

## Schritte der Imaginationsübung

(Stand Feb 2023)

### Teil 1: Diagnostische Imagination (emotionale Exposition)

1. ggf. emotionale **Stabilisierung** vorschalten.  
„*Begeben Sie sich jetzt bitte an einen ganz sicheren Ort und stellen sich diesen ganz genau vor. Evtl. gestalten Sie einen solchen Ort aus Ihrer Phantasie heraus.*“ (Ist nur bei instabilen Patienten notwendig).
2. Emotionale Aktivierung in einer **aktuellen Auslösesituation**  
(Am besten gelingt es direkt aus einer aktivierten Situation heraus in das Gefühl zu gehen. Dann direkt zu Schritt 3 gehen)  
„*Suchen Sie sich jetzt bitte eine Situation aus ihrem Alltagsleben, in der Sie emotional sehr beteiligt waren und stellen sich diese mit allen Sinnesqualitäten genau vor, wie in einem Film. Lassen Sie den Film wieder ablaufen. In welcher Szene sind die Gefühle am stärksten? Lassen Sie diese Sequenz ein paar Mal ablaufen. Was machen die anderen genau?*“ Die Patienten sollen möglichst detailliert beschreiben, was sie erleben, der Therapeut fragt immer konkreter nach und paraphrasiert, bis die Essenz der Szene klar ist.

Wir setzten uns zur Imagination neben die Behandelten und schließen beide die Augen, damit wir uns optimal in das Erleben der Behandelten einfühlen können. Diese Sitzposition drückt auch körperlich aus, dass wir an der Seite der Behandelten stehen und bei Ihnen sind.

3. Fokussierung und **Benennung der aktivierten Emotion** (evtl. ambivalent)  
„*Was ist Ihr Gefühl? Ist da neben dem Hauptgefühl noch ein anderes Gefühl am Rande? Wie fühlt sich das im Körper an, in der Brust, im Bauch*“. Ggf. Gefühlspolaritäten anbieten: „*Ist die Brust eng oder weit, fällt das Atmen leicht oder schwer (bzw. ist ein Kloß im Hals), ist das Gefühl im Bauch kraftvoll oder schwach, zieht es sich im Bauch wie ein Krampf zusammen oder ist da ein flaes Gefühl im Oberbauch?*“ Es ist gut möglich, dass in der Brust Enge (bzw. Angst) und im Bauch kraftvoll-krampfend Ärger gespürt wird. Dann sind die Gefühle ambivalent. Auch das wird markiert und validiert.
4. **Wechsel** in eine **Vergangenheitsszene**  
„*Bleiben Sie jetzt bitte mit dem Gefühl in Kontakt, lassen sich zurücktreiben in die Jugend- und Kindheit und nehmen war, welche Bilder spontan kommen (nicht aktiv suchen). Wenn mehrere Bilder kommen spüren Sie ab, welches Sie am stärksten anzieht*“. Dabei die Gefühle paraphrasieren, um ihn in einer Art Trance zu halten, keine Pausen lassen. Ideal sind Bilder aus der Grundschulzeit.
5. **Interaktion mit den Bezugspersonen** in der Kindheitsszene wieder aktivieren.  
Wenn der Patient in einer Szene angekommen ist fragen Sie:  
„*Wie alt ist das Kind? Wenn das Kind erst (z.B.) 8 Jahre alt ist, ist es ok, wenn ich „du“ zu ihm sage? Also wo bist du genau?* Die Szene aus der Kindheit in filmhafter Qualität wieder ablaufen und achten auf die aktivierten Gefühlsfacetten.  
Es ist gut, die emotional belastendste Situation zu nehmen und konsequent nachzufragen: „*Was fühlst du genau, was spürst du im Körper? Alle Gefühle sind ok!*“

Wenn die **Emotionen sehr stark** sind, kann das Kind in der 3. Person angesprochen werden, das dämpft die Gefühle etwas: „*Wo ist das Kind, was fühlt das Kind*“ oder: „*Was fühlt der kleine Thomas?*“ Ggf. können sich die Behandelten die Szene auch wie ein Film mit einem anderen Kind vorstellen (sog. Leinwandtechnik). Die emotionale Aktivierung sollte stark, aber nicht überflutend sein. Bei Bedarf können SUDs (in %) erfragt werden: Bei zu großer Anspannung den **Film anhalten**: „*Wir halten jetzt den Film an. Sie haben die Fernbedienung. Es passiert nichts mehr. Sie*

*sind sicher!*“ (Wir setzen die behandelte Person hier, um sie als erwachsene Person anzusprechen).

6. **Validieren und Entpathologisieren der Gefühle** durch die Therapeutenperson:  
*„Diese Gefühle sind ganz normal. Jedes Kind in dieser Lage fühlt so. Ich fühle das gleiche, wenn ich jetzt hier neben dir sitze. Es ist gut, dass du das jetzt fühlen kannst. So fühlt sich die Schemaaktivierung an. Das ist deine Wunde. Das sind die alten Gefühle. Jetzt kannst du sie spüren und aussprechen, ohne in den Bewältigungsmodus zu gehen. Du bist nicht mehr allein!“*

## Teil 2: Modifikation (Imagery Rescripting)

7. Frage nach den **Grundbedürfnissen**  
*„Wonach sehnst du dich jetzt?“* oder *„was würde dir jetzt helfen?“* oder *„was braucht ein Kind (der kleine Thomas) in solch einer Situation?“* Die behandelte Person soll sich nur auf das Gefühl einlassen und es aussprechen, sie braucht nichts tun! In der Regel wünschen sich die Behandelten Unterstützung durch eine andere Person. Das entspricht der Situation des Kindes und wird von uns validiert: *„Genau, da muss dir jemand helfen bzw. dich schützen). Du kannst als Kind da selbst gar nichts tun!“*

Häufig wollen die Behandelten jetzt in einen Bewältigungsmodus gehen, geben sich die Schuld oder sagen „ich muss das alleine schaffen!“ Das Markieren und validieren wir (*„Genau, das ist dein alter Bewältigungsmodus und damals konntest du nichts Anderes tun“*), aber dann fragen wir nach: *„Aber nach was sehnst du dich eigentlich, was könnte dir jetzt helfen. Was braucht ein Kind in dieser Situation?“*

## 8. Veränderung der Situation

Die therapierende und die behandelte Person stehen zusammen auf und stehen nebeneinander und „schauen“ (mit GESCHLOSSENEN AUGEN) gemeinsam herunter auf die Stühle (in „Sie“-Form wechseln). Das Aufstehen und sich im Raum bewegen aktiviert erwachsene Körpermuster, die im Gegensatz zu der Sitzposition auf dem Stuhl stehen. Dieser körperliche Wechsel soll den Wechsel des neuronalen Aktivierungsmuster im Gehirn und den Perspektivwechsel unterstützen

### a) Außenperspektive:

*„Sie als die erwachsene Person von heute und ich betreten jetzt dieses Bild und sehen die Szene wie einen Film. Was ist Ihr Gefühl jetzt, wenn Sie sehen, wie das Kind behandelt wird?“* Bevor weiter gehandelt wird, sollte die **emotionale Ressource** (z.B. Wut) **aktiviert** sein (Ohne Wut keine Selbstbehauptung!) Sonst direkt zu b), c) oder d) übergehen. Besonders bei Patienten mit wenig Ressourcen gleich zu d) gehen.

- b) **Kritiker erfassen:** Wenn Behandelte blockiert sind, liegt das meist an einschließenden Kritikerstimmen: *„Ich merke, Sie sind blockiert. Was sagt denn die Stimme im Kopf in diesem Moment?.....ich verstehe, dass Sie Ihre Mutter schützen wollen. Die Stimmen in Ihrem Kopf sind der Mutter immer noch sehr verbunden. Versuchen wir die Stimmen mal zur Seite zu setzen. Mit denen arbeiten wir später. Aber wenn Sie jetzt auf den EFFEKT schauen, den das Verhalten der Mutter bei dem Kind auslöst, was für ein Gefühl kommt da in Ihrem Körper hoch?“* Besser die Effekte des Verhaltens betonen, als die Person kritisieren, sonst kommen die Behandelten in einen Loyalitätskonflikt.

### c) Extensionstechnik:

*„Holen Sie jetzt bitte einen kompetenten Menschen aus Ihrem Leben oder eine mächtige Helferfigur zu uns in das Bild. Was sagt diese Person zu dem, was sie hier sieht?“* Wenn sich die Patienten konkret genug in diese Person hineinversetzen kann es sein, dass sie in eine erwachsene Bewertung kippen.

### d) Substitutionstechnik:

„Setzen Sie jetzt bitte Ihr eigenes Kind (oder ein anderes gemochtes Kind, oder ggf. sogar ein geliebtes Tier) an diese Stelle. Was macht das jetzt für ein Gefühl wenn Sie sehen, wie das Kind behandelt wird? Was möchten Sie aus diesem Gefühl heraus für das Kind tun oder sagen? Sie können alle möglichen Hilfsmittel einsetzen oder Hilfspersonen dazuholen“ (z.B. Waffen, pädagogische Fachkräfte oder die Polizei).

- e) **Die Therapeutenperson gibt ein Modell** für den gesunden Erwachsenen: „Lassen Sie bitte mich als Therapeut in die Imagination einsteigen und für das Kind sprechen.“ Die Therapeutenperson entmachtet die Bezugspersonen. Danach fragt er oder sie: „Wie fühlen Sie sich, wenn ich das so sage?“ Falls die behandelte Person irritiert reagiert wird wiederum gefragt: „Was sagt die Stimme im Kopf dazu?“ Die so entdeckten inneren Bewerter können später in einer Stühleübung weiter bearbeitet werden. Dann sollen die Behandelten das für sie mögliche aktiv selbst aussprechen. Auf diese Weise kann die Intervention den Möglichkeiten der Patienten flexibel angepasst werden.

Die behandelte Person soll (wenn möglich) die Bezugspersonen **laut und deutlich in direkter Rede konfrontieren und entmachten**, auch wenn diese in der Imagination nicht reagieren. Das geht leichter, wenn die Bezugspersonen in erster Linie nicht kritisieren, sondern auf die Effekte von deren Verhalten schauen. Die sind nämlich eindeutiger zu sehen und wurden unten auf dem Stuhl ja gerade gespürt. Das vermindert mögliche kognitive Dissonanzen in den Behandelten. Er soll aber auf die Reaktionen der Bezugspersonen achten. Ggf. werden die Bezugspersonen entfernt bzw. einer Behandlung zugeführt. Danach Stabilisierung des Effektes: „Was fühlen Sie jetzt (in Ihrem Körper), wenn Sie sich so für das Kind eingesetzt haben? Ggf. kritische Stimmen wiederum wahrnehmen, als Innere Kritiker benennen und in Stühledialogen weiter bearbeiten.“

9. **Gefühl für das Kind:** „Wir wenden uns nun dem Kind zu. Wie ist Ihr Gefühl, wenn Sie das Kind anschauen? Es ist wichtig, dass die Behandelten ein positives Gefühl für das Kind haben. Kritische Gedanken werden den Inneren Bewertern zugeordnet. Wenn sich die Behandelten nicht davon lösen können, übernehmen die Therapierenden die Versorgung des Kindes.“
10. **Versorgung des Kindes:** „Aus diesem Gefühl heraus: Was möchten Sie jetzt für das Kind tun oder sagen?“ Die Behandelten trösten das Kind in direkter Rede. Das kann weiterhin im Stehen geschehen. Es ist aber auch möglich, die Behandelten sich setzen zu lassen und ihnen ein festes, größeres Kissen als Symbol für das Kind in den Arm zu legen und sie zu diesem „Kind“ sprechen zu lassen. Ggf. kann mit dem Kind aus der Situation heraus direkt zu einem guten und sicheren Ort in der Phantasie gegangen werden, und nicht wie ab Punkt 13 in die Aktuelsituation zurück zu gehen.
11. **Vergegenwärtigung des veränderten Erlebens**  
An das Kind: „Lassen Sie sich einen Moment Zeit, um in die Rolle des Kindes zu wechseln..... Sage mir bitte: Was hat die Große gerade gemacht? ...Was hat Sie zu den Anderen gesagt? ....Was hat sie zu dir gesagt? ....Wie fühlst du dich jetzt?.....Wie fühlt sich das jetzt an im Vergleich zu vorhin, bevor die Große kam?....Was brauchst du noch?“ Es ist wichtig, dass die Behandelten sagen, was passiert ist und dass sich das jetzt anders anfühlt („felt shift“), damit das Erlebnis in einem Narrativ verankert wird und zu einer neuen, bewusst im semantischen Gedächtnis abgespeicherten Lernerfahrung führt: Jetzt bin ich nicht mehr ohnmächtig, jetzt bekomme ich Hilfe!
12. **Verantwortung für die Kindseite übernehmen:** Im Sitzen an die Erwachsene gewendet: „Sie sind jetzt wieder die erwachsene Person. Wie fühlen Sie sich jetzt?“

*Wollen und können Sie dem Kind geben, was es jetzt noch braucht? (In der Regel, nicht mehr alleine gelassen zu werden). Wie fühlt sich das im Körper an?“ Eine gute Frage ist: „Wollen Sie die Kleine nie mehr alleine lassen? Können Sie sich vorstellen, als Kind zu adoptieren (und ggf. so zu versorgen wie die leiblichen Kinder)?“*

13. Der Erwachsene **wechselt** mit dem veränderten Erleben **in die Aktuelsituation**:

*„Fokussieren Sie bitte auf dieses Erleben, lassen alle Bilder der Kindheitsszene verblassen und gehen Sie so langsam wieder in die aktuelle Aktivierungssituation, dass Sie mit Ihrem Gefühl in Kontakt bleiben können. Sorgen Sie jetzt für sich so gut Sie können und schauen, wie sich dadurch das Verhalten des Anderen verändert. Machen Sie so lange weiter, bis Sie mit dem Ergebnis einigermaßen zufrieden sind“.*

14. **Vergleich des Gefühls vorher/nachher**

*„Bitte vergleichen Sie das aktuelle Gefühl am Ende der Imagination mit dem Gefühl am Anfang der Übung“.*

15. **Regelextraktion**

*„Versuchen Sie bitte diese Erfahrung in einen Merksatz zusammenzufassen“. Das kann die Wiederholung der Lernerfahrung des Kindes von Punkt 11 sein, aber jetzt von der Erwachsenen formuliert.*