öffnen Sie schließlich die Augen.«

■ Diskrimination

Meichenbaum (1999) betont die Bedeutung der Fähigkeit, zwischen aufgabenbezogenen inneren Abläufen (»ob man bei der Sache ist«) und aufgabenirrelevanten Selbstgesprächen zu diskriminieren. Entsprechend sollte mit dem Patienten nach einer Imaginationsübung durch Nachfragen erarbeitet werden, was für den Vorstellungsprozess und für die bearbeiteten Inhalte nützlich war und was nicht.

Fragen für eine solche Nachbesprechung können lauten: War diese Erfahrung hilfreich in Bezug auf das Ziel? War diese Vorstellung förderlich für eine Problemlösung? Wenn der Patient erkennen kann, welcher Art seine inneren Verarbeitungsprozesse sind, kann er die angemessene aufgabenbezogene Haltung leichter einnehmen, so dass der therapeutische Prozess einen konstruktiven Verlauf nehmen kann.

■ Akzeptanz

Unter Akzeptanz verstehen wir die Fähigkeit, gelassen und »freundlich« mit den eigenen Gedanken, Vorstellungen, Gefühlen und Körperempfindungen umzugehen und sich beim Üben Zeit zu lassen. Entsprechend wird der Übende angeleitet, eine entgegenkommende und offene Haltung gegenüber allen auftauchenden Vorstellungsinhalten und

Imagination in der Verhaltenstherapie
Kirn, Th.; Echelmeyer, L.; Engberding, M.
2015, X, 281 S. 25 Abb., Hardcover
ISBN: 978-3-662-44897-7