

## Der Einsatz von imaginativen Techniken im Rahmen des Trainings sozialer Kompetenzen

Erika Güroff

### **Zusammenfassung: Der Einsatz von imaginativen Techniken im Rahmen des Trainings sozialer Kompetenzen**

Im folgenden Artikel wird eine verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsform für soziale Phobie und ängstlich-vermeidende bzw. vermeidend selbstunsichere Persönlichkeitsstörung beschrieben, bei der eine Kombination aus einem Training sozialer Kompetenzen mit imaginativen Verfahren vorgestellt wird. Das verwendete Training sozialer Kompetenzen ist eine Weiterentwicklung des Assertiveness-Training-Programms von de Mynck und Ullrich. Imagination wird als ein Aspekt der kognitiven Reaktion verstanden. Verhalten und Denken werden von Innenbildern begleitet. Ihre Berücksichtigung im therapeutischen Prozess könnte die Wahrscheinlichkeit von Therapieerfolgen auch bei schweren Ausprägungen der oben genannten Störungen erhöhen. Eine Darstellung einer solchen Behandlung bei einem schwer sozial phobischen Patienten erfolgt im Anschluss an die theoretischen Ausführungen.

**Schlüsselwörter:** Verhaltenstherapie, soziale Angst, soziale Phobie, ängstlich-vermeidende Persönlichkeit, vermeidend selbstunsichere Persönlichkeitsstörung, Training sozialer Kompetenzen, Imagination

### **Abstract: The use of imagery techniques in social skills training**

In the following article a treatment of social phobia and avoidant personality disorder based on behavior therapy is described, in which a combination of a social skills training and methods focusing on mental imagery is realized. The social skills training applied is an enhancement of the Assertiveness-Training-Program developed by de Mynck and Ullrich. Mental imagery is understood as an aspect of cognitive reaction. Behavior and thinking come along with mental imagery. Taking this into consideration in psychotherapeutic processes, the probability of good therapy outcomes might be increased, even in severe manifestations of the diagnoses mentioned above. A presentation of such a treatment with a patient suffering from a severe social phobia is given.

**Keywords:** behavior therapy, social anxiety, social phobia, avoidant personality disorder, assertiveness training, social skills training, mental imagery

## Einleitung

In der Psychotherapie wird die Imagination schon lange nutzbar gemacht: in der Traumdeutung der Psychoanalyse, im katathymen Bilderleben, in der Hypnotherapie, beim Focusing, in der Gestalttherapie; und in den letzten Jahrzehnten wurden ausgezeichnete umfassende Therapiekonzepte entwickelt, in denen die Imagination ein wichtiger Bestandteil ist: die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT), die Schematherapie, viele emotionsfokussierte Therapieformen, oder die Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT).

Ein umfassender Überblick über die vielfältige Bedeutung und Verwendung von Imaginationen in der Psychotherapie sowie detaillierte Referenzen und Literaturangaben findet sich bei Kirn, Echelmeyer und Engberding (2015).

In der Verhaltenstherapie im Besonderen gab es darüber hinaus auch schon sehr früh eine Nutzung der Imaginationsfähigkeit bei der Systematischen Desensibilisierung und später bei der Exposition in sensu. Dabei stellt der/die TherapeutIn in Fällen, in denen keine unmittelbare in-vivo-Präsentation möglich ist - etwa bei mündlichen Prüfungen - den angstausslösenden Stimulus des/der PatientIn in sensu vor.

Aber das Feld ist auch in der Verhaltenstherapie viel größer und bunter. Im letzten Jahrzehnt ist die Imagination vermehrt in den Fokus vielfältiger Forschungsarbeiten gerückt (Holmes, Arntz & Smucker, 2007).

## Was ist unter Imagination zu verstehen

„Cognitions can take the form of verbal thoughts or mental images, and these cognitions form the target of cognitive-behavioural therapy (CBT) interventions“ (Hirsch & Holmes, 2007; S.165).

Im Grunde sind wir alle ständig durchdrungen von inneren Geschehnissen, die visueller, sensibler, akustischer und/oder olfaktorischer Natur sein können. „Mental imagery occurs when perceptual information is accessed from memory, giving rise to the experience of seeing with the mind’s eye, hearing with the mind’s ear and so on“ (Kosslyn, Ganis & Thompson, 2001, S. 635).

Ich beziehe mich in diesem Artikel auf die visuellen Prozesse. Vor allem visuell begabte Personen sind ununterbrochen begleitet von inneren Bildern und Filmen, die nicht unbedingt in dem Ausmaß im Bewusstsein präsent sind wie verbal kognitive Vorgänge. Diese Personen fallen durch eine bildhafte Sprache auf.

*Beispiele:*

- Eine sehr selbstunsichere Patientin sagt, sie fühle sich wie ein komischer Affe unter stolzen und schönen Tieren.
- Ein Patient berichtet, der Weg zur Arbeit sei für ihn wie der Weg zum Schafott.
- Eine Patientin berichtet, ihre Schwiegermutter sitze auf der Lauer wie ein böses Gespenst.
- Eine Patientin sagt, sie fühle sich wie in Eisberge eingeschlossen, wenn sie mit anderen Menschen reden soll.

Bilder sind ein uralter Zugang der Menschheit, Phänomene fassbar und sichtbar zu machen. Sie finden sich in bildhaften Metaphern und Symbolen in Religionen (Beispiele: der Schutzengel, der Teufel), in der bildenden Kunst (Beispiel: Dürers Melancholia dargestellt durch einen sinnierenden Engel von mystischen Zeichen umgeben), aber auch in der Werbung (Beispiel: in den 90er Jahren bat eine Mineralölfirma ihre KundInnen, den Tiger in den Tank zu packen), um nur einige wenige Möglichkeiten zu erwähnen.

Sind Metaphern und Symbole noch allgemein zugängliche (Bild-)Strukturen, um eine abstrakte Gegebenheit zu verdeutlichen, werden in der psychotherapeutischen Arbeit die individuellen Imaginationen der PatientInnen fokussiert:

Arntz, de Groot und Kindt (2005) haben im Rahmen ihrer Untersuchungen zu traumatischen Stimuli aufgezeigt, dass alle emotionalen Prozesse in ihrer Natur imaginativ unterlegt sind und dass eine intensive Emotion mit hoher Wahrscheinlichkeit in einem Bild repräsentiert wird.

Des Weiteren haben Holmes und Matthews (2005) in ihren Studien nachgewiesen, dass Imagination zu intensiverem emotionalem Erleben führt als rein verbale Prozesse im Umgang mit demselben Material. Dies beziehe sich sowohl auf negative als auch auf positive Ereignisse.

So können wir also davon ausgehen, dass die Berücksichtigung der imaginativen Prozesse im Rahmen einer Psychotherapie eine intensivere Aktualisierung von affektiven Reaktionen und damit deren Bearbeitung ermöglicht.

Und schließlich sind Innenbilder individuell wie ein Fingerabdruck. Menschen können dieselben Gedanken haben, wie „Die anderen denken schlecht über mich“ oder „allen geht's besser als mir“ oder „ich halte das nicht mehr aus“, sie können dieselben körperlichen Empfindungen haben, wie Herzrasen, Zittern, Schwindel, sie können dieselben Gefühle benennen, wie Ängste, Traurigkeit, Schuld, und sie können dieselben Verhaltensweisen zeigen, wie kichern, schreien, aufstehen, den Raum verlassen, freundlich mit anderen reden etc. Aber sie haben nie dieselben inneren Bilder und Filme, denn diese beruhen auf individuellen Erfahrungen und Erinnerungen.

## Nutzen des Einsatzes von Imagination

Aus den dargestellten Studien zum innerpsychischen Geschehen der Imagination können nun für den Einsatz dieser Imaginationen bei der therapeutischen Arbeit Folgerungen gezogen werden:

- Wegen der Individualität und Einmaligkeit der imaginativen Prozesse bei einem/einer PatientIn kann die therapeutische Beziehung individueller als allein bei verbal-kognitiver Therapie gestaltet werden.
- Das affektive Erleben des/der PatientIn im Therapieprozess kann vertieft werden.
- Die andere als die gewohnte verbale Ebene eröffnet einen neuen, kreativen Zugang zur Problematik.
- Insbesondere, wenn die Behandlung ins Stocken gerät, der/die PatientIn sich überfordert oder „widerständig“ zeigt, kann die Imagination eine Möglichkeit sein, den Prozess wieder in Gang zu bringen.
- Vage formulierte Probleme können veranschaulicht und sichtbar gemacht werden.
- Ebenso können Therapieziele und Lösungen, die sonst verstellt sind, sichtbar werden.
- Problematische Bilder, die un- oder halb bewusst sind, das Störungsbild jedoch negativ beeinflussen, können aufgegriffen und verändert werden.
- Kognitive Umstrukturierungen bei kognitiver Verhaltenstherapie können vertieft und verankert werden. Viele PatientInnen sagen: „Vom Kopf her weiß ich das, aber ich fühle es nicht“. Die Verbildlichung der neuen Gedanken und Denkmuster ermöglicht oft erst den emotionalen Zugang.
- Eine wichtige Ressource bei phantasievollen PatientInnen kann nutzbar gemacht werden.
- Ein Zugang zum Erleben aus der Kindheit kann hergestellt werden. Kinder sind noch sehr in ihrer Phantasiewelt verankert. Wenn wir diese Welt wieder lebendig machen, greifen wir auf frühere Ressourcen und auf unverarbeitete Erlebnisse zurück, die noch unabhängig von Logik und rationalem Zugang waren, die jedoch die/den Erwachsene/n in ihrem/seinem Erleben behindern können.

## Erscheinungsformen

Die Realitätsebenen können variieren von realistisch bis phantastisch.

### *Beispiel:*

Der Chef kann im Innenbild so aussehen, wie er eben aussieht, er kann leicht verzerrt aussehen: größer, dicker, röter, oder er nimmt plötzlich Züge eines früheren Lehrers oder des Vaters an oder kann zum Drachen werden, zum Ungeheuer, das den Rachen aufreißt und droht, sein Gegenüber zu verschlingen.

Es können einzelne Bilder oder ganze Filmsequenzen ablaufen und dargestellt werden.

## Die Aktivierung und Modifikation von Imaginationen

### Die Aktivierung

Spontane im Gespräch geäußerte Bilder können aufgegriffen werden.

#### Beispiele:

- „Vor den Kollegen stehe ich vor der Schlachtbank.“
- „Die Menschen verschlingen mich mit ihren Blicken.“
- „Ich erstarre zur Salzsäule, wenn mich andere Menschen anschauen.“
- „Ich verhalte mich in Gegenwart anderer Menschen wie eine Amöbe“

Die TherapeutIn sollte solche spontanen Bilder aufnehmen, indem sie nachfragt.

#### Beispiele:

- „Was meinen Sie mit der Amöbe. Wie verhält die sich? Wie sieht die aus?“
- „Wie sieht das aus, wenn Sie sagen, die Menschen verschlängen Sie?“
- „Beschreiben Sie mir einmal bitte Ihr Bild von der Schlachtbank!“
- „Wie sehen Sie aus als Salzsäule?“
- „Sie sagen, dass Sie in Gegenwart von Frauen wie ein Tölpel dastehen. Wie darf ich mir das bildlich vorstellen?“
- „Sie sagen, Ihr Chef sei ein Ungeheuer. Beschreiben Sie mir doch bitte dieses Ungeheuer, wie sieht es aus?“

Bilder können evoziert werden durch Bezugnahme auf das geäußerte Gefühl oder Problem.

#### Beispiele:

- „Wenn Ihr Gefühl der Angst andere Menschen anzusprechen, das Sie gerade beschrieben haben, als Bild sichtbar würde, wie würde das aussehen?“
- „Sie sprechen von Denkblockaden, wenn der Chef Sie anspricht. Wie sieht das genau aus bzw. welches Bild schwebt Ihnen da vor?“

### Die Modifikation

Imaginationen können unter Anwendung einer Vielzahl von Techniken aus der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) bearbeitet werden, wie Rekonstruktion, Umwandlung, Zu-Ende-Führen (Holmes et al., 2007; Wilken, 2012).

Wenn ein/e PatientIn z.B. das Bild der Salzsäule einbringt und die weitere Exploration diese als eine Figur verdeutlicht, die starr und unbeweglich in der Landschaft steht, kann im Sinne der schrittweisen Modifikation aus der KVT der/die PatientIn ermutigt werden, diese Figur allmählich immer beweglicher und lebendiger in der Vorstellung werden zu lassen. Dieser Vorgang entspricht der Modifizierung von maladaptiven Gedanken, wie sie u.a. bei Wilken (2008) dargestellt ist. Diese Vorgänge sind in der Regel von hohem emotionalen Erleben begleitet.

Holmes et al. (2007) weisen darauf hin, dass Innenbilder nicht nur eruiert und umgewandelt werden können, sondern auch neue von dem/der TherapeutIn vorgegeben werden können, die Prozesse verdeutlichen helfen.

So kann der/die TherapeutIn Bildmetaphern zur Verdeutlichung seines/ihres Vorgehens anbieten. Eine solche Metapher kann durch Umwandlung in einen für den/die jeweilige/n PatientIn relevanten imaginativen Prozess (innerer Film) in eine individuelle Imagination umstrukturiert werden

*Beispiel:*

Der/die PatientIn kann das graduierte Vorgehen im Training sozialer Kompetenzen (TSK) (Güroff, 2017) mit einer geläufigen Bildmetapher einer Bergbesteigung erläutern. Diese wird durch die Konkretisierung zu einer Imaginationsreise: „Ich weiß, dass Sie gerne und häufig in die Berge gehen. Sie sind also ein/e erfahrene/r BergwanderIn. Wenn Sie zum Gipfel eines Berges gelangen wollen, der keine Seilbahn oder einen hoch gelegenen Parkplatz hat, beginnen Sie den Anstieg am Fuß des Berges. Sie gelangen mit jedem Schritt höher und Ihrem Ziel näher. Bald erreichen Sie die ersten Almen, dann die Baumgrenze. Die Luft wird klarer und sie können sehen, wie Ihr Ziel immer näher rückt und sichtbarer wird. Wenn Sie sich mit einem Hubschrauber zum Gipfel fliegen lassen, kennen Sie das Ziel, wissen aber nichts vom Weg und seiner Bewältigung. Beim nächsten Berg sind Sie dann wieder ratlos.“

Das Bergbild ist, wie erwähnt, eine geläufige Bildmetapher. Es spricht aber besonders Personen an, die die Berge kennen und lieben und Erfahrungen mit Bergwanderungen haben. Andere sind inspirierbar durch das Bild eines hohen Hauses, das sie Treppe für Treppe ersteigen und auf jeder Etage neue Eindrücke sammeln können, bis sie schließlich auf der Dachterrasse ankommen. Wieder andere bauen das Haus selbst und lernen, dass es sinnvoll ist, beim Fundament zu beginnen und nicht beim Dach, wenn sich herausstellt, dass das Haus auf unsicherem Fundament mit bröckeligem Mauerwerk steht.

Es ist also wichtig, die persönlichen Erfahrungen und Vorlieben von PatientInnen zu kennen, um ein ihnen emotional vertrautes Bild zu verwenden.

### **Die Integration von Imagination in den Therapieprozess bei sozialer Angst, sozialer Phobie und ängstlich-vermeidender Persönlichkeit**

Negative Innenbilder sind ein zentraler Aspekt bei Angststörungen allgemein. Sie beziehen sich oft auf Erinnerungen aus der Vergangenheit, können aber als aktuelle Bedrohung im Hier und Jetzt erlebt werden (Hirsch & Holmes, 2007).

Auffallend ist, dass AngstpatientInnen eher selten spontan über ihre angstbesetzten Innenbilder berichten, es sei denn, sie werden direkt danach befragt. Meist werden Ängste wesentlich mehr verbal als mit Bezug auf Bilder geschildert (Borkovec, 1990). Dies „helfe“ den PatientInnen hohe Angstlevel und hohe physiologische Erregung zu vermeiden, da Imagination affektive und physiologische Prozesse intensiviert (s.o.).

Insofern sollten bei der Therapie von sozialer Angst und sozialer Phobie imaginative Techniken durchaus vermehrt einbezogen werden, um die typischen komplexen Vermeidungsmuster intensiver zu verdeutlichen und zu unterbrechen.

### **Das Training sozialer Kompetenzen (TSK) zur Behandlung sozialer Angst, sozialer Phobie und ängstlich-vermeidender Persönlichkeit**

Bevor ich eine Behandlung sozialer Angst unter Einsatz von imaginativen Techniken schildere, will ich das TSK kurz vorstellen.

Zu Recht wird in der Literatur der plötzliche und enorme Rückgang von der Berücksichtigung von Assertiveness Trainings sowohl als Gegenstand der Forschung als auch im therapeutischen Rahmen beklagt (Speed et al., 2017). Das Assertiveness Training ist eine hinlänglich validierte Behandlungsform sowohl als zentrale Maßnahme als auch als Therapiebaustein bei vielfältigen psychischen Störungen, wie Depressionen, Zwängen und Phobien (Swee et al., 2018).

Im deutschsprachigen Raum existiert ein hocheffektives, gründlich evaluiertes und evidenzbasiertes Trainingsprogramm, das Assertiveness Training Programm (ATP) von de Mynck und Ullrich (2001, 2004, 2006), welches fast völlig aus den Behandlungsplänen in der verhaltenstherapeutischen Landschaft verschwunden ist.

Als ehemalige Schülerin von de Mynck und Ullrich weiß ich auch aus meiner täglichen therapeutischen Erfahrung um den klinischen Nutzen dieses Verfahrens und habe auf der Basis des ATP ein Training sozialer Kompetenzen (TSK) entwickelt, welches den aktuellen Wissenstand, die aktuelle gesellschaftliche Entwicklung und ökonomische Gesichtspunkte berücksichtigt (Güroff, 2017).

Das TSK ist wesentlich kürzer als das ATP, berücksichtigt aber noch dessen folgende wirkungsvolle verhaltenstherapeutische Prinzipien:

- Graduelles/hierarchisches Vorgehen
- Präsentation von vorgegebenen Situationen
- Durchführung dieser Übungsszenen im Rollenspiel und in vivo
- Schrittweises Hinführen der PatientInnen zu individuellen Übungsszenen
- Vermittlung von definierten sozialen Kompetenzen (assertive social skills), die auf ausführlichen Forschungsarbeiten beruhen (de Muynck & Ullrich, 2001, 2004, 2006)
- Filmische Darbietung des Modellverhaltens mittels DVD
- Konsequente Rückmeldungen nach dem Verstärkungs- und Löschungsprinzip unter Vermeidung jeglicher Form der Bestrafung im weitesten Sinn („goldene Regel“ nach Güroff, 2017)

### Ein Fallbeispiel

Herr S., ein 30-jähriger Bankkaufmann, ledig, stellte sich in meiner ambulanten Praxis vor. Etwa ein halbes Jahr zuvor war er für 6 Wochen in einer psychosomatischen Klinik zur stationären Behandlung einer mittelgradigen depressiven Episode und einer sozialen Phobie gewesen. Er stellte sich bei mir vor, weil die depressiven Symptome wieder aufzuflackern begannen, nachdem er am Arbeitsplatz erneut erhebliche Versagensängste, Probleme bei der Abgrenzung gegen Arbeitsüberforderung, sowie massive Ängste, sich durchzusetzen, erfahren hatte.

Während des Klinikaufenthaltes sei die Depression relativ schnell abgeklungen, die sozialen Ängste seien im Rahmen von Rollenspielen behandelt worden. Er habe damals viel Mut geschöpft, weil er erstmals erlebt habe, wie man dem Vorgesetzten freundlich aber bestimmt seine Grenzen zeigen und eine bessere Umverteilung der Arbeit fordern kann.

Da der Chef von seiner Depression wusste und ihn ausdrücklich nach dem Klinikaufenthalt schonen wollte, sei es ihm zunächst am Arbeitsplatz auch recht gut gegangen. Allmählich aber hätten die Anforderungen wieder zugenommen. Er habe sich an seine Rollenspiele erinnert, zuhause auch vor dem Spiegel geübt, sobald er aber im Büro saß, seien seine Ängste wieder so stark geworden, dass er sich nicht getraut habe, etwas von dem Gelernten anzuwenden.

Die folgende Situation und ihr Ablauf sei für ihn sehr typisch. Ich stelle sie gemäß dem SORK (Situation-Organismus-Reaktion-Konsequenz) Schema dar:

S:

Der Chef kommt zu Herrn S. in dessen Büro, legt ihm ein Schriftstück hin und sagt zu Herrn S.: „das müssen Sie bitte noch einmal überarbeiten; da sind noch Lücken drin; bitte legen Sie mir die Arbeit morgen auf meinen Schreibtisch“.

Kollegen sitzen mit im Raum. Als der Vorgesetzte hereinkommt, werden sie still.

O:

Selbstbeurteilung als Schüler und Berufstätiger: „ich bin dumm, langsam und schlechter als die anderen“.

Selbstbeurteilung allgemein: „ich bin auf der Schattenseite des Lebens geboren, alle anderen sind fröhlicher und schlauer“; „ich bin langweilig für die anderen“.

Grundannahmen/Einstellungen (zur Welt und zu den Menschen allgemein): „die Welt ist hart“; „die Menschen sind egoistisch, selbstsüchtig und hartherzig“.

Einige Oberpläne/Pläne: „Verhindere mit allen Mitteln, dass diese harte Welt erkennt, wie schwach du bist“; „Tu alles, damit du halbwegs ungeschoren davonkommst“; „Tu alles, damit du wenigstens ein wenig Anerkennung abzweigen kannst für dich“.

*R kognitiv:*

- „Um Gottes Willen, wie peinlich“
- „Das kann ich nicht“
- „Ich weiß nicht, was ich tun soll, was er von mir erwartet“
- „Was denkt der jetzt von mir“
- „Der wird mich nicht mehr lange behalten“
- „Die Kollegen werden mich jetzt verachten und sich lustig machen über mich“.

*R physiologisch:*

- Zittern
- Erröten
- Kurzatmigkeit

*R emotional:*

- Scham
- Angst

*R Verhalten:*

Herr S. entschuldigt sich mehrfach: „das tut mir wahnsinnig leid“, „wie konnte mir das nur passieren“, „reicht es Ihnen morgen? Ich kann auch Überstunden machen, unbezahlte natürlich“.

*K (hier verkürzt):*

Die Kollegen schauen schweigend zu;

Der Chef nickt und verlässt grußlos und ohne Lächeln den Raum.

Durch sein Verhalten kann Herr S. die Situation zunächst beenden und gewinnt etwas Zeit.

Außerdem hofft er, damit den Chef besänftigt zu haben.

Diese Situation sei für ihn auf einer Schwierigkeitsskala (subjective units of disturbance [SUD]) zwischen 0 und 100 bei ca. 80 angesiedelt. Nachträglich schätzt der Patient seine SUD in der Klinik vor den Rollenspielen bei 90 bis 100.

Diese Situation sei in der Klinik mehrfach durchgesprochen und in Rollenspielen durchgespielt worden. Er habe gelernt, seine Einstellung zu sich und den Menschen zu reflektieren und zugunsten positiver Einstellungen („ich bin auch etwas wert“; „ich mache meine Arbeit gut“; „ich darf Fehler machen, das heißt noch lange nicht, dass ich alles falsch mache“; „mein Chef ist zwar etwas verschlossen, aber ein gerechter und freundlicher Mann“) zu korrigieren. Zudem habe er geübt, den Chef klar und freundlich zu bitten, ihm konkret zu sagen, was er verändert haben möchte, in Ruhe die Verbesserungen zu überprüfen und dem Chef dann ebenso klar und freundlich zu sagen, wann genau er damit fertig sein wird und ihm das Schriftstück wiederbringen kann.

Er habe das so gut gekonnt.

Der langfristig stabile Erfolg sei jedoch ausgeblieben.

Der Rückfall erklärt sich mit Sicherheit zum einen daraus, dass die soziale Phobie nicht vollständig behandelt worden war (er war, um das Bergsteigerbild noch einmal zu bemühen, mit dem Hubschrauber auf den Gipfel gebracht worden).

Zum anderen war Herr S., ermutigt nach den ersten Erfolgen, zunächst auch nicht den Ratschlägen der behandelnden PsychologInnen und ÄrztInnen gefolgt, nach der Klinik eine ambulante Weiterbehandlung aufzusuchen.

Eine soziale Phobie dieses Schweregrades bedarf eines sehr ausführlichen Trainings und ist mit einigen ausgesuchten Verhaltensübungen von Situationen hohen Schwierigkeitsgrades nicht ausreichend zu behandeln.

Schließlich reichte die rein verbal-kognitive Zugangsweise, wiewohl durchaus lege artis, bei diesem Patienten für einen dauerhaften Behandlungserfolg nicht aus.

Herr S. erwies sich als phantasiebegabt und so ergab sich ein sehr beeindruckendes Gesamtbild:

Zunächst bat ich Herrn S., das Geschehen in der Vorstellung ablaufen zu lassen und mir zu schildern, was er sieht (Aktivierung der Innenbilder).

Er berichtete den folgenden „Film“:

Der Vorgesetzte tritt mit böser Miene an seinen Tisch; die anderen verstummen und rücken zusammen; sie stoßen sich verstohlen an, grinsen und halten sich die Hände vor den Mund, um nicht loszuprusten; der Chef spricht mit harschem Tonfall; er selbst sitzt mit tiefrotem Kopf und zitternden Händen vor ihm und wird immer kleiner; er stottert und ächzt die Entschuldigungen hervor und starrt dabei vor sich auf den Schreibtisch; der Kopf zittert zu sehr, als dass er ihn heben könnte; schließlich stürmt der Chef, die Augen gen Himmel rollend und mit dem Kopf schüttelnd aus dem Raum. Die Kollegen gehen grinsend an ihre Arbeit zurück.

Während der Schilderung bat ich Herrn S., sich viel Zeit zu lassen, und fragte ihn immer wieder nach seinen den Film begleitenden Gefühlen.

Diese Schilderung wurde noch einmal wiederholt. Sie triggerte zunächst eine deutliche Erregung, die allmählich abflaute und letztendlich zu einer spürbaren Entlastung führte (entspricht der Technik des Zu-Ende-Denkens aus der KVT).

Am Ende der Vorstellung musste Herr S. lachen über die „Übertreibung“, die ihm da seine Phantasie beschert.

Gleichwohl bat ich Herrn S. in der nächsten Sitzung, mir einmal die (oben unter der O-Variable dargestellten) Grundeinstellungen zu sich und der Welt sowie seine resultierenden Pläne vorzulesen, um bei diesen dann nach relevanten Bildern zu suchen (Aktivierung der Innenbilder). Nun sah er sich als kleinen Kerl in kurzen Hosen, stumm und schwitzend vor einem überdimensioniert großen finsternen Lehrer stehen. Er soll aus dem Stegreif eine kurze Geschichte vor der Klasse zu einem aufregenden Erlebnis erzählen. Es fällt ihm nichts ein, weil es nichts Erzählenswertes gibt in seinem Leben, außer vielleicht die Tatsache, dass sein Vater immer zu viel trinkt, wofür er sich endlos schämt. Die Mitschüler, die alle in schicke Hosen und Jacken gekleidet sind, lachen laut und einer schreit „schaut nur, wie er dasteht, unser Grattler (in Bayern mundartliche Abwertung für sehr einfache, finanziell schwache Personen, die meist auch ungepflegt erscheinen)“.

Dieser „Film“ war nun die Erinnerung an ein real erlebtes Ereignis.

Herr S. war sehr betroffen davon. Bei der Besprechung wurde ihm bewusst, dass er dieses „Kurze-Hosen-Bild“ eigentlich immer in Gegenwart seines Chefs und seiner Kollegen hat.

Nun könnte man an diesem einen Bild ausführlich arbeiten, die Mitschüler langsam verwandeln in die eigentlich freundlichen Kollegen, die kurzen Hosen länger werden lassen zu schicken Erwachsenenhosen, den finsternen Lehrer schrittweise verwandeln in den zwar sachlich fordernden

aber ansprechbaren und gerechten Vorgesetzten (entspricht der kognitiven Umstrukturierung aus der KVT).

Bei dieser schweren und weit generalisierten sozialen Phobie ist es aber sinnvoll, nicht nur eine Zentral- bzw. Schlüsselsituation in den Fokus der Therapie zu nehmen, sondern ein ganzes Assertiveness Training, im vorliegenden Fall das TSK anzubieten. In jeder einzelnen Übungsszene kann die Aktualisierung und Modifikation belastender Innenbilder aufgegriffen werden.

In der Testdiagnostik (Ullrich, 2001) zeigte sich, dass die beschriebene Sequenz nur ein Teil der umfassenden sozialen Ängste des Patienten war, wenn auch der schmerzlichste. Die anderen sozialen Bereiche, wie Kontakt, Forderungen stellen und Nein sagen können (Güroff, 2017; de Muynck & Ullrich, 2001, 2004, 2006), waren aber ebenso belastet. Deshalb empfahl ich Herrn S. die Durchführung des TSK.

Dieses beginnt mit einfachen Übungen und wird Schritt für Schritt schwieriger, bis der Patient auch solch belastende Situationen wie die geschilderte meistern kann (Bergbild!). Damit werden die Ängste graduell abgebaut und gleichzeitig die sozialen Bewältigungskompetenzen aufgebaut. Im TSK sind die 4 Ebenen Kognition, Emotion, Körperreaktion und Verhalten bedacht. Es ist aber ebenso sinnvoll, den Bereich der Imagination miteinzubeziehen.

So ermutigte ich Herrn S. in Anwendung des vorab genannten Bildes, Bergsteigen allgemein zu lernen, angefangen beim Schnüren der Stiefel und beim Einstieg am Fuß des Berges. Da er selbst gerne in die Berge ging, gefiel ihm diese Bilderreise, und er begab sich mit mir in die erste Übungsszene, die Szene 1 aus dem TSK, gewissermaßen den Einstieg in den Berg:  
*Der Patient geht auf eine/n fremde/n PassantIn zu und fragt diese/n nach einer Straße.*

Die Situation ist überschaubar und hinsichtlich vieler Aspekte „einfach“: die Person ist fremd, sie hat keine Autoritätsrolle inne, der Patient kann sie sich aussuchen, es schauen keine anderen zu, zu sprechen ist nicht viel, zu leisten ist nichts.

Ich zeigte, entsprechend der Vorgehensweise im TSK, Herrn S. die erste Szene aus der filmischen Modelldarbietung und bat ihn zunächst um Benennung der Verhaltensweisen des Modells, die ihm persönlich als selbstsicher erscheinen (assertive social skills). Die klassischen Kompetenzen, wie aufrechte Haltung, direkt auf den/die PassantIn zugehen, Blickkontakt, laute und deutliche Stimme, grüßen statt entschuldigen, konnten leicht geklärt werden. Dann bat ich ihn, mir seinen persönlichen Film von sich zu schildern:

Er sah sich plötzlich wieder als den kleinen Jungen; er läuft allein auf der Straße in den kurzen Hosen herum. Er kennt sich nicht aus, sucht nach einer Straße und will, dass ihm jemand hilft; aber er wird von den Erwachsenen gar nicht wahrgenommen; er steht am Straßeneck und bricht in Tränen aus.

Dies erschütterte den Patienten sehr. Er fasste sich an den Kopf und sagte: „das gibt es ja nicht; trag ich immer noch die alten Zeiten da rum. Ich bin groß, ich kann das doch“.

Ich erzählte ihm die Metapher vom hässlichen Entlein, das erst wahrnehmen und erleben muss, dass es ein großer schöner Schwan geworden ist (Märchen von Hans Christian Andersen).

Dann bat ich ihn, die erste Übung mit hilfreichen Zielen zu machen (näheres s. Güroff, 2017). Er entschied sich für aufrechte Haltung, Sehen und Spüren der langen Hosen an den langen Männerbeinen, feste Stimme und ein Lächeln (weil er bei Unsicherheit immer ernst wurde).

So ausgestattet machte er ein sehr gelungenes Rollenspiel.

Nach seinen Gefühlen befragt, berichtete er von „Befreiung, Ahnung, wie es ist, sich erwachsen zu fühlen, Leichtigkeit, Lebensmut“.

Dann fragte ich ihn nach den Bildern. Er sah sich gleich groß wie die anderen, aufrecht, die Hosen waren schick und modisch. Die Menschen blickten ernst oder freundlich, hektisch oder müde. Er sah ihre Vielfalt und nicht mehr eine abweisende Eintönigkeit. Und zu seiner großen Freude, schien die Sonne in seinem Bild.

Danach ließ ich ihn die Übung wiederholen, wobei er in seiner Vorstellung den Knaben von damals bei der Hand nehmen und ihm versichern sollte, dass er sich jetzt um ihn kümmern werde, und ihm versprechen, dass er mit seiner Hilfe sicher ein großer, schöner und selbstsicherer Mann werden würde (entspricht selbstversichernder Selbstinstruktion aus der KVT).

Dieser Teil berührte ihn zutiefst.

Die Übungsszene gab ich ihm zur Hausaufgabe. Er sollte sie zweimal durchführen, einmal alleine und einmal mit dem Bild des Jungen an der Hand.

Herr S. gab an, völlig neue Erfahrungen gemacht zu haben, ein völlig neues Bild von sich und der Welt sehen zu können. Hier integrierte er auch die in der Klinik gelernten kognitiven Selbstinstruktionen, die nun erst für ihn sichtbar und fühlbar werden konnten.

Nach diesem Schema wurde die Therapie mit dem TSK fortgesetzt. In jeder Übungsszene wurden die begleitenden Innenbilder und die Einbeziehung des Kindes mitbedacht.

Schritt für Schritt erlernte Herr S. die sozialen Kompetenzen, selbstversichernde Kognitionen, Bewältigung von Körperreaktionen zusammen mit den neuen (Selbst-)Bildern als Erwachsener, der den kleinen Jungen begleitet.

Im Verlauf tauchten noch etliche Innenbilder auf, die er lernte zu bearbeiten.

Diese Kombination half ihm, den Gipfel zu erreichen.

Er sah schließlich nicht nur den erwachsenen Mann, der selbstsicher auftritt und dem die anderen mit Respekt begegnen, auch das Bild des Kindes veränderte sich im Verlauf der Therapie. Dieses hatte nicht nur kränkende Situationen erleben müssen. Immer häufiger tauchten positive Bilder aus der Erinnerung vom wilden Jungen auf, der mit anderen im Wald spielte und der von den Eltern auch liebevolle Zuwendungen erhielt und dergleichen.

### **Schlussbemerkung**

Aus der Darstellung wird ersichtlich, wie zielführend für den therapeutischen Prozess bei der sozialen Phobie und der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeit sowohl der Einsatz des TSK als auch der Imagination sind.

Ich plädiere für die (Re-)aktivierung dieser sehr wirkungsvollen Techniken.

## Literatur

- Alsleben, H. & Hand, I. (2013). *Soziales Kompetenztraining. Leitfaden für die Einzel- und Gruppentherapie bei Sozialer Phobie*. Wien: Springer-Verlag.
- Arntz, A., de Groot, C. & Kindt, M. (2005). Emotional memory is perceptual. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 19-34.
- Borkovec T.D., Alcaine, O. & Behar, E. (2001). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg, T.K., Turk, C.L., Mennin, D.S. Hrsg.: *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice*. New York: Guilford.
- Güroff, E. (2017). *Selbstsicherheit und soziale Kompetenz. Das Trainingsprogramm TSK mit Basis- und Aufbauübungen*. 2. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hirsch, C. R. & Holmes, E. A. (2007). Mental imagery in anxiety disorders. *Psychiatry*, 6, 161-165.
- Holmes, E. A. & Mathews, A. (2005). Mental imagery and emotion: A special relationship? *Emotion*, 5, 489-497.
- Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behavior therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 297-305.
- Kirn, T., Echelmeyer, L., & Engberding, M. (2015). *Imagination in der Verhaltenstherapie*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Kosslyn, S. M., Ganis, G., & Thompson, W. L. (2001). Neural foundations of imagery. *Nature Review, Neuroscience*, 2, 635-642.
- Speed, B. C., Goldstein, B. L. & Goldfried, M.,R. (2017). Assertiveness Training: A Forgotten Evidence-Based Treatment. *Clinical Psychology Science and Practice*, 25, e12216.
- Stangier, U. & Fydrich, T. (2002). *Soziale Phobie und Soziale Angststörungen. Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Stangier, U, Clark, D. M., Ginzburg, D. M., & Ehlers, A. (2016). *Soziale Angsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Swee, M.B., Kaplan, S.C., Heimberg, R.G. (2018). Assertive behavior and assertion training as important foci in a clinical context: The case of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Science and Practice*, 25, e12222.
- Ullrich, R. (2001). *ATP: Testmappe*. 2. Aufl., Stuttgart: Klett Cotta

Ullrich, R. & de Muynck, R. (2001). *ATP 1: Einübung von Selbstvertrauen - Bedingungen und Formen sozialer Schwierigkeiten*. 8. Aufl., Stuttgart, Klett-Cotta.

Ullrich, R. & de Muynck, R. (2004). *ATP 3: Einübung von Selbstvertrauen und kommunikative Problemlösung - Anwendung in Freundeskreis, Arbeit und Familie*. 7. Aufl., Stuttgart, Klett-Cotta.

Ullrich, R. & de Muynck, R. (2006). *ATP 2: Einübung von Selbstvertrauen – Grundkurs*. 8. Aufl., Stuttgart, Klett-Cotta.

Wilken, B. (2012). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*. 6. Aufl., Stuttgart, Kohlhammer.

### Angaben zu der Autorin

**Erika Gürff**, Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin und Lehrtherapeutin in München, Würzburg und Regensburg. Autorin von zwei Büchern zum Training sozialer Kompetenzen Schwerpunkt ist die Behandlung sozialer Phobien und der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung

**Kontakt:** [erika.gueroff@avm-d.de](mailto:erika.gueroff@avm-d.de)

**Korrespondenzadresse:**

Dipl.-Psych. Erika Gürff  
c/o AVM gGmbH  
Leopoldstr. 21  
80802 München  
Deutschland

### Zitationsempfehlung

Gürff, E. (2018). Der Einsatz von imaginativen Techniken im Rahmen des Trainings sozialer Kompetenzen (TSK). *Resonanzen. E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 6(2), S. 80-95 Zugriff am 15.11.2018 Verfügbar unter <http://www.resonanzen-journal.org>