

Imaginative Techniken in der Verhaltenstherapie

Gitta A. Jacob, Brunna Tuschen-Caffier

Institut für Psychologie, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

Zusammenfassung: In den letzten Jahren werden Probleme der Emotionsregulation sowohl in der Ätiologieforschung als auch in der Fallkonzeption im Praxiskontext bei verschiedenen psychischen Störungen zunehmend stärker berücksichtigt. Im Zusammenhang damit haben imaginative Techniken, insbesondere das sogenannte imaginative Überschreiben, in der VT sehr an Bedeutung gewonnen. In diesem Beitrag wird der aktuelle Stand der Forschung zu imaginativen Techniken zusammengefasst. Als wichtiges Problem beim Einsatz imaginationsgestützter Techniken wird die sogenannte Experiential Avoidance vertieft behandelt. Darauf aufbauend werden einige Empfehlungen gegeben, anhand derer der Einsatz von Imaginationstechniken in der Psychotherapie geplant werden kann. Abschließend werden aktuelle Forschungslücken und -fragen diskutiert.

Einführung

Als imaginativ werden therapeutische Methoden oder Techniken¹ bezeichnet, mit denen durch innere Vorstellungsbilder gezielt Emotionen ausgelöst und verändert werden. Solche Techniken haben in vielen therapeutischen Richtungen schon lange einen zentralen Stellenwert. In Therapieansätzen, die sich der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zurechnen lassen, wurden sie lange vor allem als Variante von Expositionsverfahren (Exposition in sensu) eingesetzt. Zudem wurde der Einsatz imaginativer Techniken vereinzelt bspw. zur Ziel- und Wertklärung (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006) oder im Rahmen von Entspannungsverfahren vorgeschlagen.

In den letzten Jahren lässt sich jedoch in der VT eine Tendenz zum verstärkten Einsatz solcher Techniken beobachten (z. B. anhand der Themen bei Fortbildungskongressen und Fortbildungen), auch und gerade bei Patienten² mit schweren psychischen Störungen wie z. B. schwer traumatisierten Patienten oder Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei denen der Einsatz stark emotionsinduzierender Techniken lange als problematisch

galt. Dabei stellen manche Ansätze imaginatives Arbeiten ganz in den Mittelpunkt des therapeutischen Vorgehens, so dass hier eher schon von einer Methode als von einer Technik zu sprechen wäre (z. B. Brewin et al., 2009; Smucker & Niederee, 1995). Andere Ansätze, wie die Schematherapie (Jacob & Arntz, 2011; Young, Klosko & Weishaar, 2005), nutzen imaginative Techniken im Rahmen eines methodisch breiteren Vorgehens.

Die Betonung imaginativer Methoden geht einher mit zwei neueren Entwicklungen in der Klinischen Psychologie. Zum einen wird in letzter Zeit bei verschiedenen Störungen die Bedeutung innerer Vorstellungsbilder, die mit traumatischen Erlebnissen und/oder problematischen Emotionen verknüpft sind, immer deutlicher (Holmes & Mathews, 2010). Zum anderen werden emotionale Probleme und Schwierigkeiten der Emotionsregulation zunehmend als wichtige störungsübergreifende („transdiagnostische“) Probleme verstanden und behandelt (z. B. Berking et al., 2008). Damit findet in der VT aktuell eine gewisse Gegenbewegung zum störungsorientierten Vorgehen statt, das alldings nach wie vor sehr bedeutsam ist.

Im Folgenden wird der aktuelle Stand der relevanten Forschung zu imaginativen Techniken und Methoden jenseits von Konfrontationsverfahren, deren Wirksamkeit allgemein anerkannt ist, dargestellt. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf dem sog. „imaginativen Überschreiben“, da dies aktuell verstärkt Aufmerksamkeit sowohl in der Therapie als auch in der Forschung erhält. Zudem wird relativ ausführlich auf den Stand der Forschung zur sog. Experiential Avoidance (EA) eingegangen, die hohe Überlappung mit Konzepten wie Vermeidung oder Abwehr aufweist. Hohe EA bei Patienten spielt in der emotionsfokussierenden Arbeit mit imaginativen Techniken oft eine wichtige Rolle und muss beachtet werden, da sie einerseits auf ausgeprägte emotionale Probleme hinweist, und andererseits den Einsatz emotionsfokussierender Techniken behindert. Darauf aufbauend werden einige Empfehlungen für den Einsatz imaginativer Techniken in der VT zur Diskussion gestellt.

Stand der Forschung

Imaginatives Überschreiben

Seit Beginn der 1990er Jahre wurde „imagery rescripting“ als eine spezielle Technik des imaginationsgestützten Arbei-

¹ Wir orientieren uns in dieser Arbeit begrifflich an den Definitionen von therapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken des Methodenpapiers des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie. Manche Ansätze behandeln emotionsfokussierende Interventionen als Techniken, andere als Methoden, dies wird terminologisch berücksichtigt.

² Zur besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind Patienten und Patientinnen gemeint.

tens zunehmend von Vertretern der KVT aufgegriffen, insbesondere zur Behandlung von Patienten mit Störungen, deren Beginn vorwiegend in Kindheit und Jugend gesehen wird, damals zunächst vorwiegend Persönlichkeitsstörungen (PS) (Übersicht in Arntz & Weertman, 1999). Hintergrund war der klinische Eindruck, dass diese Patienten mit „traditioneller“ KVT nur schwer behandelbar zu sein scheinen. Zudem scheinen negative innere Bilder bei vielen psychischen Problemen eine Rolle zu spielen, was ebenfalls für den Einsatz imaginativer Techniken spricht, mit denen diese Bilder gezielt verändert werden können. So zeigt eine wachsende Zahl an Studien, dass nicht nur bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), sondern auch bei einer Reihe weiterer psychischer Störungen, wie Angst- und Zwangsstörungen, Essstörungen und Psychosen, negative (häufig traumatische) innere Bilder auftreten und dass peritraumatische Angst assoziiert ist mit einem höheren Ausmaß an posttraumatischen intrusiven Bildern, aber nicht mit intrusiven Gedanken (Übersichten in Brewin, Gregory, Lipton & Burgess, 2010; Holmes & Mathews, 2010).

Beim imaginativen Überschreiben (Arntz & Weertman, 1999; Smucker & Niederee, 1995) wird der Patient gebeten, sich in seiner inneren Vorstellung in eine traumatische biografische Situation zu begeben, so dass die damit assoziierten Emotionen möglichst intensiv ausgelöst werden. Häufig werden dabei Kindheitserinnerungen aufgerufen. Je nach Ansatz wird das Trauma imaginativ vollständig erlebt oder nur soweit vorgestellt, bis die traumaassoziierten Emotionen deutlich spürbar sind. In der Folge werden die Bedürfnisse des Patienten in der traumatischen Situation erfragt und imaginativ erfüllt. Dabei kommt entweder die Person des Patienten als Erwachsener in der imaginierten Situation zu Hilfe, oder eine Hilfsperson, ggfs. der Therapeut, übernimmt diese Rolle. Typische Überschreibungs-Szenen beinhalten, dass ein traumatisiertes Kind aus der traumatischen Szene genommen wird, dass der oder die Täter konfrontiert und entmachtet werden und in der Folge das Kind Zuwendung, Versorgung und interpersonelle Sicherheit erfährt. Imaginatives Überschreiben unterscheidet sich von der Idee her

von „klassischer“ Exposition mit Reaktionsverhinderung, da nicht Habituation oder Löschung das Ziel der Intervention ist, sondern eine emotionale Neubewertung der Stimuli, die das emotionale Problem auslösen, angestrebt wird. Allerdings wird in neuerer Zeit auch bei der Konzeption der Wirkmechanismen der Exposition darauf hingewiesen, dass es bei dieser Interventionstechnik vermutlich nicht nur um Habituation oder Löschung, sondern auch um Neubewertung als Wirkmechanismus geht (Michael & Tuschen-Caffier, 2009). Das heißt, dass die Wirkmechanismen beider therapeutischen Zugänge letztlich noch zu überprüfen sind.

Als Therapiestudien zur *Wirksamkeit* von imaginativem Überschreiben lassen sich einerseits Studien zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Schematherapie sensu Young und Kollegen (2005) sowie Arntz und van Genderen (2010) nennen, da in dieser Methode imaginative Techniken einen hohen Stellenwert besitzen. Die bisherigen randomisiert-kontrollierten Studien zeigen eine sehr hohe Wirksamkeit der Schematherapie auf eine große Bandbreite von Borderline-Symptomen und assoziierten Problemen sowohl bei Therapie im Einzelsetting (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009) als auch im Gruppensetting (Farrell, Shaw & Webber, 2009).

Darüber hinaus wurden einige Pilotstudien zum alleinigen Einsatz von imaginativem Überschreiben durchgeführt. Sie zeigen, dass dieses Verfahren als Therapiemethode bei ganz unterschiedlichen Störungen wirken kann. Bisherige Studien zeigen gute Erfolge bei der PTSD (Arntz, Tiesema & Kindt, 2007), auch nach dem Scheitern einer „klassischen“ Expositionsbehandlung (Grunert, Weis, Smucker & Christianson, 2007), bei sozialer Phobie (Wild, Hackmann & Clark, 2007, 2008) und bei Depression (Wheatley et al., 2007; Brewin et al., 2009). Diese Studien weisen auch darauf hin, dass störungsübergreifende negative Emotionen, wie Schuld, Scham oder Ekel mit imaginativem Überschreiben gut behandelbar sind und dass bei PTBS imaginatives Überschreiben von Patienten besser akzeptiert wird als ein rein expositionsorientiertes Vorgehen (Arntz et

al., 2007). Dabei wurde für Patienten mit PS gezeigt, dass es gleichermaßen möglich ist, das imaginative Überschreiben mit aktuellen Situationen oder mit Situationen aus der Vergangenheit (z. B. Kindheitssituationen) durchzuführen (Weertman & Arntz, 2007).

Einzelne Studien befassen sich bisher auch experimentell mit imaginativem Überschreiben. So zeigten Hagensaars und Arntz (2010) mit dem sogenannten Trauma-Film-Paradigma, in dem Versuchspersonen einen Film betrachteten, der bekanntermaßen zu Intrusionen führt, und danach mit verschiedenen Techniken „behandelt“ wurden, dass eine „Behandlung“ mit imaginativem Überschreiben die Intensität und Häufigkeit von intrusiven Erinnerungen an den Film in der darauffolgenden Woche verringert im Vergleich zur „Behandlung“ mit anderen positiven Imaginationsübungen oder reiner Exposition. In einer Konditionierungsstudie von Dibbets, Poort und Arntz (2010) verringerte eine experimentelle Anwendung von imaginativem Überschreiben das Wiederauftreten von Angst (fear renewal), wenn der konditionierte und wieder gelöschte Angststimulus in einem neuen Kontext dargeboten wurde. Diese Ergebnisse können als erste Hinweise gewertet werden, dass imaginatives Überschreiben insbesondere die Bedeutung konditionierter Stimuli verändert, anstatt die Konditionierung zu löschen. Mehrere Studien konnten darüber hinaus zeigen, dass Imaginationsverfahren generell besser geeignet sind, positive Gefühle zu induzieren als kognitive Verfahren (Holmes, Lang & Shah, 2009; Jacob et al., 2011). Zudem scheinen positive selbstbezogene innere Bilder dazu zu führen, dass verstärkt auch positive Selbstrepräsentationen abgerufen werden – d. h., wenn Menschen dazu gebracht werden, sich selbst innerlich in einem positiven Kontext zu sehen, steigen ihr Selbstwert und ihre Selbstkonzeptklarheit (Stopa, 2010). Insgesamt zeigen sich also auch in experimentellen Studien positive Effekte von imaginativem Überschreiben auf die aktuelle Affektlage.

Experiential Avoidance

Vermeidung von negativen Affekten stellt klinischen Erfahrungen zufolge ein häufiges Problem in Psychotherapien dar

(Grosse Holtforth, Grawe, Egger & Berking, 2005). In der aktuellen Forschung steht hierfür insbesondere das Konzept der Experiential Avoidance (EA). Es hat einen besonderen Stellenwert in Überlegungen zu emotionsfokussierenden Methoden, wobei damit allerdings nicht das Erleben von Emotionen, sondern gerade das Vermeiden von Emotionen gemeint ist. EA ist definiert als dysfunktionale Vermeidung von Emotionen und anderen inneren Erfahrungen (z. B. Körperempfindungen, Gedanken, Erinnerungen) und beinhaltet sowohl die mangelnde Bereitschaft, sich mit solchen Erfahrungen auseinanderzusetzen, als auch Verhaltensmuster, die solche Erfahrungen reduzieren, wie übermäßiger Konsum von Alkohol oder Drogen (Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford & Follette, 1996). EA überschneidet sich konzeptuell mit Konstrukten wie Abwehr, thought suppression (Wenzlaff & Wegner, 2000), emotion suppression (Gross & Levenson, 1993) oder vermeidendem Coping (Penley, Tomaka & Wiebe, 2002).

Zur Bedeutung der EA wurde mittlerweile eine Reihe von meist korrelativen Studien durchgeführt. Insgesamt ergibt sich dabei das Bild, dass hohe EA die Rückfallwahrscheinlichkeit bei substanzbezogenen Störungen erhöht, den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und psychischer Belastung moderiert, die Symptomatik mancher Störungen (insbesondere Generalisierter Angststörung, Sozialer Phobie und Trichotillomanie) verstärkt (Kashdan, Breen, Afram & Terhar, 2010) und die Beziehungen zwischen dysfunktionalem Coping, Selbstregulationsstrategien und psychischer Belastung ungünstig beeinflusst (Übersicht in Chawla & Ostafin, 2007). So trägt EA als dysfunktionale Strategie der Regulation negativer Emotionen vermutlich zu deren Aufrechterhaltung bei (Sloan, 2004). Zudem ist hohe EA ein ungünstiger Prädiktor für das Ergebnis von Psychotherapie (Berking, Neacsiu, Comtois & Linehan, 2009; Rüscher et al., 2008) und verringert angenehme und spontane Aktivitäten und positive emotionale Erfahrungen (Jacob, Ower & Buchholz, 2011; Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger, 2006). Insofern ist bei Überlegungen zum Einsatz emotionsfokussierender Interventionen EA unbedingt zu berücksichtigen,

da sie einerseits Symptome aufrechterhält, und andererseits den Einsatz von Interventionen, die mit der Aktivierung von Emotionen einhergehen, behindert. So lehnen Patienten mit hoher EA erfahrungsgemäß Imaginationsübungen häufig ab oder „steigen aus“, um wieder auf eine kognitive, emotionsarme Interaktionsebene zurückzukehren.

Empfehlungen für den Einsatz von imaginativen Techniken

Auf der Grundlage der berichteten Forschungsbefunde und klinisch-psychologi-

Wann können imaginative Techniken sinnvoll sein?

1. Bei stark ausgeprägten emotionalen Problemen (z. B. Ekel, Scham, Angst, Bedrohung), soweit diese nicht durch eine aktuelle problematische Situation bedingt sind.
2. Bei *Vermeidung von Emotionen* – hier wird von Vermeidung i. S. von EA oder anderen Strategien zur Vermeidung von Emotionen gesprochen. In der praktischen klinisch-psychologischen Arbeit können hier zwei Phänomenbereiche relevant sein:
 - Vermeidung im engeren Sinne, z. B. durch Nichterleben von Emotionen, Substanzgebrauch etc.,
 - „Feststecken“ in einem stereotypen emotionalen Erleben, z. B. Sorgenschleifen, Grübelprozessen oder Verbitterung.

Welche Ziele sollten mit emotionsfokussierenden Techniken verfolgt werden?

1. *Erleben und Klären* von Emotionen,
2. *Konfrontation* mit dem Ziel der Habituation und Neubewertung,
3. *Aufbau von positiven Emotionen* (Sicherheit, Geborgenheit, Freude).

schen Erfahrungen schlagen wir folgende Empfehlungen für den Einsatz imaginativer Techniken vor (s. Kasten), die im Folgenden genauer erläutert werden.

Wann können imaginative Techniken eingesetzt werden?

Naheliegender ist der Einsatz imaginativer Techniken, wenn ein Übermaß an negativen Gefühlen besteht, ohne dass es Hinweise auf Verhaltensdefizite bzw. Fertigungsdefizite als mögliche Auslöser für die ausgeprägte negative Affektivität gibt (z. B. Scham infolge ungeschickten Sozialverhaltens bei ausgeprägten Fertigungsdefiziten) und ohne dass das Gefühl nachvollziehbar mit einer aktuellen Situation zusammenhängt (z. B. Bedrohungs erleben wg. einer aktuellen Stalking-Situation). Dabei ist einerseits zu denken an Affekte, die für bestimmte Störungen typisch sind (Angst bei Angststörungen, Traurigkeit bei Depression). Andererseits können emotionsfokussierte Techniken auch hilfreich sein, um störungsübergreifende negative Affekte, z. B. eine hohe Ärgerbereitschaft, Ekelreaktionen, Scham oder Schuld zu verändern (Arntz et al., 2007).

Bei Vermeidung von Emotionen wird i. S. der EA von einer Vermeidung und damit letztlich Aufrechterhaltung von negativem Affekt ausgegangen. Imaginative Techniken sollen den Betroffenen hier helfen, den vermiedenen Affekt zuzulassen, zu prozessieren (s. u.) und ihr affektives Erleben in der Folge auch um positive Aspekte – z. B. um den Aspekt der Selbstwirksamkeit (z. B. „Ich kann mich diesen Gefühlen jetzt wieder stellen“) zu erweitern. Ein „Feststecken“ in Sorgenschleifen oder Grübelprozessen, Jammern oder Verbitterung stellt sich dabei klinisch nicht selten auch als vermeidendes Verhalten dar. Durch die wiederholte abstrakte Auseinandersetzung (z. B. Grübeln, Sorgenprozesse, Jammern) mit einer Thematik, wird vermutlich vermieden, sich konkret, bildhaft und affektgeladen mit den Problemen auseinanderzusetzen (z. B. Ehring, Frank & Ehlers, 2008; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade & Bohon, 2007).

Bei hoher EA ist es typisch, dass auch imaginative Techniken vermieden werden. Wie bei anderen aktivierenden Techniken (etwa Exposition in vivo) ist es dann wichtig, mit dem Patienten die

Funktionalität und die Vor- und Nachteile der Vermeidung zu erörtern, im Rahmen von Psychoedukation das imaginative Vorgehen zu erläutern, und den Einsatz dieser Technik schrittweise in der Therapie zu etablieren.

Welche Ziele werden mit imaginativen Techniken verfolgt?

Meist ist das erste Ziel emotionsfokussierender Techniken zunächst das Erleben und Klären von Emotionen, da schwierige Emotionen häufig vermieden und in aller Regel zu wenig konkret prozessiert werden. Wenn sich der Patient auf das Erleben innerer Bilder einlässt, kann diese dysfunktionale Vermeidung überwunden werden. Zudem ermöglicht erst das tatsächliche Erleben von Emotionen eine angemessene Wahrnehmung von Gefühlen und Bedürfnissen und schafft so eine Voraussetzung für eine angemessene Emotionsregulation. Wenn die emotionale Klärung in einem sicheren (therapeutischen) Beziehungskontext geschieht, kann der Patient auch positive Bindungserfahrungen machen, Verständnis und Unterstützung erleben und durch das Modell des Therapeuten Toleranz gegenüber dem Zulassen bzw. Erleben von Emotionen lernen.

Der Aspekt der Klärung wird auch von Grawe (2004) als wichtiger Wirkfaktor von Psychotherapie angenommen. Die sog. Dritte-Welle-Therapien, die das Konzept der Achtsamkeit stark betonen (Ost, 2008), fokussieren in der Arbeit mit Emotionen zunächst auf Akzeptanz (anstelle von Kontrolle) und zielen so ebenfalls auf die Verringerung von EA ab, auch wenn in diesen Verfahren in der Regel imaginative Verfahren keinen speziellen Stellenwert haben.

Angeschlossen an die Klärung kann – muss aber nicht – Exposition mit Reaktionsverhinderung ein wichtiges Ziel imaginativer Arbeit sein. Dadurch lernen Patienten, auch intensive negative Affekte zu ertragen, diese können ihren bedrohlichen Charakter verlieren und damit können sich Spielräume für die Erweiterung von positiven, belohnenden Aktivitäten, sozialen Kontakten etc. eröffnen. Neuere Forschung zeigt, dass auch durch Exposition in vivo solche Ziele erreicht werden

können, da die Wirksamkeit systematischer Exposition vermutlich nicht nur auf Habituation beruht (Michael & Tuschen-Caffier, 2009). In bisher einer Studie zeigten sich vergleichbare Effekte von „klassischer“ Exposition und imaginativem Überschreiben bei der Behandlung von PTBS bzgl. der Angstreduktion; hinsichtlich der Reduktion anderer Emotionen sowie der Bewertung durch die Patienten war imaginatives Überschreiben allerdings sogar überlegen (Arntz et al., 2007).

Der Aufbau positiver Emotionen (Sicherheit, Geborgenheit, Freude) ist ein wichtiges Ziel beim imaginativen Überschreiben. Dadurch wird vermutlich die Konditionierung der auslösenden Situation mit negativen Gefühlen wie Ekel, Bedrohung oder Scham verändert. Der gezielte Aufbau positiver Emotionen (anstelle des alleinigen Fokus auf die Reduktion negativer Emotionen) ist relevant, da ein starker Zusammenhang zwischen positiven Emotionen, einem hohen Selbstwert und psychischem Wohlbefinden besteht (Tugade, Fredrickson, & Feldman Barrett, 2004). Dabei ist zu bedenken, dass positive Emotionen in aller Regel verbunden sind mit positivem Bindungserleben und positiv erlebten sozialen Situationen. Auf die Frage nach besonders schönen autobiographischen Erinnerungen werden z. B. in aller Regel soziale Szenen berichtet (Jacob et al., 2011).

Positives soziales Erleben wird in der VT auch mit dem Aufbau von Selbstwert, von positiven Aktivitäten und sozialer Kompetenz angestrebt. Bei Patienten mit starkem Vermeidungsverhalten kann es sinnvoll sein, dies in Imaginationsübungen, in denen die gefürchtete Situation gut bewältigt wird, vorzubereiten, da dieses in manchen Fällen dem Patienten erst zu ermöglichen scheint, die mit positiven Sozialkontakten verbundenen Gefühle überhaupt zu spüren und so ihren Verstärkerwert zu erleben.

Diskussion

In dieser Arbeit wird der aktuelle Stand der Forschung zur Technik des imaginativen Überschreibens und zur Bedeutung von EA dargestellt und darauf aufbauend

einige Empfehlungen zum Einsatz von imaginativen Techniken im Rahmen verhaltenstherapeutischer Behandlungen gegeben. Wir verstehen dies als Diskussionsbeitrag, insbesondere um im Rahmen der VT-Ausbildung auch den Einsatz von emotionsfokussierenden Techniken stärker standardisiert zu vermitteln.

Gleichzeitig reflektieren unsere Vorschläge auch aktuelle Weiterentwicklungen in der VT, in denen gerade bei Patienten mit hoher EA, und der damit assoziierten schlechten Therapieresponse gezielt die Vermeidung reduziert und das emotionale Erleben des Patienten mit emotionsfokussierenden Methoden und Techniken so direkt wie möglich verändert werden soll. Dazu gehört etwa die Ausweitung des schematherapeutischen Konzeptes auf schwer und chronisch kranke Patienten wie forensische Patienten (Bernstein, Arntz & de Vos, 2007) oder Zwangspatienten mit schlechter Therapieresponse (Knauß, Stelzer & Jacob, in press). Auch die Ausweitung imaginativer Arbeit auf Patienten mit anderen schweren Störungen wie z. B. Psychosen (Morrison, 2004) oder bipolaren Störungen (Holmes, persönl. Mitteilung) lässt sich hier nennen.

Dieser Beitrag fokussiert auf die Verwendung imaginativer Verfahren in der VT; viele andere Verfahren anderer Therapieschulen setzen ebenfalls imaginative Techniken ein (z. B. Reddemann, 2004), teilweise mit einer sehr langen Tradition (s. Edwards, 2007).

Aktuell sind jedoch noch viele Fragen zu imaginativen und anderen emotionsfokussierenden Techniken in der VT offen. Wir beschränken uns hier auf imaginative Techniken, da diese aktuell am meisten eingesetzt werden, hierzu die meisten Forschungsaktivitäten bestehen und die Arbeit mit inneren Bildern aufgrund des verbreiteten Auftretens negativer innerer Bilder bei psychischen Störungen besonders lohnend erscheint. Andere Techniken, mit denen vergleichbare emotionale Prozesse angestrebt werden können, etwa Stuhldialoge oder psychodramatische Techniken, die aktuell ebenfalls stark Eingang in die VT nehmen, sind weitaus weniger erforscht und es ist bislang unklar, ob

die Befunde zu imaginativem Überschreiben darauf übertragbar sind.

Viele Ansätze setzen imaginative Techniken ein, jedoch mit teilweise deutlich unterschiedlichen oder einander sogar widersprechenden Anleitungen. Mehr empirische Forschung tut not, um etwa Fragen zu klären, wie den optimalen Einsatz von „Hilfspersonen“ beim imaginativen Überschreiben, die Wirkungen des Einsatzes von imaginerter Gewalt gegen Täter, oder die Notwendigkeit, im Rahmen des imaginativen Überschreibens traumatische Situationen vollständig zu durchleben. Diese Fragen tangieren auch die aktuell unter Traumatherapeuten teilweise heftig geführte Diskussion um das Verhältnis von Stabilisierung und Exposition zur Bewältigung von Traumata (Neuner, 2008). Die Methodik des stark therapeutengestützten imaginativen Überschreibens stellt eher eine Variante „schonender“ Exposition dar (vgl. Sack, Gromes & Lempa, 2007), die allerdings nicht nur auf die Behandlung von Traumafolgestörungen angewendet wird. Letztlich sollten die hier genannten Streitfragen in erster Linie empirisch geklärt werden.

Auch zur Frage von Kontraindikationen sind empirische Arbeiten notwendig. Aktuell gilt eine psychotische Symptomatik als Kontraindikation sowie eine aktuell noch vorliegende Traumatisierung, etwa durch Missbrauch in der Partnerschaft oder bei aktuell noch stattfindendem Stalking. Die früher geltende Annahme, dass stark traumatisierte Patienten oder Borderline-Patienten aufgrund der hohen Dekompensationsgefahr nicht mit imaginativen Techniken behandelt werden sollten, ist heute überholt. Wichtig ist bei diesen Patientengruppen allerdings eine schrittweise Einführung des Verfahrens und eine starke Steuerung des emotionalen Prozesses durch den Therapeuten.

Wie dargestellt, dient imaginatives Überschreiben auch der Induktion positiver Affekte. Die bisherige Forschung zu Emotionsregulation fokussiert jedoch stark auf negative Affekte. Zu den Möglichkeiten der Verstärkung positiver Affekte auch mit anderen Methoden ist weitere Forschung nötig.

Imaginatives Überschreiben bietet in vielen Fällen eine Alternative zu anderen VT-Techniken wie prolongierter Exposition oder behavioraler Aktivierung. Abgesehen von der erwähnten Studie von Arntz et al. (2007) liegen bisher jedoch keine Daten vor, bei welchen Problemen oder Patienten welche Technik bevorzugt eingesetzt werden sollte. Dies gilt generell auch für viele Interventionsansätze aus dem Bereich der Emotionsregulation.

Last but not least ist das Konzept der EA, das hier weitgehend synonym mit „Vermeidung“ verwendet wurde, relativ vage definiert, wird in manchen Studien entsprechend vage operationalisiert und Studien dazu sind bisher weitgehend korrelativ. Auch hier kann weitere Forschung dazu beitragen, Konzepte zu präzisieren, die Überlappung verschiedener Konstrukte mit teilweise langer Tradition in der Psychotherapie zu klären und auch kausale Zusammenhänge zu untersuchen.

Literatur

- 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*, 715-740.
- Arntz, A., Tiesema, M. & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: a comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *38*, 345-370.
- Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 663-670.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A. & Znoj, H. (2008). General emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 1230-1237.
- Bernstein, D. P., Arntz, A. & de Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, *6*, 169-183.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M. & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, *117*, 210-232.
- Brewin, C. R., Wheatley, J., Patel, T., Fearon, P., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, P. & Myers, S. (2009). Imagery rescripting as a brief stand-alone treatment for depressed patients with intrusive memories. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 569-576.
- Chawla, N. & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 871-890.
- Dibbets, P., Poort, H. & Arntz, A. (2010, Juli). *Preventing relapse: the additive effect of imagery rescripting to mere exposure*. Vortrag auf dem 3rd Meeting of the International Society of Schema Therapy, Berlin.
- Edwards, D. (2007). Restructuring implicational meaning through memory-based imagery: some historical notes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *38*, 306-316.
- Ehring, T., Frank, S. & Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorders and depression following trauma. *Cognitive therapy and research*, *32*, 488-506.
- Farrell, J., Shaw, I. & Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experiential Psychology*, *40*, 317-328.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 649-658.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Grosse Haltforth, M., Grawe, K., Egger, O. & Berking, M. (2005). Reducing the dreaded: change of avoidance motivation in psychotherapy. *Psychotherapie Research*, 15, 261-271.
- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R. & Christianson, H. H. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 317-328.
- Hagenaars, M. A. & Arntz, A. (2010, Juli). *The effect of post-trauma imagery rescripting on intrusion development and negative appraisal: An analogue experimental study*. Vortrag auf dem 3rd Meeting of the International Society of Schema Therapy, Berlin.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Strosahl, K., Gifford, E. V. & Follette, V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Holmes, E. A., Lang, T. J. & Shah, D. M. (2009). Developing interpretation bias modification as a 'cognitive vaccine' for depressed mood: Imagining positive events makes you feel better than thinking about them verbally. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 76-88.
- Holmes, E. A. & Mathews, A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 349-362.
- Jacob, G. A., Arendt, J., Kolley, L., Scheel, C. N., Bader, K., Lieb, K., Arntz, A. & Tüscher, O. (2011). Comparison of different strategies to decrease negative affect and increase positive affect in women with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 68-73.
- Jacob, G. A., Ower, N. & Buchholz, A. (2011). *The role of experiential avoidance, psychopathology and borderline personality symptoms in experiencing positive emotions: A path analysis*. Manuscript submitted for publication.
- Jacob, G. & Arntz, A. (2011). *Schematherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie*. Heidelberg: Springer.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Kashdan, T. B., Breen, W. E., Afram, A. & Terhar, D. (2010). Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 528-534.
- Knauß, E. N., Stelzer, N. & Jacob, G. A. (in press). 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*. Sussex: Wiley.
- Michael, T. & Tuschen-Caffier, B. (2009). Konfrontationsverfahren. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 515-530). Heidelberg: Springer.
- Morrison, A. P. (2004). The use of imagery in cognitive therapy for psychosis: a case example. *Memory*, 12, 517-524.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M. & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18, 109-118.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E. & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 198-207.
- Ost, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behavior Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Penley, J. A., Tomaka, J. & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 551-603.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., Lieb, K. & Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 497-503.
- Sack, M., Gromes, B. & Lempa, W. (2007). Traumatherapie „light“: Schonende Traumatherapie durch Ressourcenaktivierung während der Traumaexposition. *Trauma und Gewalt*, 1, 214-222.
- Sloan, D. M. (2004). Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1257-1270.
- Smucker, M. & Niederee, J. (1995). Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 63-92.
- Stopa, L. (2010, Juli). *Imagery and the self: does imagery rescripting work by making adaptive self-representations more available and accessible?* Vortrag auf dem 3rd Meeting of the International Society of Schema Therapy, Berlin.
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L. & Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72, 1161-1190.
- Weertman, A. & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitivetherapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2133-2143.
- Wenzlaff, R. M. & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.

Wheatley, J., Brewin, C. R., Patel, T., Hackmann, A., Wells, A., Fisher, P. & Myers, S. (2007). "I'll believe it when I can see it": Imagery rescripting of intrusive sensory memories in depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 371-385.

Wild, J., Hackmann, A. & Clark, D. M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 386-401.

Wild, J., Hackmann, A. & Clark, D. M. (2008). Rescripting Early Memories Linked to Negative Images in Social Phobia: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 39, 47-56.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.



Dr. phil. Dipl.-Psych. Gitta A. Jacob

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
 Institut für Psychologie
 Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Engelbergerstraße 41
 79085 Freiburg
gitta.jacob@psychologie.uni-freiburg.de



Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Brunna Tuschen-Caffier

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
 Institut für Psychologie
 Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Engelbergerstraße 41
 79085 Freiburg