

## Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg

Leonore Kottje-Birnbacher  
 Düsseldorf

# Imaginationen in der psychodynamischen Psychotherapie

**Imaginationen stehen in intensiver Wechselwirkung mit Affekten; sie können vorhandene Affekte szenisch spiegeln und verdeutlichen, und sie können Affekte hervorrufen und intensivieren. Von der letzten Möglichkeit macht u. a. die Werbung Gebrauch, die gezielt assoziative Verbindungen zwischen Wunschfantasien und zu verkaufenden Produkten herstellt und auf diese Weise den Absatz der beworbenen Produkte steigert. Imaginationen helfen auch bei der Verarbeitung von Affekten: Bei der inneren Vergegenwärtigung von Situationen, in denen man sich nicht so verhalten hat, wie man es sich gewünscht hätte, entwickelt man andere mögliche Szenen und Reaktionsweisen, dadurch erarbeitet man sich Alternativen und stabilisiert sein Selbstwertgefühl. Imaginationen wirken auch unmittelbar auf körperliche Prozesse ein: Intensive erotische oder ängstigende Fantasien rufen dramatische physiologische Veränderungen hervor, deutlich spürbar in Phasen von Verliebtheit resp. bei Panikattacken, aber in schwächerem Maß auch beim Betrachten von Filmen. Umgekehrt können angenehme, entspannende Vorstellungen einen erhöhten Puls oder Blutdruck normalisieren und Heilungsprozesse unterstützen.**

## Therapeutische Implikationen

Imaginationen wurden schon sehr früh in der Geschichte der Menschheit therapeutisch genutzt; sie spielen im Schama-

nismus eine zentrale Rolle (Kraft 1995), auch in der Heilkunst der Antike, z. B. bei dem Tempelschlaf in den großen Asklepius-Heiligtümern (Achterberg 1990) und in den religiösen Heilungsritualen des Mittelalters, etwa den „Geistlichen Übungen“ des Ignatius von Loyola (1530), in denen die gesamte christliche Heilsgeschichte imaginativ nacherlebt wurde, um die Übenden in ihrem Glauben zu festigen und ihnen zu helfen, ihr Leben entsprechend den christlichen Werten neu zu ordnen.

Unter den Pionieren der modernen Psychotherapie haben als Erste C.G. Jung und I.H. Schultz Imaginationen therapeutisch eingesetzt. Jung entwickelte die Methode der aktiven Imagination (1913) und Schultz die Oberstufe des autogenen Trainings (Schultz 1987). Einen dialogischen therapeutischen Umgang mit Imaginationen entwickelten dann unabhängig voneinander in Deutschland und in Frankreich Happich (1932) sowie Desoille (1938). Sie forderten ihre Patienten auf, sich bestimmte Gegenstände vorzustellen oder sich innerlich in eine bestimmte Umgebung zu versetzen und sich darin zu bewegen sowie simultan dem Therapeuten darüber zu berichten, sodass dieser den Patienten bei seiner Imagination begleiten konnte. – Diese Erfahrungen standen H. Leuner zur Verfügung, als er Anfang der 1950er Jahre die Grundzüge des katathy-

men<sup>1</sup> Bilderlebens entwarf, das sich dann zur katathym-imaginativen Psychotherapie (KIP; Kottje-Birnbacher 2001; Leuner 2005; Ullmann 2001; Wilke 2004) weiterentwickelte und den Einsatz von Imaginationen innerhalb der psychodynamischen Psychotherapie systematisch erforschte.

In der psychodynamischen Psychotherapie kann man mit Imaginationen die unbewussten Motivationen, Fantasien, Konflikte und Abwehrmechanismen, Übertragungsmuster und Widerstände deutlicher sichtbar und fühlbar machen, und man kann den Empfindungs- und Handlungsspielraum der Patienten durch neue Erfahrungen auf der Symbolebene erweitern. Durch eine vorherige Entspannung und durch die ständige unterstützende Begleitung des Therapeuten wird der Imaginationsraum zu einem geschützten Entwicklungsraum, in dem die Patienten an ihren Konflikten arbeiten, kreative Lösungen entdecken und neue Empfindungs- sowie Verhaltensweisen ausprobieren können. Der Wechsel zwischen diesen gemeinsam erlebten und gestalteten imaginativen Szenen und deren therapeutische Nachbearbeitung charakterisiert den Prozessverlauf der KIP (Bahrke u. Nohr 2005). Die KIP stellt für diese Arbeit ein gut lehr- und lernbares Instru-

<sup>1</sup> Das Wort „katathym“ kommt aus dem Griechischen: Als „katathymios“ wurden Dinge bezeichnet, die einem im Sinn, in den Gedanken oder am Herzen liegen. Katathym werden die Imaginationen genannt, weil sie von innen gesteuert sozusagen ohne aktives Zutun des Patienten spontan entstehen und die aktuellen Gemütsbewegungen ausdrücken.

mentarium an Motivvorgaben und Interventionstechniken zur Verfügung (Kottje-Birnbacher 2001; Leuner 2005; Wilke 2004).

Die Bereitschaft und Eignung des Patienten für die Arbeit mit Imaginationen kann der Therapeut in einer der ersten Sitzungen mit einer Probeimagination testen. Dazu fordert er den Patienten auf, sich einen Moment zu entspannen und auf innere Bilder einzulassen, und bittet ihn dann, sich irgendeine Blume (oder irgendeinen Baum) vorzustellen und zu beschreiben. Der Patient kommt dieser Aufforderung im Allgemeinen mit einem gewissen Erstaunen nach und folgt dann auch den weiteren Anregungen, nämlich Details zu beschreiben oder sich vorzustellen, wie die Blume riecht oder wie sie sich anfühlt, wie die Umgebung aussieht und was er eventuell mit der Blume tun könnte. Nach Beendigung dieser kurzen Imagination (ca. 2 bis 5 Minuten) stellt der Patient im Allgemeinen fest, dass die Gestaltung seiner Blume etwas mit ihm selbst zu tun zu hat. Denn es gibt ja sehr unterschiedliche Blumen, große und kleine, strahlende und unscheinbare, vital-üppige und fast vertrocknete, allein stehende oder in Gesellschaft wachsende, und meist passt die imaginierte Blume in ihren strukturellen Eigenschaften zu dem Patienten und seiner aktuellen Situation. Dadurch wird ihm das Wesen der Symbolisierung in der Imagination einsichtig, und er wird motiviert, weiterhin mit diesem Medium zu arbeiten, um seine innere Situation zu verdeutlichen.

Im Folgenden wird die klinische Arbeit mit Imaginationen anhand eines konkreten Falls dargestellt und begründet.

## Falldarstellung

### Entwicklungsgeschichte, aktuelle Situation und Psychodynamik

Es handelt sich um eine 28-jährige adipöse Patientin, die wegen depressiver Verstimmungen, psychosomatischer Beschwerden (schweres Ekzem und chronische Magenschmerzen) sowie sexueller Empfindungsunfähigkeit in Therapie kam. Sie war das erste uneheliche Kind einer narzisstisch-hysterischen Mutter und lebte in den ersten Lebensjahren mit ihrer

Mutter, ihrem ersten Stiefvater und den ersten beiden Stiefgeschwistern bei den Großeltern. Als sie 5 Jahre alt war, zog ihre Mutter mit den Kindern und einem neuen Ehemann in eine andere Stadt. Dadurch verlor die Patientin ihre Großeltern und wurde als älteste Tochter von der Mutter stark eingespannt. Ihre Kindheit war schlagartig zu Ende, denn es wurden im Lauf der nächsten Jahre 2 weitere Stiefgeschwister geboren, und die Patientin musste in hohem Maß für die 4 jüngeren Geschwister sorgen. Ab dem 11. Lebensjahr wurde sie zudem vom Stiefvater sexuell belästigt: Zweimal in der Woche, an den Abenden, an denen die Mutter kellnerte, kam er in das Zimmer der beiden ältesten Mädchen, betrachtete und streichelte sie. Mit 18 Jahren, direkt nach dem Ende ihrer Schulzeit, zog die Patientin aus und nach erfolgreichem Studienabschluss vor 4 Jahren heiratete sie ihren Jugendfreund, den sie schon mit 15 Jahren kennengelernt hatte. Sie schildert ihn als liebevoll und zärtlich. Im Beruf bekommt sie viel Anerkennung. Insofern geht es ihr gut, viel besser als dem Rest ihrer Familie, aber im Kontakt mit ihrem Mann spürt sie schmerzlich die Narben, die sie durch die Übergriffe ihres Stiefvaters davontrug. Sie möchte freier werden, sexuell und emotional, und nicht mehr dauernd Schuldgefühle haben, wenn es ihr relativ gut geht.

Ihre Lebensgeschichte weist 2 deutliche Einschnitte auf, in denen es zu Entwicklungseinschränkungen kam, weil die kindliche Verarbeitungsfähigkeit der Patientin überfordert war: Nach dem Verlust der Großeltern entwickelte sie eine parentifizierte, einseitig versorgende Grundhaltung, und durch die sexuellen Übergriffe des Stiefvaters wurde die Entwicklung ihres Körpererlebens, ihrer Sinnlichkeit und weiblichen Identität beeinträchtigt. Trotzdem verfügt sie über eine recht stabile Struktur (Arbeitskreis OPD 2006): Ihre Selbst- und Objektwahrnehmung sind gut, auch ihre Emotionalität, kommunikative Kompetenz, Bindungs-, Introspektions- und Einsichtsfähigkeit. Beeinträchtigt sind die Regulationen von eigenen Belangen und den Belangen anderer durch ihre altruistische Grundhaltung, ihre geringe Fähigkeit zur Selbstdurchsetzung und ihr geringes Selbstwertgefühl. Sie findet sich selbst wenig wichtig, ver-

nachlässigt ihr Äußeres und schämt sich wegen ihrer Adipositas und ihrer sexuellen Probleme.

Der zentrale Konflikt dreht sich um Versorgung vs. Autarkie: Als sie mit 5 Jahren ihre Großeltern als stabile Bezugspersonen verlor, war sie ganz von ihrer Mutter abhängig, von der hinsichtlich Versorgung nicht viel zu bekommen war. Sie war der Mutter nur lieb, wenn sie sie entlastete und selbst keine Ansprüche stellte. Diesen Verarbeitungsmodus hat sie bis heute beibehalten, sowohl privat als auch bei der Arbeit. Überall ist sie fleißig und gefällig und bekommt dafür Anerkennung. Die Beziehung zu ihrem Mann ist allerdings wechselseitig versorgend, und so stellt sie sich – unterstützt von ihrem Mann, Freundinnen und Kolleginnen – seit einiger Zeit die Frage, ob das regelmäßige eigene Zurückstehen zugunsten der Belange anderer notwendig ist.

Sie wirkt gut motiviert für eine psychodynamische Psychotherapie und hat keinen sekundären Gewinn durch ihre Symptome, ganz im Gegenteil, sie liebt ihren Mann und möchte gern mit ihm sexuell zusammen sein. Die psychosoziale Situation ist günstig, da sie ihre Herkunftsfamilie verlassen und ein entwicklungsförderliches neues Umfeld gefunden hat, und ihre Therapieziele wirken angemessen: Auflösung der Parentifizierung, Entwicklung der Autonomie, Stabilisierung der Selbstwertgefühls und der weiblichen Identität.

### Herstellen eines geschützten therapeutischen Raums

Während der ersten Therapiestunden, während die Patientin ihre Geschichte erzählt, gerät ihre 1,5 Jahre jüngere Schwester, die auch vom Stiefvater missbraucht wurde und zurzeit ebenfalls in psychotherapeutischer Behandlung ist, in eine heftige Krise; sie muss wegen einer Psychose in die Psychiatrie eingewiesen werden. Die Patientin fühlt sich reflexhaft zuständig, sich um alles zu kümmern, traut ihrer Mutter nicht zu, sich in kompetenter Weise mütterlich zu verhalten, würde es sich aber sehr wünschen, dass nicht immer sie für alles zuständig wäre. Ihr zentraler Konflikt mit der Mutter ist also voll aktiviert und kann in der Therapie bearbeitet

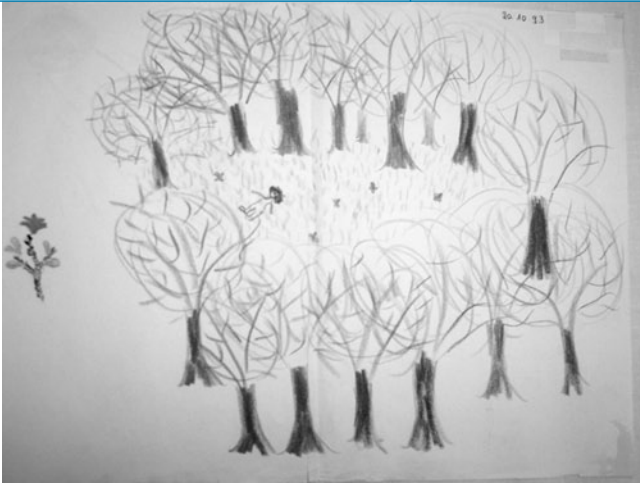


Abb. 1 ▲ Blume



Abb. 2 ▲ Wiese

werden. Die Patientin fordert dann zum ersten Mal in ihrem Leben ihre Mutter auf, sich um die Schwester zu kümmern, statt es sofort selbst zu tun.

In der 7. Stunde kann eine erste Imagination durchgeführt werden, nachdem die äußere Krise so weit bearbeitet ist, dass die Patientin genügend innere Ruhe hat, um einen Blick in ihre Innenwelt zu werfen. Sie soll sich eine *Blume* vorstellen. Sie sieht eine wilde Rose mit kräftigem Stiel und vielen kleinen Stacheln; die Blüte ist halb geöffnet. Sie schaut die Blume an und genießt den Duft. Die Therapeutin fragt sie, was sie jetzt tun möchte. Daraufhin geht sie in einen Park und findet dort eine Wiese, die von Bäumen umgeben ist. Die Sonne scheint warm, die Vögel zwitschern, sie legt sich ins Gras, schließt die Augen und genießt den schönen Sommermorgen. – Diagnostisch zeigt sich in diesem ersten Bild, dass die Patientin über gute Symbolisierungsfähigkeiten verfügt und Imaginationen zum Auftanken nutzen kann. In ihrem Bild entfaltet sich sofort ein dichtes sinnliches und emotionales Erleben, das man als Spiegelung der therapeutischen Beziehung auffassen kann: Sie freut sich, in dem geschützten, warmen Raum der Therapie angekommen zu sein und sich da niederlassen zu dürfen. Trotz ihrer parentifizierten Grundhaltung kann die Patientin sich auf eine Regression im Dienst des Ich einlassen, kann Hilfe annehmen und sich im Bild entspannen.

Die Imaginationen werden meist in der nächsten Sitzung anhand eines vom Patienten zu Hause gemalten Bildes besprochen. Durch dieses Malen zu Hau-

se wird das Bild noch einmal emotional nachbearbeitet, und es stellen sich manchmal zusätzliche Aspekte dar. An dem gemalten Bild der Patientin (■ Abb. 1) sind einige Details eindrücklich: Die Bäume haben alle einen kräftigen Stamm; die Äste wachsen aber nicht organisch aus ihnen heraus, sondern die Stämme wirken, als seien sie abgesägt worden und hätten dann Ersatztriebe gebildet, und die Rose hat einen dichten doppelseitigen Rand aus schwarzen Dornen, den die Patientin später mit schwarzer Farbe hinzugefügt hat. – Das könnte eine Symbolisierung der Brüche in ihrer Entwicklung sein: Nach der ausreichend gut umsorgten frühen Kindheit wurde die Entwicklung unterbrochen und in eine Parentifizierung umgelenkt, und wegen der Übergriffe des Stiefvaters musste die Selbstentwicklung dem Selbstschutz geopfert werden. Die Therapeutin spricht diese Vermutungen aber nicht an. Es geht erst einmal um die Festigung der therapeutischen Beziehung und das Sichselbst-Spüren. Der Erlebnisraum ist gerade erst dabei, sich in den Imaginationen zu entfalten und sollte nicht verletzt werden (Ullmann 1997). Daher beschränkt sich diese erste Nachbesprechung auf ein gemeinsames Anschauen des Bildes und nochmaliges Nachklingenlassen der Stimmung.

### Therapeutische Arbeit auf der Bildebene: Aktivieren von Ressourcen

In der 11. Stunde schlägt die Therapeutin der Patientin das Motiv *Wiese* vor. Die-

ses Motiv ist als Anfangsmotiv gut geeignet, da eine Wiese in unserem Kulturkreis meist positive Gefühle weckt und sich in der Art der Wiese vielfältige Stimmungsqualitäten sowie Besonderheiten der persönlichen Weltwahrnehmung ausdrücken können: Das Gras kann hoch gewachsen und voll Blumen sein oder abgeweidet oder als Rasen gemäht; eine Wiese kann offen und weit sein oder beengt und eingezäunt; das Wetter kann freundlich oder trist oder bedrohlich wirken; es können Bäume oder Tiere auftauchen, die eine symbolische Bedeutung haben; und man kann Verschiedenes tun: sich auf der Wiese hinlegen und ausruhen, eine Wanderung beginnen etc. In jedem Patienten entsteht bei der Aufforderung, sich irgendeine Wiese vorzustellen, ein ganz persönliches Bild. Es eröffnet sich sozusagen ein psychisches Panorama, das in folgenden Stunden durch die Motive Bach und Berg weiter ausgestaltet werden kann. Die Motive Wiese, Bach, Berg, Haus und Waldrand können in offener einladender Weise wichtige psychische Bereiche abbilden. Daher werden sie in der KIP oft in der Anfangsphase von Therapien verwendet.

Die Patientin sieht sich auf einer sommerlichen Blumenwiese (■ Abb. 2). Das Gras reicht ihr bis zum Bauchnabel. Sie setzt sich hin und schaut in den Himmel, ist ganz versteckt in dem hohen Gras und genießt das. Nach einer Weile steht sie auf und läuft herum, lustvoll, setzt sich dann wieder hin, entdeckt dann wieder etwas: Schmetterlinge und andere kleine Tiere. Sie fühlt sich dabei wie ein 9- bis 10-jäh-

riges Kind. Der Radius ihrer Unternehmungen wird immer größer; sie entdeckt einen Teich mit Seerosen, umgeben von hohem Schilf, und auf einer dicken Eiche findet sie ein Baumhaus, in das sie sich zurückziehen kann. Von da aus hat sie einen herrlichen Blick über die ganze Umgebung, sieht auch eine Allee und einige Häuser in der Ferne.

Schon an dieser kurzen Zusammenfassung ist ersichtlich, dass die Sprache während der Imaginationen anders ist als im normalen Gespräch: Sie ist erlebnisorientierter, primärprozesshafter und emotionaler, enthält wenig Abstraktionen und Generalisierungen und viele positive Selbstemotionen. Stigler u. Pokorny (2000) haben diese Unterschiede anhand computergestützter Inhaltsanalysen von Gesprächs- und katathymen Bild- (KB-) Sequenzen hochsignifikant statistisch belegen können.

In dieser Imagination reinszeniert sich ein positives inneres Beziehungsmuster der Patientin. Diese emotionale Beziehung drückt sich in ihrem eigenen Verhalten und Erleben und in der Stimmung der Landschaft aus. Die Wiese ist sommerlich, voll Blumen, mit hohem schützendem, duftendem, streichelndem Gras; es gibt Schmetterlinge; auf dem Teich sind Seerosen und Schilf – das alles wirkt freundlich, anregend, bergend. Die Patientin bewegt sich lustvoll und frei in einem guten Rhythmus von Aktivität und Ausruhen, von neugieriger Exploration und emotionaler Rückversicherung. In den Imaginationen stellen sich die Beziehungs- und Emotions schemata, die aus generalisierten Beziehungserfahrungen entstanden sind (Stern 1985), szenisch mit allen zugehörigen Gefühlen, Wünschen, Erwartungen, Befürchtungen und Verhaltenskomponenten dar. Die Schemata werden dadurch sehr genau spürbar, und der Therapeut kann sie beobachten und in sie hineinintervenieren. – Das in dieser Imagination aktivierte positive Erleben stammt vermutlich aus guten verinnerlichten Erfahrungen von Nähe und Sicherheit bei der Großmutter. In der Übertragungsbeziehung zur Therapeutin kann die Patientin daran anknüpfen und es wieder beleben in einer spontanen Altersregression, in der sie wie ein Kind in Anwesenheit seiner Mutter zufrieden vor sich hin

Psychotherapeut 2011 · 56:142–152 DOI 10.1007/s00278-010-0781-4  
© Springer-Verlag 2011

Leonore Kottje-Birnbacher

### Imaginationen in der psychodynamischen Psychotherapie

#### Zusammenfassung

Imaginationen eröffnen einen direkten Zugang zu zentralen Beziehungs- und Emotions schemata, insofern enthalten sie ein erhebliches therapeutisches Potenzial, das psychodynamisch orientierte Behandlungen sehr bereichern kann. Im Erlebnisraum der Imaginationen stellen sich die zentralen Wünsche, Ängste und Konflikte dar; es kann Altes verarbeitet und Neues erprobt werden. Dabei ermöglicht die kontinuierliche therapeutische Begleitung eine sinnvolle Fokussierung der Imaginationen mit Dosierung von Regression und Progression, Unterstützung, Konfrontation und Anregung. Nach einer Einführung in die therapeutischen Ver-

wendungsmöglichkeiten von Imaginationen wird anhand eines Fallbeispiels die konkrete klinische Arbeit mit Imaginationen, wie sie in der katathym-imaginativen Psychotherapie (KIP) entwickelt wurde, dargestellt und gemäß neuen theoretischen sowie empirischen Erkenntnissen diskutiert.

#### Schlüsselwörter

Katathyme Imaginationen · Psychodynamische Psychotherapie · Generalisierte Beziehungsepisoden · Narrative · Symbolkonfrontation · „Ozeanisches Wohlgefühl“ (Balint)

### Imaginations in psychodynamic psychotherapy

#### Abstract

Imaginations establish a direct access to central relational and emotional schemes. Therefore, they have considerable therapeutic potential, apt to enrich psychodynamic treatment to a high degree. In the experiential space of imaginations central wishes, anxieties and conflicts come to the fore, thus the earlier ones can be worked through and new ones may be tried. The continuous therapeutic support allows for a reasonable focussing of the imaginations by applying regression, progression, support, confrontation and stimulation. After an introduction into the ther-

apeutic applications of imaginations the actual clinical work with imaginations as developed by the katathym-imaginative psychotherapy (KIP, guided affective imagery) is presented, exemplified by a case study. Finally, this example is discussed in the light of new theoretical and empirical findings.

#### Keywords

Guided affective imagery · Psychodynamic psychotherapy · Generalized relationship episodes · Narrative · Symbol confrontation · “Oceanic feeling” (Balint)



Abb. 3 ◀ Haus

spielt; dabei kann sie die Pole Sicherheit und Bindung vs. Freiheit und Autonomie neu erspüren und erproben. – Die Entwicklung dieser Szene ist eine gemeinsame Leistung von Patientin und Therapeutin. Ohne die Präsenz, unterstützende Anteilnahme und Begleitung der Therapeutin könnte die Patientin sich nicht mit dieser Intensität und Selbstvergessenheit auf ihr inneres Erleben einlassen, sondern würde ihr Erleben mit ihren üblichen Abwehrmustern regulieren.

Nach dem KB ist die Patientin ganz verwundert, wie wohl sie sich während der Imagination fühlte, wie schön es war, die Welt entdecken zu dürfen, ohne ständig etwas für andere tun zu müssen oder verjagt zu werden. Es tauchen spontan Kindheitserinnerungen an die relativ geborgene Zeit bei der Großmutter auf, und durch den Kontrast wird ihr bewusst, wie sehr sie später durch die ständige Fürsorge für die Mutter und die Geschwister unter Druck stand.

### Therapeutische Arbeit an äußeren Konflikten: Anregungen und Überichentlastung

Gleichzeitig schafft es die äußere Realität wieder, die Patientin fast völlig zu vereinnahmen. Ihrer Schwester geht es sehr schlecht, und die Patientin hat Schuldgefühle, weil sie die Schwester nicht explizit bei ihrer Auseinandersetzung mit den Eltern unterstützt hat. (Die Schwester warf den Eltern den Missbrauch vor.) Den Eltern geht es auch schlecht; der Vater ist zurzeit wegen Magengeschwüren in einer Klinik; die Mutter fühlt sich völlig über-

fordert und unglücklich, und auch um die Eltern macht sich die Patientin Sorgen.

Die Therapeutin fordert sie auf, darüber nachzudenken, wozu ihrer Meinung nach eine gute Tochter bzw. eine gute Schwester verpflichtet ist. Dabei kommt die Patientin zu dem Ergebnis, dass man von einem Kind kaum verlangen kann, die ganze Familie zu beeltern, sondern dass das die Sache der Eltern ist und dass ein Kind eigentlich auch nicht verpflichtet sein kann, sein ganzes Leben der Familie zur Verfügung zu stellen. Sie distanziert sich ein Stück weit von ihrer internalisierten Loyalitätsforderung, dass es ihr nicht gut gehen darf, wenn es jemandem anderen in der Familie schlecht geht. – Diese kognitiven Überlegungen wirken als Überichentlastung; der Patientin geht es in der Woche danach recht gut, obwohl es den Eltern und der Schwester weiter schlecht geht. Sie verbringt das Wochenende mit ihrem Mann, ohne ständig die Mutter anzurufen.

### Therapeutische Arbeit auf der Bildebene: Konfrontation mit konflikthaften Szenen

Sie wirkt recht stabil und beschäftigt sich mit Fragen zu ihrer eigenen Identität (Was macht mich aus? Was ist mir wichtig?), sodass in der 13. Stunde eine Imagination mit dem Motiv *Haus* indiziert scheint. Ein Haus regt zur Darstellung unterschiedlicher Lebensbereiche an; es wird sowohl durch die aktuelle Selbstrepräsentanz als auch durch alte Erfahrungen von Behaustheit oder Unbehaustheit beeinflusst (Klessmann u. Eibach 1993). Bei dieser Patientin aber führt die Imagination direkt

in intensive Konflikterinnerungen hinein, d. h. es taucht nicht ihr eigenes inneres „Identitätshaus“ auf, sondern das noch heftig emotional besetzte Haus, in dem sie zur Zeit der sexuellen Übergriffe wohnte (Abb. 3). Das Haus wirkt düster, ist aber umgeben von saftigen Wiesen. Im Wohnzimmer hängt ein imposantes Portrait ihrer schönen Mutter. Im ersten Stock sind die Kinderzimmer und das Elternschlafzimmer. Bei der Beschreibung ihres Kinderzimmers tauchen sofort assoziativ Kindheitsszenen auf, schöne mit der Schwester, ängstigende mit dem schimpfenden, wütenden Stiefvater. Sie erinnert sich v. a. an ihre dauernde Angst, die Mutter würde weggehen und dann würde der Stiefvater ins Zimmer kommen; sie spürt ihre Scham und ihren Abscheu beim Grapschen des Stiefvaters. – Es kommt in diesem KB also wieder zu einer spontanen Altersregression (sie fühlt sich so, wie sie sich als Kind fühlte) mit emotionaler Aktivierung der damaligen traumatischen Szenen. Die Therapeutin kann die Regression aber durch eine energische Intervention beenden, indem sie zu der Patientin sagt, sie sei inzwischen erwachsen, nicht mehr ein dem Vater hilflos ausgeliefertes Kind. Daraufhin spürt die Patientin den Unterschied zu damals. Sie lässt den Vater wortlos stehen und verlässt als erwachsene Frau das Haus.

Auch diese Imagination ist eine gemeinsame Leistung von Patientin und Therapeutin: Die Patientin entfaltet ihre Geschichte; die Therapeutin begleitet sie und steht ihr bei. Diesmal ist die Begleitung aber nicht auf Intensivierung der Gefühle durch gleichgerichtetes Mitschwingen ausgerichtet wie bei der Blume oder der Wiese, sondern auf Begrenzung des Erlebens durch Kontrast. Durch emotional verstärkendes Mitschwingen bzw. durch emotional abgrenzende Konfrontation ist eine Dosierung der Regression möglich, und diese Dosierung ist eine zentral wichtige Aufgabe des Therapeuten: Affekte sollen sich assoziativ verdichten, damit sie verarbeitet werden können, aber das Ich muss auch arbeitsfähig bleiben, darf nicht emotional überschwemmt werden. Der Therapeut kann bei der Begleitung das im prozeduralen Gedächtnis gespeicherte Erleben fördern und dabei entweder die Entwicklung einer Szene

durch Fragen nach dem Dann und dem Wohin in Gang bringen oder durch Mitschwingen und Fragen nach Details und Gefühlen zum Innehalten und emotionalen Vertiefen anregen. Er kann aber auch durch Aufforderungen affektbegrenzend intervenieren, die Fakten oder Fähigkeiten des Patienten wieder in das Bewusstsein hineinholen und damit das semantisch sowie formal operierende Denken ansprechen, das im expliziten Gedächtnis gespeichert ist (Ullmann 2001).

### Aufarbeitung des in der Imagination aufgetauchten Materials: Entwicklung eines alternativen Narrativs zum Thema Missbrauch

In den nächsten Stunden geht es um die Verarbeitung des im KB Erlebten, besonders um das innere Narrativ, das die Patientin zur Verarbeitung der Übergriffe des Stiefvaters entwickelt hat. Das Gedächtnis speichert ja nicht einfach Ereignisse, sondern wählt aus, vergisst, akzentuiert und bearbeitet, um einen sinnvollen Zusammenhang und klare, handhabbare Bilder vom Selbst und den wichtigen Bezugspersonen zu entwickeln.

Wegen des Missbrauchs ist die Patientin voller Selbstvorwürfe. Sie nimmt sich selbst übel, dass sie das alles hat geschehen lassen, sich nicht heftiger gewehrt hat. Die Therapeutin akzentuiert nun die Geschichte anders und bietet dadurch einen anderen Sinnzusammenhang an: Dadurch, dass sie stillgehalten hat, hat sie den Zusammenhalt der Familie gewährleistet. Wenn sie sich gewehrt oder die Mutter informiert hätte, hatte die Familie möglicherweise ihren Haupternährer verloren. Und indem sie innerlich die Verantwortung für das Geschehen übernahm, die eigentlich bei dem Stiefvater lag, konnte sie sich das Gefühl erhalten, liebevolle Eltern zu haben, und ohne dieses Gefühl ist es schwer für ein Kind zu überleben. – Dieses alternative Narrativ impliziert eine positive Bewertung ihrer kindlichen Entscheidungen, sieht diese als verantwortlich und fürsorglich an, nicht als feige und schwach. Es „passt“ genauso gut zu den erinnerten Fakten wie das ursprünglich gebildete Narrativ, stärkt aber die Selbstachtung der Patientin.

Abb. 4 ► Bach



### Rhythmus von Konfliktarbeit und Auftanken, Auswahl der Motive

Nach der belastenden und anstrengenden Arbeit an dem Missbrauch ist ein positives Erleben als Erholung und Stärkung angebracht. Durch geeignete Auswahl der KB-Motive kann der Therapeut einen Rhythmus von Konfliktarbeit und Ressourcenaktivierung anregen und damit die Belastung dosieren. Dabei findet gleichzeitig ein „Metallernen“ für den Umgang mit sich selbst statt, indem ein inneres Schema der Balance von Selbstforderung und Selbstfürsorge verinnerlicht wird.

In der 16. Stunde gibt die Therapeutin daher ein Motiv vor, das positives Erleben anregen soll, in diesem Fall das Motiv *Bach*, ein Symbol für den Fluss des Lebens und die Entfaltung der seelischen Entwicklung mit Möglichkeiten der Stärkung durch Trinken und Sicherfrischen. Die Patientin wandert an einem Gebirgsbach entlang, fühlt sich frei und unbekümmert, entdeckt lustvoll und lebendig ihre Umgebung. – Es findet wieder ein „Auftanken“ statt, eine Stärkung des Selbstsystems durch Aktivierung von Ressourcen und verinnerlichten guten Erfahrungen. Die Patientin wirkt nach dem KB wieder glücklich und satt.

In dem gemalten Bild kommt diese Stimmung nicht so zum Ausdruck (► Abb. 4). Die Berge wirken recht dunkel, die Wiesen weit und leer, die Häuser stehen eng zusammen, das dunkle Kreuz auf der Kirche dominiert die Ansiedlung (wie die Überichvorwürfe der Patientin, solange sie denken kann, ihr Lebensgefühl dominieren). Dieser Unterschied

zwischen dem Erleben und dem gemalten Bild belegt die Wichtigkeit der Präsenz des Therapeuten für das KB-Erleben: Die Imagination ist ein dialogisches Geschehen; beim Malen zu Hause ist der Patient allein. In der Anfangsphase von Therapien ist es oft so, dass während der Imagination eine neue gute Stimmung entsteht, die sich beim Malen zu Hause allein dann nicht halten lässt, weil sie noch an die reale Präsenz des Therapeuten gebunden ist. Das Muster des Geborgenseins bei sich selbst ist noch nicht stabil internalisiert.

### Krise in der therapeutischen Beziehung

Die 22. Stunde ist die letzte vor einem zweiwöchigen Urlaub der Therapeutin. Die Therapeutin möchte das gute Gefühl am Bach noch einmal einstellen, um es zu vertiefen und zu festigen, um es der Patientin sozusagen mitzugeben. Sie gibt also noch einmal das Motiv *Bach* vor. Diesmal ist das Erleben aber ganz anders: Die Landschaft wirkt eintönig, die Luft ist drückend, der Weg zieht sich ewig hin, die Patientin hat Angst, den Weg nicht zu schaffen (► Abb. 5). Schließlich sieht sie in der Ferne einen großen Baum, an dem sie sich völlig erschöpft ausruht (► Abb. 6).

Therapeutin und Patientin sind beide ganz betroffen über diesen Verlauf. Aber er ist verstehbar: Das gute Gefühl vom letzten Mal ließ sich nicht wieder aktivieren, weil ein anderes Gefühl die innere Situation dominierte, nämlich die Angst der Patientin vor dem Allein-gelassen-Werden. Der anstehende Urlaub der Therapeutin reaktivierte heftige Verlassenheits-

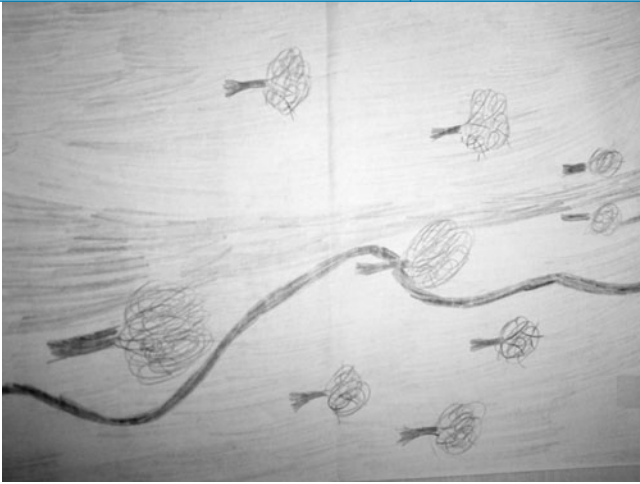


Abb. 5 ▲ Weiterer Bach



Abb. 6 ▲ Baum am Bach

gefühle in ihr. Die Therapeutin hatte das halb vorausgesehen (deshalb wollte sie ihr eine gute Situation quasi als Wegzehrung mitgeben), aber nicht in dieser Heftigkeit, weil ja nur eine einzige Therapiestunde ausfallen würde. Man kann an diesem KB sehen, wie verlässlich die gegenwärtige gefühlsmäßige Situation gespiegelt wird: Die real aktivierten Gefühle können nicht verleugnet oder manipuliert werden, sondern drücken sich im Bild aus. Die Heftigkeit der Reaktion zeigt auch, wie wichtig das verlässliche „holding“ ist.

Während des Urlaubs der Therapeutin telefoniert die Patientin wieder täglich mit ihrer Mutter, nimmt an Gewicht zu (während sie in den Monaten vorher etwas abgenommen hatte), fühlt sich unattraktiv, hat Angst um ihre Ehe, findet es anstrengend, sich ständig um die Belange anderer zu kümmern, tut es aber doch. – Sie macht also ausgiebig Gebrauch von allen altvertrauten Mustern; sie funktionieren alle noch.

Sie beginnt die nächste Stunde mit ausführlichen Klagen und induziert in der Therapeutin das Gefühl, dass es nicht in Ordnung war, sie allein zu lassen. Die Therapeutin akzeptiert, dass die Zeit für die Patientin schwierig war. Dadurch beruhigt sich die Patientin sehr schnell und wendet sich dann ihrem nächsten Arbeitsthema zu, indem sie von ihren sexuellen Schwierigkeiten erzählt. Sie gerät bei jeder Berührung ihres Mannes innerlich in Panik und rettet sich dann in eine forcierte Aktivität, die aber nicht aus der eigenen Lust kommt, sondern aus dem Wunsch, als Frau zu genügen.

### Entwicklung eines alternativen Narrativs zum Thema weibliche Identität und Dickwerden

Die weibliche Identität der Patientin ist unklar und ambivalent, so erscheint im nächsten KB in der 26. Stunde eine Beschäftigung damit indiziert. Sie soll sich eine *weibliche Gestalt* vorstellen. Es erscheint ihre Cousine, eine attraktive blonde Frau, die die Patientin früher immer beneidet hat, weil sie in einer haltgebenden Familie aufwachsen konnte. In dem KB kommt es zu einem freundschaftlichen Gespräch. Zu Hause verfertigt sie dann eine Collage aus lauter schönen Frauen, die sie aus Illustrierten ausschneidet, und erzählt, dass ihre beiden besten Freundinnen sehr hübsch seien, so ähnlich wie diese Frauen. Sie habe ihnen gegenüber immer Minderwertigkeitsgefühle wegen ihres Gewichts. Die Therapeutin erkundigt sich daraufhin, wann sie eigentlich so dick geworden sei, und die Patientin erinnert sich, dass sie mit ihrem Körper bis zur Pubertät eigentlich zufrieden war, aber im 11. Lebensjahr wurde sie dick. Es wird ihr (erst jetzt) schlagartig klar, dass das die Zeit war, in der der Missbrauch durch den Stiefvater begann. Die Therapeutin fragt sie, ob das Dickwerden vielleicht auch für etwas gut gewesen sein könnte. Ja, dadurch war sie weniger attraktiv für den Stiefvater. Außerdem gehorchte sie damit den unter-schwelligsten Wünschen ihrer Mutter, die gern die einzige attraktive Frau in der Familie sein wollte. Die Schwester, die ein schlankes hübsches Mädchen war, wurde

von der Mutter immer wieder heftig angegriffen und entwertet, während die Patientin eine gute Beziehung zu ihrer Mutter hatte, dafür aber auch viel tat und viel opferte. – Auch in dieser Stunde geht es um die Schaffung eines alternativen Narrativs, das die bekannten Fakten mit neuer Bedeutung versieht und ermöglicht, das Selbst und die Objekte differenzierter und konsistenter wahrzunehmen und die eigenen Bewältigungsstrategien als sinnvoll anzuerkennen.

### Therapeutische Arbeit auf der Bildebene: Konfrontation mit konflikthaften Szenen

Nach dieser Ich-stützenden Arbeit schlägt die Therapeutin in der 32. Stunde das Motiv *ein wildes Tier* vor. Es erscheint sofort ein gefährlicher großer Bär mit wütend aufgerissenem Maul (Abb. 7). Die Patientin flüchtet auf einen Baum; die Therapeutin fordert sie auf, ihn von dort aus (einigermaßen geschützt) im Blick zu halten, ihn fortgesetzt anzusehen, ihn mit ihrem Blick zu bannen. Die Patientin kann die Situation kaum aushalten, immer wieder senkt sie den Blick, hebt ihn aber auch mit Unterstützung der Therapeutin immer wieder. Schließlich wird das zornige Funkeln in seinen Augen schwächer; sie merkt, dass auch er Schwierigkeiten hat, ihrem Blick standzuhalten. Dann zieht er sich in den Wald zurück, und sie kann vom Baum steigen und nach Hause laufen, wo ihr Mann auf sie wartet.

In dieser Imagination findet eine Symbolkonfrontation statt – eine geniale Er-

findung Leuners schon in den 1950er Jahren (Leuner 1955). Gegenüber einem gefürchteten Gegenüber soll der Patient emotional standhalten und seinen Platz behaupten. Dies ist durch eine dichte, auf die Wahrnehmung fokussierte, versachlichende und stützende Begleitung möglich. Durch diese Begleitung unterscheidet sich die Situation von der früher erlebten und innerlich gefürchteten Situation, in der der Patient auf sich selbst gestellt und überfordert war. Es entsteht dabei eine neue emotionale Szene, in der die Patientin spürt, dass das gefürchtete Gegenüber nicht so machtvoll ist wie befürchtet und dass sie selbst standhalten kann.

Die im KB erscheinenden Symbolgestalten sind auf der Subjekt- und auf der Objektstufe interpretierbar; in der bedrohlichen Gestalt können sich bedrohliche Objektrepräsentanzen und/oder bedrohliche Selbstanteile symbolisch darstellen. Man kann die Szene also als eine Konfrontation mit dem übergriffigen Vater oder mit der neidischen Mutter oder mit den eigenen bärenstarken und vielleicht wütenden, rachsüchtigen Seiten verstehen. Die Patientin hat eine Fülle von Einfällen zu diesem Bild, die in den nächsten Stunden bearbeitet werden, während sich ihr chronisches Ekzem dramatisch verschlimmert. Ihr ganzer Körper juckt und brennt unerträglich; die heftige innere Auseinandersetzung mit den destruktiven Aspekten der Eltern und des Selbst hat ihren Preis – ihre Schwester wurde im Zuge dieser Auseinandersetzung psychotisch.

### Therapeutische Arbeit auf der Bildebene: Auftanken in einem „ozeanischen Gefühl“

Um ihr eine Entspannung im KB zu ermöglichen, schlägt ihr die Therapeutin in der 39. Stunde vor, sich noch einmal einen Bach vorzustellen. Es erscheint eine kühle dunkle Quelhöhle. Das Wasser ist eiskalt, aber auf der Haut sehr angenehm. Die Patientin kniet nieder, schöpft sich Wasser mit ihren Händen, benetzt ihre Arme und ihren Oberkörper, genießt das Gefühl. Das Rauschen ist beruhigend; die Steine sind glatt; nichts juckt. Nach einer Weile bemerkt sie erstaunt, dass sich das Wasser nicht mehr so kalt anfühlt. Sie taucht

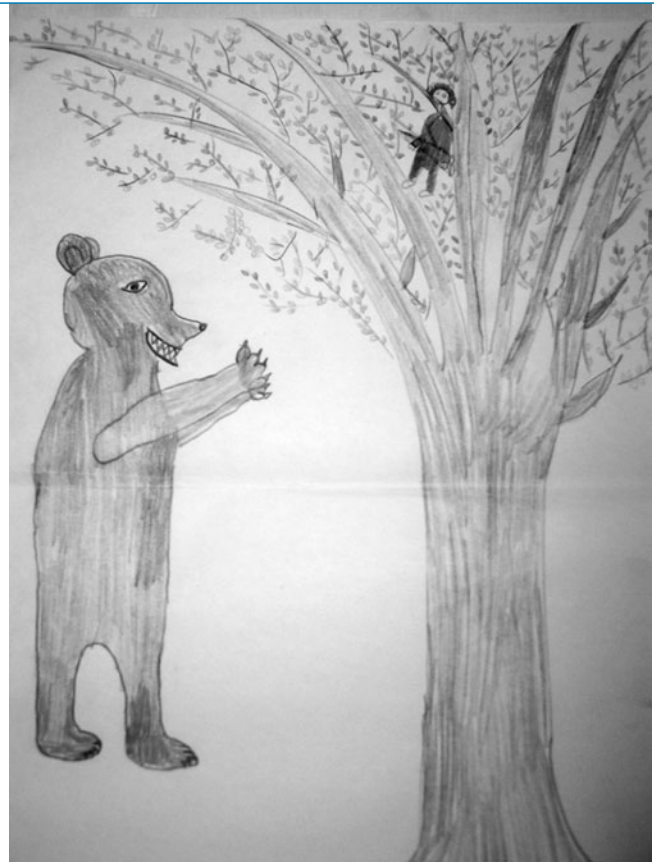


Abb. 7 ► Wildes Tier

ganz ins Wasser ein, lässt sich das Wasser über den Kopf laufen, hat rundherum ein „sauberes“ Gefühl. Sie schwimmt in dem Becken, lässt sich vom Wasser tragen, genießt das angenehme Körpergefühl, eingehüllt zu sein von dem Wasser und getragen zu werden. Sie fühlt sich schwerelos und möchte ganz lange im Wasser bleiben. Nichts juckt mehr. Nach einer langen Zeit steigt sie wieder heraus und lässt sich auf dem Felsen in der Sonne trocknen, streichelt ihre Brust und ihren Bauch und genießt das.

Nach der Imagination, nach einem langsamen Wiederauftauchen, meint sie, sie sei eigentlich gar nicht so verklemmt, aber sie habe sich nie getraut, ihre Sinnlichkeit zuzulassen und zu spüren.

In diesem KB kommt es zu einer tiefen Regression in einen positiv erlebten Zustand der Selbst-Objekt-Einheit mit einem „ozeanischen“ Wohlgefühl im Sinne Balints. Solche Zustände bewirken regelhaft eine Besserung psychosomatischer Beschwerden und eine Stärkung des Selbstsystems. Man kann sie nicht absichtlich induzieren, man kann aber durch Schaffung eines quasi mütterlichen Beziehungsraums und durch Vor-

gabe eines geeigneten Motivs Gelegenheit zu ihrer Entstehung geben. Die emotional intensiv gespürte nachhaltige Aktivierung von Ressourcen ist eine wichtige zweite Wirkdimension des KB neben der Arbeit an den Konflikten, bei der die Imaginationen eine Brücke zwischen Konflikt, Körper und Psyche herstellen. – Das gute Körpergefühl der Patientin aus dem KB hält in den folgenden Wochen an; der Körper juckt nicht mehr; das Ekzem klingt nach dieser Imagination dauerhaft ab, aber psychisch hält das gute klare Gefühl nicht lange an.

### Verwirrendes Nebeneinander von neuen und alten Mustern

Das gemalte Bild der Höhle entspricht gar nicht dem geschilderten Bild im KB, es hat die Patientin schon während des Malens erschreckt. Die Höhle ist in hartem Schwarz gemalt (Abb. 8), und sie selbst schwimmt ganz klein mitten in den Fluten mit hoch erhobenen, wie um Hilfe bittenden Armen. Die Stimmung dieses gemalten Bildes erinnert sie an das Gefühl früher beim Nach-Hause-Kommen, wenn die Mutter fort und sie dem Stiefvater aus-





Abb. 8 ▲ Höhle 1

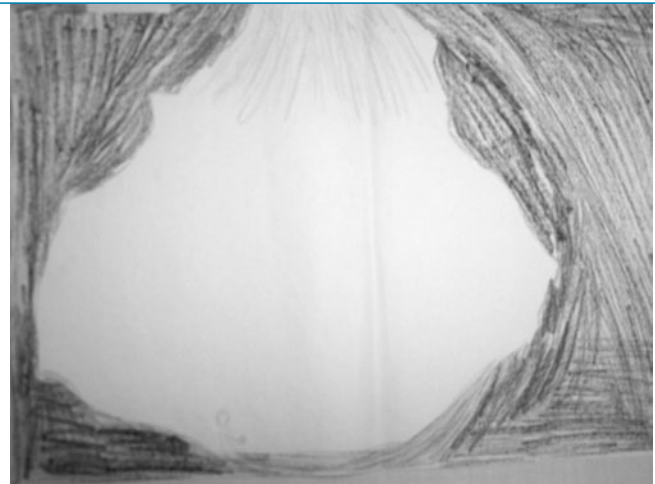


Abb. 9 ▲ Höhle 2

geliefert war. Die unschuldige Sinnlichkeit des KB-Erlebens ließ sich also emotional nicht halten, sondern wurde durch Missbrauchsassoziationen kontaminiert. In der Stunde verfällt die Patientin auch wieder in Selbstvorwürfe, wieso sie das alles mit sich hat machen lassen, ohne sich zu wehren. – Die Therapeutin beendet diese Klagen, indem sie die Patientin bittet, die Höhle noch einmal zu malen, und zwar so, wie sie sie in der Imagination erlebt hat, sie solle doch einmal zu ihrer Sinnlichkeit stehen.

Die Patientin befindet sich in einem Übergangszustand mit einem Nebeneinander von neuen und alten Mustern: Im KB war eine heilende Erfahrung, ein Gefühl des Reinseins möglich, das in der reinen Haut anhält, als psychische Erfahrung aber wieder verloren geht. Die über viele Jahre eingeschliffenen Selbstvorwürfe setzen sich wieder durch. Die Therapeutin blockt sie durch ihre Aufforderung, die neue gute Erfahrung noch einmal zu aktivieren und durch Malen zu festigen, ab. Sie setzt ihre therapeutische Autorität gegen das Sinnlichkeitsverbot der Mutter. Mit ihrem Verhalten, d. h. auf einer szenischen Ebene, zeigt sie damit der Patientin, wie man mit Selbstvorwürfen umgehen kann: Man kann ihnen die Aufmerksamkeit entziehen und sich mit etwas Positivem beschäftigen. – Auf dem neuen Bild, das die Patientin zur nächsten Stunde mitbringt, wirkt die Höhle wie ein freundlicher Uterus und sie selbst sitzt sicher auf dem Felsen, die Bein im Wasser (▣ Abb. 9). Die Patientin wirkt diesmal zufrieden mit sich, muss die Stimmung

nicht sofort wieder kontaminieren, sondern kann fühlen, dass hier in ihr etwas Neues entsteht.

### Distanzierung vom Trauma

Diese neue positive Sinnlichkeit soll im KB weiter gefestigt werden. In der 46. Stunde bietet die Therapeutin daher das Motiv *ein geschützter Ort* an, um eine weitere Distanzierung von der Bedrohung und die Ausgestaltung der eigenen Wünsche anzuregen. Es taucht eine schöne Wiese auf, die ringsum von Felsen umschlossen ist, nur durch einen schmalen Spalt kann man dorthin gelangen. Die Patientin schaut sich um, badet ausgiebig in einem herunterströmenden Wasserfall und sucht sich dann einen schönen Platz zum Ausruhen. Nach einer Weile überlegt sie, ob sie diesen Ort für sich allein haben oder mit ihrem Mann teilen möchte. Schließlich entscheidet sie sich, ihn ihrem Mann zu zeigen und lässt ihn in der Imagination zu sich kommen. Er findet das Tal auch wunderschön; sie sitzen zusammen am Wasser.

In der nächsten Stunde zeigt die Patientin der Therapeutin ihr gemaltes Bild (▣ Abb. 10): Sie sitzt darauf brav mit ihrem Mann am Wasser. Dann legt sie kichernd ein zweites (▣ Abb. 11) daneben, auf dem sie und ihr Mann aufeinanderliegen und offenbar lustvoll sexuell miteinander beschäftigt sind. – Sie konnte also diesmal ihre Sinnlichkeit zu Hause zulassen und kann sie der Therapeutin-Mutter auch zeigen. Das missbrauchende Vaterintjekt ist nicht mehr immer anwesend,

und die Patientin muss nicht mehr dem Mutterintjekt in allem zu Willen sein und aus Rücksicht auf sie die eigene Sinnlichkeit verleugnen und verstecken.

### Therapeutische Entwicklung

Die Therapie geht nach diesen ersten 50 Stunden noch eine ganze Weile weiter; sie umfasste insgesamt 88 Sitzungen über einen Zeitraum von gut 3 Jahren. Innerhalb dieser ersten 50 Stunden hat die Patientin hinsichtlich ihrer Therapieziele aber schon große Fortschritte gemacht. Die parentifizierte Sorge um andere ist in den Hintergrund getreten; sie hadert auch weniger mit sich selbst. Stattdessen ist sie damit beschäftigt, ihre eigenen autonomen Lebenswünsche, ihre Sinnlichkeit und weibliche Identität zu entwickeln und fühlt sich in ihrem Selbstwert sowie in der Beziehung zu ihrem Mann erheblich sicherer.

Die KB-Imaginationen hatten an dieser Entwicklung entscheidenden Anteil. Die Patientin konnte sich von Anfang an gut auf Imaginationen einlassen und von der Symbolarbeit profitieren. In den Imaginationen konnte sowohl eine direkte Arbeit an symbolisch eingestellten Konflikten (in den Symbolkonfrontationen) als auch eine Stärkung des Selbstsystems durch Aktivierung von Ressourcen und Anregung kreativer neuer Entwicklungsmöglichkeiten stattfinden. In der Nachbearbeitung der Bilder spielte die gemeinsame Entwicklung neuer Narrative eine große Rolle, um durch einen sinnvollen Interpretationsrahmen der eige-



Abb. 10 ▲ Sicherer Ort 1



Abb. 11 ▲ Sicherer Ort 2

nen biografischen Erfahrungen das Gefühl von Ich-Kohärenz und positiv definierter Identität zu stärken.

## Schlussfolgerungen

1. In den imaginierten Szenen kann der Therapeut die unbewusst ablaufenden Erlebnisstrukturen, die im impliziten Gedächtnis gespeichert sind [die „representations of interactions generalized“ (RIG) nach Stern 1985], direkt beobachten und in sie hineinintervenieren (Pokorny u. Stigler 2005). Die zentralen Beziehungswünsche und -konflikte stellen sich symbolisch dar und werden so einer Veränderung innerhalb der bildhaften emotionalen Szene und einer anschließenden sprachlichen bewussten Bearbeitung zugänglich. Solche inneren Beziehungsmuster spiegeln sich z. B. in der geschützten Wiese des ersten Bildes als Metapher für den therapeutischen Raum, in dem Spiel mit Expansion und Rückversicherung auf der Wiese, in dem endlos langen Weg am Bach vor dem Urlaub der Therapeutin mit dem erlösendem Ankommen bei dem haltbietenden Baum, in der Auseinandersetzung mit dem aggressiven Bären oder in dem die juckende Haut heilenden Wasser der Quelhöhle.

2. Die Imaginationen lösen intensive Gefühle aus, gute des Sich-aufgehoben-Fühlens, bedrohliche der Angst. Im Übergangsraum der Bilder kann sich daher eine neue Erlebniswelt entfalten, in der durch wiederholte Einübung defizitäre Ich-Funktionen nachentwickelt und neue Erlebnisstrukturen gebahnt werden,

die dann zunehmend in der Realität eingesetzt werden können. Im KB dominieren meist die positiven, das Selbst stützenden Gefühle (Stigler u. Pokorny 2000), aber auch die ängstigen tauchen auf und können bearbeitet werden. Durch die Verschiebung auf die Symbolebene ist die KB-Situation zwar strukturell identisch, aber gleichzeitig neu und weniger ängstigend als die Realsituation, da die Situation symbolisch verfremdet ist und der Therapeut als schützenswerter sowie Anregung gebender Begleiter neben dem Patienten ist. Damit hat der Patient gute Rahmenbedingungen, um etwas Neues zu lernen, denn gleichzeitig mit der prozessuralen Aktivierung einer unerledigten Situation stehen Ressourcen zu ihrer erfolgreichen Bewältigung zur Verfügung.

3. Der Therapeut hat während der Imagination die Aufgabe der präsenten Begleitung, insbesondere hat er die Affekte zu dosieren, damit der Patient in arbeitsfähigem Zustand bleibt, und zu entscheiden, ob es im Moment v. a. um Bearbeitung von Konflikten oder um Aktivierung von Ressourcen, um Ausdifferenzierung von Ich-Funktionen oder um Ausprobieren von neuem Verhalten geht. Er muss sich in der Art seiner Begleitung auf den aktuell relevanten Arbeitsmodus einstellen, kann strukturieren, das Erleben intensivieren, konfrontieren oder Assoziationen zulassen. Bei Ladenbauer (1999) findet sich eine Zusammenstellung der technischen Möglichkeiten für die Dosierung der Affekte. Sie erfolgt durch Veränderungen im Raum (herangehen, zurücktretten oder bleiben) oder in der Zeit

(verlangsamen, wiederholen, in Erinnerungen oder Zukunftsfantasien hineingehen), durch Veränderung des Aufmerksamkeitsfokus (ausweiten oder zentrieren) oder des Beziehungsmodus (annähern und versöhnen, einfühlen, konfrontieren, standhalten).

4. Nach der Arbeit auf der Symbolebene findet dann eine verstehende Aufarbeitung anhand der Nachbesprechung des gemalten Bildes statt, sodass eine Brücke zwischen dem a verbal-szenischen Erleben und dem bewussten Einordnen geschlagen wird. Die ständige Neuinterpretation der Realität ist das tägliche Brot des expliziten Gedächtnisses und im therapeutischen Dialog können miteinander neue alternative Narrative entwickelt werden, die eine positive Selbstsicht akzentuieren und belastende Erfahrungen erträglich werden lassen (Ullmann 2001).

5. Indikationen und Kontraindikationen:

Behandlungsschwerpunkte für die Arbeit mit Imaginationen (KIP) sind:

- Patienten mit festgefühten Abwehrstrukturen, mit starken Rationalisierungstendenzen oder emotionalen Blockierungen, die durch das kreative Element des KB angesprochen werden und die dann in den Bildern ihre innere Welt ausdifferenzieren können,
- psychosomatisch Kranke, bei denen die bildhafte Symbolisierung eine Brücke zwischen Körperempfindungen und Emotionen entstehen lässt (Wilke 1990),

- Kurztherapien und Kriseninterventionen, da sich in den Bildern der Konfliktfokus schnell sowie präzise darstellt und zudem auf der Bildebene wirksame affektlösende, nachentwickelnde und konfliktklärende Bearbeitungsstrategien zur Verfügung stehen.
- Jugendliche werden durch die kreativen Elemente angesprochen (Horn et al. 2006) – ältere Patienten können über Imaginationen wieder Zugang zu ihren Erinnerungen und ihrer Lebendigkeit bekommen (Erlanger 1997).

Die KIP ist während einer akuten Psychose und während schwerer depressiver Zustände kontraindiziert, da sich die Depression durch die Spiegelung in depressiven Bildern verstärken würde. Bei Patienten mit geringer Integration der Ich-Struktur ist Vorsicht geboten. Einerseits kann durch die Arbeit auf der Symbolebene im KB die Integration des Ich gefördert werden, andererseits besteht die Gefahr des Überschwemmtwerdens durch Bilder und Affekte. Daher sind Modifikationen der Technik notwendig (Dieter 2000), und die Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung verlangt bei strukturell Ich-gestörten Patienten beständige therapeutische Arbeit (Brömmel 2005; Dieter 1999; Schnell 2005). Die verinnerlichten destruktiven Partialobjektbeziehungen, die Abspaltung von unerträglich erscheinenden Gefühlen und die manipulativen Manöver ändern gegenüber müssen im KB und in der therapeutischen Beziehung konstant thematisiert, verstanden und beantwortet werden, damit der Patient die Möglichkeit hat, allmählich ein mentales Modell von sich selbst entwickeln, das ihm hilft, seine Affekte zu regulieren (Dieter 2005) und stabilere Beziehungen durchzuhalten.

## Fazit für die Praxis

**Der Prozessverlauf der KIP ist durch den Wechsel zwischen gemeinsam erlebten und gestalteten imaginativen Szenen und deren therapeutischer Nachbearbeitung charakterisiert. Mithilfe der Imaginationen werden unbewusste Motivationen, Fantasien, Konflikte und Abwehrmechanismen, Übertragungsmuster und**

**Widerstände des Patienten deutlicher sichtbar- und fühlbar, und der Empfindungs- sowie Handlungsspielraum wird durch neue Erfahrungen auf der Symbolebene erweitert. Durch die ständige unterstützende Begleitung des Therapeuten wird der Imaginationsraum zu einem geschützten Entwicklungsraum. Affekte können sich assoziativ verdichten und verarbeitet werden; dabei darf das Ich nicht emotional überschwemmt werden. Durch geeignete Auswahl der KB-Motive kann der Therapeut einen Rhythmus von Konfliktarbeit und Ressourcenaktivierung anregen. Für die Behandlung verschiedener Beschwerdebilder liegen in zwischen KIP-spezifische Behandlungskonzepte vor, z. B. für psychosomatische Krankheiten, Traumatisierungen, Angststörungen und Depressionen; ebenfalls gibt es ausgearbeitete Konzepte für Gruppentherapie und für Paartherapie mit KIP.**

## Korrespondenzadresse

**Dr. Leonore Kottje-Birnbacher**  
Düsseldorfer Str. 55, 40545 Düsseldorf  
l.kottje@gmx.de

**Interessenkonflikt.** Keine Angaben

## Literatur

- Achterberg J (1990) Gedanken heilen. Die Kraft der Imagination. Grundlagen einer neuen Medizin. Rowohlt, Reinbek
- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (2006) OPD 2. Huber, Bern
- Bahrke U, Nohr K (2005) Katathym Imaginative Psychotherapie: eine Positionsbestimmung. *Imagination* 26:73–92
- Brömmel B (2005) Die Übertragung in der KIP und in der TFP. *Imagination* 26:38–56
- Desoille R (1938) L'exploration de l'affectivité subconsciente par la méthode du reve éveillé. D'Arthey, Paris
- Dieter W (1999) Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Imaginationen bei neurotischen und Ich-strukturell gestörten Patienten. *Imagination* 20:72–93
- Dieter W (2000) Imagination und Symbolisierung bei neurotischen und Ich-strukturell gestörten Patienten. In: Salvisberg H, Stigler M, Maxeiner V (Hrsg) Erfahrung träumend zur Sprache bringen. Huber, Bern, S 147–168
- Dieter W (2005) Warum sind Imaginationen therapeutisch hilfreich? Überlegungen zu einigen Wirkfaktoren der KIP aus tiefenpsychologischer Sicht. In: Kottje-Birnbacher L, Wilke E, Krippner K, Dieter W (Hrsg) Mit Imaginationen therapieren. Neue Erkenntnisse zur Katathym-Imaginativen Psychotherapie. Pabst, Lengerich, S 90–97
- Erlanger A (1997) Katathym-imaginative Psychotherapie mit älteren Menschen. Reinhardt, München
- Happich C (1932) Das Bildbewußtsein als Ansatzstelle psychischer Behandlung. *Zentralbl Psychother Grenzgeb* 5:663–677
- Horn G, Sannwald R, Wienand F (2006) Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen. Reinhardt, München
- Loyola I von (1967) Geistliche Übungen. Übertragung und Erklärung von A. Haas. Herder, Freiburg
- Jung CG (1948) Über psychische Energetik und das Wissen der Träume, 2. Aufl. Rascher, Zürich
- Klessmann E, Eibach H (1993) Wo die Seele wohnt. Huber, Bern
- Kottje-Birnbacher L (2001) Einführung in die Katathym-imaginative Psychotherapie. *Imagination* 23:5–78
- Kraft H (1995) Über innere Grenzen. Initiation in Schamanismus, Kunst, Religion und Psychoanalyse. Diederichs, München
- Ladenbauer W (1999) Systematik der Techniken in der Begleitung katathymen Bilder. *Imagination* 20:73–77
- Leuner H (1955) Experimentelles katathymes Bilderleben als ein klinisches Verfahren in der Psychotherapie. *Grundlegungen und Methode. Z Psychother Med Psychol* 5:185–203
- Leuner H (2005) Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie, 3. korr. u. erw. Aufl. Huber, Bern
- Pokorny D, Stigler M (2005) Beziehungsschemata in der realen und der imaginierten Welt: mit der Clusteranalyse der Verschiebung auf der Spur. In: Kottje-Birnbacher L, Wilke E, Krippner K, Dieter W (Hrsg) Mit Imaginationen therapieren. Neue Erkenntnisse zur Katathym-Imaginativen Psychotherapie. Pabst, Lengerich, S 108–123
- Schnell M (2005) Imaginationen im Dialog. Zur Dynamik der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in der KIP. In: Kottje-Birnbacher L, Wilke E, Krippner K, Dieter W (Hrsg) Mit Imaginationen therapieren. Neue Erkenntnisse zur Katathym-Imaginativen Psychotherapie. Pabst, Lengerich, S 69–78
- Stern D (1985) The interpersonal world of the infant. Basic Books, New York
- Stigler M, Pokorny D (2000) Vom inneren Erleben über das Bild zum Wort. KIP-Texte im Lichte computer-gestützter Inhaltsanalyse. In: Salvisberg H, Stigler M, Maxeiner V (Hrsg) Erfahrung träumend zur Sprache bringen. Huber, Bern, S 85–99
- Schultz IH (1987) Das autogene Training. Konzentrierte Selbstspannung, 18. Aufl. Thieme, Stuttgart (1. Auflage 1932)
- Ullmann H (1997) Katathym-imaginative Psychotherapie im Entwurf – Handhabung und Verständnis der initialen Tagtraumübung. In: Kottje-Birnbacher L, Sachse U, Wilke E (Hrsg) Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern, S 83–95
- Ullmann H (2001) Bilder-Geschichten und ihr Rahmen in der KIP. In: Ullmann H (Hrsg) Das Bild und die Erzählung in der Psychotherapie mit dem Tagtraum. Zwölf Fallgeschichten. Huber, Bern, S 19–84
- Wilke E (1990) Die Klinik. In: Wilke E, Leuner H (Hrsg) Das katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern, S 171–173
- Wilke E (2004) Katathym-Imaginative Psychotherapie (KIP). Einführung in die Psychotherapie mit der Tagtraumtechnik, 6. neu bearb. Aufl. Thieme, Stuttgart