

Bahrke · Nohr



Katathym Imaginative Psychotherapie

Lehrbuch der Arbeit
mit Imaginationen in psychodynamischen
Psychotherapien

 Springer

Katathym Imaginative Psychotherapie

Ulrich Bahrke
Karin Nohr

Katathym Imaginative Psychotherapie

**Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen
in psychodynamischen Psychotherapien**

 Springer

PD Dr. med. Ulrich Bahrke

Sigmund-Freud-Institut

Frankfurt

Dr. phil. Karin Nohr

Berlin

ISBN-13 978-3-642-03253-0

ISBN 978-3-642-03254-7 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-642-03254-7

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Medizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Planung: Monika Radecki, Heidelberg

Projektmanagement: Sigrid Janke, Heidelberg

Lektorat: Barbara Buchter, Freiburg

Projektkoordination: Eva Schoeler, Heidelberg

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © kwan tse / shutterstock.com

Satz: TypoStudio Tobias Schaedla, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

unseren Kindern

Das Tor zum Buch – ein Vorwort

Bevor Sie dieses Buch lesen, laden wir Sie zu einer kurzen Imaginationübung ein: Bitte schließen Sie einmal die Augen, gehen Sie nach innen mit Ihrer Aufmerksamkeit und stellen Sie sich ein Tor vor. Irgendein Tor. Lassen Sie sich Zeit dabei ... Wenn ein Tor vor Ihrem inneren Auge erschienen ist, betrachten Sie es von allen Seiten, lassen es in Ruhe auf sich wirken. Was fällt Ihnen daran auf? Wie fühlt es sich an? Kennen Sie es? Wie gefällt es Ihnen? Können Sie die Umgebung, in der es steht, dazu ausmachen? Was ist vor, was hinter dem Tor? Und gibt es etwas, wozu Sie Lust hätten, wonach Ihnen gerade ist bei diesem Tor? Vielleicht mögen Sie Ihre Impulse auch umsetzen in Ihrer Phantasie ...

Und nun tauchen Sie wieder auf. Sie beginnen gerade ein Buch zu lesen über die Verwendung von Imaginationen in therapeutischen Prozessen. Lassen Sie sich bei der Lektüre vom Eindruck Ihres Tores begleiten. Vielleicht kommen Ihnen Fragen wie: Warum dieses und kein anderes Tor? Woran erinnert es mich? Was sagt es mir? Käme mir morgen ein anderes Tor in den Sinn als eben gerade? Warum überhaupt »Tor«?

Für Freud war der Traum, für Jung die Imagination das Tor auf der *via regia* zum Unbewussten, und die beiden Männer entzweiten sich über diese wie auch weitere Auffassungsunterschiede. Wir als Angehörige einer späteren Analytikergeneration haben solche Polarisierungen zum immer genaueren Verständnis dessen, wodurch Therapien wirken, nutzen gelernt. Therapeutische Prozesse sind längere oder kürzere begleitete Wege in einer besonderen Form der Beziehungsgestaltung, die Zuwachs und Differenzierung der inneren und äußeren, der psychischen und realen Lebensräume ermöglicht. Auf diesen Wegen stehen viele „Tore“: Träume, Verstehen, Empathie, Szenen, Enactments – und eben auch therapeutische Imaginationen. Sie alle tragen dazu bei, den Patienten aus seinem psychisch bedingten Leiden und der von ihm anfangs erlebten Sackgasse zum freieren Feld seiner menschlichen Möglichkeiten zu führen. Wie Imaginationen auf diesem Weg etwas eröffnen oder auch abschließen helfen, möchte unser Buch Ihnen zeigen.

Die Autoren



Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Bahrke

- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie/Psychiatrie, Psychoanalytiker (DPV/IPA) und Lehranalytiker (DGPT).
- Leiter der Institutsambulanz am Sigmund-Freud-Institut Frankfurt.
- Niedergelassen in eigener Praxis in Zürich.
- 1991–2007 Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.
- 2001–2009 Vorsitzender des Mitteldeutschen Instituts für Psychoanalyse Halle (MIP).
- 2009/2010 Vertretungsprofessur am Institut für Psychoanalyse des Fachbereichs Erziehungswissenschaft/Humanwissenschaften der Universität Kassel.
- Dozent und ehemaliges Vorstandsmitglied der Mitteldeutschen Gesellschaft für Katathymes Bilderleben (MGKB) und Dozent der Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben (AGKB), Vermittlung der Methode u. a. als Mitorganisator des Berliner Fortbildungsseminars der Deutschen Gesellschaft für Katathym Imaginative Psychotherapie (DGKIP) und bei den Lindauer Psychotherapiewochen.

PD Dr. med Ulrich Bahrke
Sigmund-Freud-Institut
Myliusstr. 20
60323 Frankfurt/Main
bahrke@sigmund-freud-institut.de
www.sfi.eu



Dr. phil. Karin Nohr

- Studium der Literaturwissenschaft, didaktisch-methodische Ausbildung von Studienreferendaren.
- Studium der Psychologie, Diplompsychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin (DPG) in eigener Praxis.
- Vorstandsmitglied der von ihr 2007 mitgegründeten Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse und Musik (DGPM).
- Seit 1988 Dozentin der Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben und imaginative Verfahren in der Psychotherapie (AGKB), Vermittlung der Methode u. a. seit 2006 als Mitorganisatorin des Berliner Fortbildungsseminars der Deutschen Gesellschaft für Katathym Imaginative Psychotherapie (DGKIP)
- Seit 2012 freie Schriftstellerin.

Dr. phil. Karin Nohr
Crellestr. 36
10827 Berlin
karin.nohr@googlemail.com

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1	6	Eine analytische Psychotherapie mit Imaginationen: der Fall Eichel	89
2	Der Stoff, aus dem die Imaginationen sind	7	6.1	Der Anfang vor dem Anfang	90
3	Die Katathym Imaginative Psychotherapie – vom Erstkontakt zur Initialimagination	11	6.2	Therapieplanung	91
3.1	Der Anfang vor dem Anfang – Wie die Therapie in Gang kommt	12	6.3	Initialimagination	96
3.2	Grundsätzliches zu Indikationsstellung und Behandlungsplanung	13	6.4	Drei zentrale Szenen des analytischen Prozesses	99
3.3	Indikationsstellung für die Einbeziehung von Imaginationen in den psychodynamischen Therapieprozess	14	6.5	Der analytische Prozess: Am Fuß des Berges – bergauf – das Erreichen des Gipfelplateaus – bergab	102
3.4	Grundsätzliches zu Behandlungsvereinbarungen in psychodynamischen Therapien	19	7	Systematische Darstellung der Arbeit mit therapeutischen Imaginationen	131
3.5	Imaginationsankündigungen als Teil der Behandlungsvereinbarungen	20	7.1	Therapeutische Haltung in der KIP	132
3.6	Besonderheiten der Initialimagination und Hinweise zum praktischen Umgang	23	7.2	Umgang mit Anregungsmotiven bei der Einleitung von Imaginationen	134
3.7	Die Nachbesprechung der Initialimagination	29	7.3	Interventionstechniken der Imaginationsbegleitung	153
4	Eine Kurzzeittherapie mit Imaginationen: der Fall Musat	31	7.4	Einbettung der Imagination in die therapeutische Sitzung und den therapeutischen Prozess	170
4.1	Kontaktaufnahme und erste Eindrücke der Therapeutin	32	7.5	Zu den Nachgestaltungen der Imagination	176
4.2	Therapieplanung	32	7.6	Beendigung einer Therapie mit Imaginationen	180
4.3	Die Initialimagination	37	7.7	Umgang mit Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand in der KIP	182
4.4	Erster Behandlungsabschnitt	40	8	Anwendungsspektrum und Fortbildungsorganisation	205
4.5	Zweiter Behandlungsabschnitt	51	9	Imagination in Kunst und Geistesleben	209
5	Eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Imaginationen: der Fall Grün	63		Verzeichnis der Exkurse	215
5.1	Kontaktaufnahme, erste Eindrücke, Symptomatik	64		Literatur	217
5.2	Therapieplanung	64		Stichwortverzeichnis	223
5.3	Initialimagination	69			
5.4	Der therapeutische Prozess	72			

Einleitung

Wir haben ein Lehrbuch der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) geschrieben, weil das einzige grundlegende Lehrbuch hierzu (Leuner 1985) in mancher Hinsicht veraltet ist sowie durch missverständliche Formulierungen irreführend sein kann, wenngleich es auch heute noch eine Fülle wertvoller Anregungen für den Umgang mit Imaginationen bietet. Zwar gibt es zahlreiche neuere Veröffentlichungen, die den heutigen Stand der Arbeit mit Imaginationen widerspiegeln; in ihrer Beleuchtung von Einzelaspekten bieten sie jedoch keine systematische Anleitung und zusammenfassende Reflexion der Möglichkeiten und Grenzen des tiefenpsychologischen Imaginations-einsatzes (z. B. Dieter 2001, Hennig et al. 2007, Hennig u. Rosendahl 1999, Kottje-Birnbacher et al. 2005, Kottje-Birnbacher et al. 2010, Salvisberg et al. 2000, Ullmann u. Wilke 2012).

Leuners über die Jungianische Symbolarbeit hinausgehende Konzeption war das therapeutisch aktive, durch sogenannte Motive (► Kap. 7.2) angeregte Imaginationsgeschehen, das durch besondere, von ihm entwickelte Interventionstechniken in Gang gehalten und zwischen Patient und Therapeut dialogisch als Teil des therapeutischen Prozesses gestaltet wurde (► Exkurs 2: Hanscarl Leuner). Daraus entwickelte er das »Katathyme Bilderleben« (Leuner 1955), das als spezielle Behandlungsmethode der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinien Eingang gefunden hat (Rüger et al. 2012, S. 42). Nicht mehr auf dem heutigen Stand des psychodynamischen Selbstverständnisses ist Leuners Lehrbuch vor allem da, wo er – trotz vielfacher Reflexion des Übertragungsgeschehens – das Primat der therapeutischen Wirkung in der imaginativen Kraft symbolischer Prozesse selbst sieht statt in der therapeutischen Beziehung, die sich der Imagination an bestimmten Stellen bei bestimmten Patienten zu bestimmten Zwecken bedient.

Exkurs 1: katathym

Das ungewöhnlich klingende Wort »katathym« kommt aus dem Griechischen (*kata* = gemäß, abhängig von; *thymos* = Seele, Emotionalität)



und bedeutet »gemäß den Gefühlen« oder »aus der Seele, dem Gefühl, dem Gemüt kommend«. Der Ausdruck wurde 1912 von Hans Maier in die deutsche Psychiatrie eingeführt und später von Ernst Kretschmer (1956, S. 156) aufgegriffen: »Unter Katathymie verstehen wir ... die Umbildung der seelischen Inhalte unter der Wirkung des Affekts.«

Leuner übernahm den Begriff und definierte das »katathyme Bild« durch »Plastizität, Farbigkeit und Gefühlsgetragenheit, im Gegensatz zu den einfachen Vorstellungen des Alltags. Die katathymen Bilder gehorchen dem Willen kaum noch ...«, wobei er »Zwischenstufen« zwischen den »einfachen Vorstellungen« und den »vollausgebildeten« Imaginationen einräumt (Leuner 1985, S. 42). Das Wort hebt also den kinästhetischen Charakter (► Kap. 2) der Imaginationen hervor. Katathyme Imaginationen sind zumeist gefühls gesättigt, sie können den aktuellen Gemütszustand plastisch ausdrücken und, was therapeutisch ebenso wichtig ist, dadurch wiederum andere Gemüts- und Gefühlszustände anregen.

Leuners konzeptionelle Annahme einer autonomen Kraft der Imaginationen bei gleichzeitiger Betonung ihrer Verwurzelung im tiefenpsychologisch verstandenen Konfliktgeschehen (Leuner 1985) bewirkte eine Anziehungskraft auf Therapeuten sehr unterschiedlicher Therapierichtungen, sodass das Selbstverständnis von heutigen KIP-Therapeuten zwar im Allgemeinen dem psychoanalytisch-tiefenpsychologischen Ansatz folgt, andererseits gelegentlich aber auch eine Nähe zu Therapieverfahren aufweist, die mit anderen Konzeptualisierungen Imaginationen nutzen, wie z. B. Verhaltenstherapie, Hypnose, systemische Therapie oder Psychodrama.

Wir vertreten in diesem Lehrbuch im Einklang mit der modernen Therapieforschung (z. B. Luborsky 1995) nicht nur die Auffassung vom Primat der therapeutischen Beziehung als mächtigstem Wirkfaktor der therapeutisch induzierten Veränderung, sondern die einer von komplexen Übertragungsprozessen bestimmten Beziehung,

die des reflektierten Verstehens bedarf (► Kap. 7.7). Wir stellen demgemäß die Arbeit mit Imaginationen als eine spezifische Bereicherung unterschiedlicher psychodynamischer Therapieprozesse vor: in Kurzzeittherapie, tiefenpsychologisch fundierter Langzeittherapie und der analytischen Langzeittherapie. Wir sehen die im therapeutischen Prozess entwickelten Imaginationen nicht wie Leuner als »relativ autonom(e) und individuell angepasst(e)... Freisetzung des Konfliktmaterials« (Leuner 1985, S. 433), sondern wir betrachten das, was der Patient auf seiner imaginativen Bühne entwickelt, als ein spezifisches Produkt der therapeutischen Beziehungsdynamik. Auch Leuner war sich der Bedeutsamkeit und Ubiquität von Übertragungsdynamik bewusst und hielt deren Kenntnis für die »Mittel- und Oberstufe« für einen KIP-Therapeuten für »unabdingbar«; daneben vertrat er aber die Auffassung, in vielen Fällen müssten »diese sublimen Beziehungen nicht unbedingt therapeutisch berücksichtigt werden« (Leuner 1985, S. 413). Dadurch begünstigte er die Entwicklung von Auffassungen, die in der KIP eine vermeintlich von Übertragungsproblemen »verschonte« Methode sehen, da sich insbesondere die negative Übertragung auf der »Leinwand der Imaginationen« abspiele und über weite Strecken oder sogar vollständig aus dem therapeutischen Prozess herausgehalten werden könne (► Kap. 7.7, Exkurs 10: Projektionsneurose).

Wir erläutern detailliert anhand dreier Falldarstellungen, wie unbewusste Motivationen, Konflikte und deren Abwehr sich unter der Übertragungsbeziehung in den Imaginationen symbolhaft veranschaulichen, und zeigen, wie Imaginationen in unterschiedlichen Therapiesituationen wirkungsvoll eingesetzt werden können und wodurch sie sich als ein Zugangsweg bei der Bearbeitung vieler Störungsbilder in Kurz- und Langzeittherapie bewährt haben.

Wir gehen sowohl aufgrund der geschilderten Rezeptionslage als auch aufgrund der Weiterentwicklung psychodynamischer Theoriebildungen davon aus, dass unser Lehrbuch für sehr unterschiedliche Leser von Interesse ist, die ihre spezifischen Lesebedürfnisse an das Buch herantragen werden: So stellen wir uns als Leser sowohl interessierte Psychoanalytiker freudianischer und

jungianischer Provenienz vor als auch Ausbildungsteilnehmer tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Ausbildungsstätten; sowohl erfahrene niedergelassene Therapeuten verschiedener Richtungen als auch junge Klinikärzte, denen nahegelegt wird, »mit Imaginationen zu arbeiten«; sowohl Ausbilder und Dozenten an verschiedenen Ausbildungsinstituten, die ihren Überblick über das therapeutische Spektrum vertiefen, als auch Studenten an den neu gegründeten psychoanalytischen Universitäten oder in Masterstudiengängen, die nur in etwas »hineinschnuppern« möchten.

Entsprechend haben wir unser Buch einerseits als Praxisleitfaden angelegt, dem sich konkret entnehmen lässt, wie man Imaginationen in den therapeutischen Prozess einführt, wie man damit arbeitet, wie und wozu man sie nutzt (► Kap. 3–6). Hierzu erwarten wir keinerlei Vorkenntnisse oder Voraussetzungen. Andererseits stellen wir die Arbeit mit Imaginationen im Rahmen eines tiefenpsychologisch-analytischen Prozessverständnisses vor und vertiefen daher diese Veranschaulichungen durch konzeptionell grundlegende Reflexionen (► Kap. 7). Wo dies den fortlaufenden Gedankengang zu sehr ausweiten würde, verweisen wir auf weiterführende Exkurse (s. Übersicht im Anhang). Das ganze Spektrum der Anwendungsformen der KIP sowie Weiterbildungsmöglichkeiten werden in Kapitel 8 dargestellt; allgemeinere Gedanken zum Wechselspiel zwischen Imagination und Kunst oder Philosophie finden sich am Ende des Buches in Kapitel 9.

Um den praktischen Umgang mit Imaginationen in den unterschiedlichen therapeutischen Rahmenbedingungen und deren Einbettung in die Beziehungsdynamik grundlegend und gut nachvollziehbar zu demonstrieren, haben wir uns nicht für eine Vielzahl von Fallvignetten, sondern für die fortlaufende Darstellung dreier sehr unterschiedlicher Behandlungsverläufe entschieden. Da auf diese drei Falldarstellungen wiederholt verwiesen wird, werden sie bereits hier kurz vorgestellt:

Die Managerin am Scheideweg. Die 35-jährige Frau Dr. Musat sucht Therapie als kompakten »Crash-Kurs« innerhalb einer extra dafür genommenen »Aus-Zeit«. Die Sprengkraft der Liebe hat ihr »durchgetaktetes« Leben aus der Balance gebracht

und damit sie selbst. Sie ahnt, wo sie hin will, fühlt sich aber durch ihr schwer verständliche innere Einschränkungen auf ihrem Weg gehemmt. Sie wird im Rahmen einer 21-stündigen Kurzzeittherapie behandelt.

Der geschundene Rücken. Die 30-jährige Verkäuferin Frau Grün ist bereits fünfmal wegen Bandscheibenvorfällen operiert worden. Schmerzzustände, Versagensängste, Zwänge und ihre hohe innere Anspannung führen sie in Therapie, denn sie befürchtet, sonst ihre Umschulungsmaßnahme nicht zu schaffen und im Leben zu scheitern. Sie wird in 50 Sitzungen im Rahmen einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie behandelt.

Das ungelebte Leben. Die 59-jährige Frau Eichel sucht zunächst nur einen Platz in einer Balintgruppe für Lehrer, doch dann wird eine analytische Psychotherapie mit 620 Sitzungen daraus. Frau Eichel rackert sich in einer schier unvorstellbaren Intensität beruflich und privat für andere ab und hat den einzigen geliebten Menschen durch Tod verloren. Ihre Gesundheit ist akut gefährdet durch eine von ihr bagatellierte Bluthochdruckerkrankung.

Wir haben somit durch behandlungspraktische und reflektierende Darlegungen sowie Ausblicke auf »lohnende Abstecher« einen »Reiseführer« in das Land der therapeutischen Imaginationen vorgelegt und erhoffen uns durch diese Darstellungsweise, dass sich beim Lesen nicht alle durch dasselbe Tor zwängen müssen, sondern dass der Leser an für ihn überflüssigen Wegstrecken »vorbeilesen«, an anderen Plätzen aber verweilen kann und manches Tor mit Gewinn durchschreitet.

Unser Dank gilt zuallererst den drei Patientinnen, die uns ihr Einverständnis gaben, ihre Behandlungsgeschichte in der vorliegenden anonymisierten Form in diesem Lehrbuch zu veröffentlichen, er gilt aber darüber hinaus allen unseren Patienten, die sich uns über die Jahrzehnte in ihrer Not anvertrauten und durch deren Behandlungen wir persönlich reifen und die fachliche Kompetenz erwerben konnten, die wir mit diesem Buch nun einer folgenden Psychotherapeutengeneration zur Verfügung stellen können. Unser Dank gilt darüber hinaus denen, die uns einst in die KIP

einführten: Erdmuth Fikentscher, Heinz Hennig und Walburg Weiske (Ulrich Bahrke) sowie die leider früh verstorbenen Marianne Rintel-Lieck und Jürgen Pahl (Karin Nohr), aber auch all den Dozentinnen und Dozenten, mit denen wir uns insbesondere seit 2000 in einem Diskussionsprozess über die theoretischen Grundlagen, das Selbstverständnis und die damit verbundene spezifische Begrifflichkeit verbunden fühlen; stellvertretend seien genannt W. Dieter, L. Kottje-Birnbacher, W. Rosendahl, H. Salvisberg, M. Schnell, B. Steiner, H. Ullmann und E. Wilke. Aus dieser Diskussion ging ein »Positionspapier« hervor (Bahrke u. Nohr 2005), das eine erste Grundlage darstellte für das jetzt vorliegende gemeinsame Lehrbuch. Danken möchten wir weiterhin Barbara Hauler, Heinz Hennig, Manfred Rust und Barbara Bahrke für Anregungen und kritische Hinweise bei der Sichtung des Manuskriptes. Schließlich geht unser Dank an unsere aufmunternden, geduldig-hilfreichen Mitarbeiterinnen des Springer-Verlags Monika Radecki und Sigrid Janke. Wir danken uns aber auch gegenseitig: Auf unserem »Tandemprojekt« saßen wir zu unterschiedlichen Etappen vorn oder hinten – und hätten sämtliche Abschnitte nicht ohne die Unterstützung des jeweils anderen so schreiben können.

Exkurs 2: Hanscarl Leuner

Hanscarl Leuner (1919–1996) ist der Begründer der Kathym Imaginativen Psychotherapie. Nach einem vom Kriegsdienst unterbrochenen Medizinstudium (1939–1946) nahm er eine Lehranalyse bei dem Jung-Schüler Schmalz in Frankfurt auf und arbeitete ab 1947 in der Psychiatrischen Klinik in Marburg. Gefördert von Professor Klaus Conrad wechselte er 1959 von Marburg nach Göttingen, habilitierte sich dort mit einer Schrift über experimentelle Psychosen und begann innerhalb der Psychiatrischen Klinik Göttingen den Bereich »Psychosomatik und Psychotherapie« aufzubauen. 1975 wurde daraus eine eigenständige »Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie«, die Leuner bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1985 leitete.



Früh begann sich Leuner für die therapeutische Wirkung von Imaginationen zu interessieren, Vorläufer seines Verfahrens zu studieren und die Arbeit mit Imaginationen auch praktisch zu erproben. Mitte der 1950er Jahre beschrieb er dieses Verfahren in ersten Veröffentlichungen unter dem Begriff »Katathymes Bilderleben« (Leuner 1955). Sein Interesse an der inneren Vorstellungswelt reichte weit: So begann er auch, zusätzlich verschiedene Halluzinogene zur Unterstützung der imaginativen Psychotherapie einzusetzen (Psycholytische Psychotherapie); eine Arbeit, die wegen der Gefahr des Drogenmissbrauchs und nach dem Verbot verschiedener psychotroper Substanzen Ende der 1960er Jahren wieder eingestellt wurde. Leuner blieb an Fragen einer möglichen Bewusstseinsweiterung aber weiter interessiert und gründete 1985 zusammen mit anderen Forschern das »Europäische Collegium für Bewusstseinsstudien« (ECBS), deren Präsidentschaft er übernahm.

1974 wurde auf Leuners Initiative hin die »Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben« (AGKB) ins Leben gerufen (► Kap. 8). Das ihr später angegliederte »Institut für Katathymes Bilderleben und imaginative Verfahren in der Psychotherapie« bildet in dezentralen Seminaren und an tiefenpsychologisch fundierten Ausbildungsstätten ärztliche und psychologische Psychotherapeuten im therapeutischen Umgang mit Imaginationen aus. Bei dieser Arbeit spielte das von Leuner (1985) vorgelegte »Lehrbuch des Katathymes Bilderlebens« eine grundlegende Rolle in der inhaltlichen Konzeption der Weiterbildungsseminare. In seiner auf breiter Erfahrung fußenden Vielfalt, mit unzähligen Fallvignetten versehen, stellt das Lehrbuch bis heute eine wertvolle und äußerst anregende »Fundgrube« für Interessierte dar.

Hanscarl Leuner verband in seiner persönlich wertschätzenden, unaufdringlichen und zugleich leidenschaftlichen Art theoretisch-wissenschaftliches Interesse mit großem praktisch-aufbauendem Engagement. So erwiderte



er auch gern die Kontaktsuche durch Heinz Hennig aus der DDR, unter dessen Leitung in Halle in den 1970er Jahren eine Arbeitsgruppe zum Katathymen Bilderleben entstanden war. Erstmals referierte und diskutierte Leuner an der dortigen Universität 1985. Nach der Wiedervereinigung besuchte er dann das Zentrale Ausbildungsseminar der Mitteldeutschen Gesellschaft für Katathymes Bilderleben (MGKB) in Reinhardsbrunn. Im Juni 1995 entstand bei einem Besuch ein Interviewfilm (Medienzentrum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 99-03), in dem der Begründer der KIP für die Nachwelt eindrucksvoll die Methode und seine Positionen dazu darlegt.

Der Stoff, aus dem die Imaginationen sind

Imaginationen sind universell auftretende, kinästhetisch strukturierte innere Wahrnehmungen, die frühe, ganzheitliche Erlebniszustände mobilisieren und symbolisch aufgeladen sein können.

Die **Universalität von Imaginationen** beruht auf der menschlichen Fähigkeit, bewusste und unbewusste innerseelische Zustände in symbolisch-bildhafter Form darzustellen (► Kap. 9). Sie treten spontan auf, können sich auf einen einzelnen bildhaften Eindruck beschränken, aber auch umfangreich ausgestaltet sein. Das Affektgeschehen kann dabei intensiv, aber auch beiläufig erlebt werden. Ein entspannter Zustand kann das Auftreten von Imaginationen fördern – Muße als das Einfallstor von Phantasien! –, Imaginationen können aber auch die Entspannung verstärken oder verhindern. Sie können bewegende Erlebnisse verarbeiten helfen, aber auch zum Rückzug aus belastenden Lebenssituationen führen. Sie können das Erinnern erleichtern, aber auch den überwältigenden Charakter von Flashbacks annehmen.

Die therapeutisch genutzten, von Leuner »kathym« (► Kap. 1, Exkurs 2: kathym) genannten Imaginationen sind **kinästhetisch strukturiert**. Dieser von Leikert (2008, 2012) eingeführte Begriff knüpft an entwicklungspsychologische Erkenntnisse zu menschlichen Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeiten an. Die Säuglingsforschung (Stern 1985, 1992) hat uns vor Augen geführt, dass in den frühen vorsprachlichen Entwicklungsstadien die Sinneswahrnehmung ganzheitlich und amodal organisiert ist. Sehen, Hören, Riechen, Bewegen und Schmecken sind nicht voneinander getrennt, eines durchdringt das andere. Wie nun die Semantik die Lehre von den Wortbedeutungen ist, gibt es auch eine Semantik dieser frühen, amodal-changierend funktionierenden Kommunikation, die sich in der szenisch-sinnlichen frühen Eltern-Kind-Interaktion entfaltet und die Leikert (2012) die kinästhetische Semantik als Lehre von der bedeutungsverleihenden Funktion des körperlich-sinnlichen Erlebens beschreibt (► Exkurs 3: kinästhetisch). Sie ermöglicht es auch in späteren Lebensstadien, wenn die Worte die sinnliche Ausdrucksweise erweitern, wenn also die lexikalische der kinästhetischen Ausdrucksebene begegnet, die Komplexität und Unwiederholbarkeit eines je erlebten Körperzustands innerlich zu erleben. Diese

frühe Ausdrucks- und Wahrnehmungsform ist uns allen vertraut, aber sie gerät mit zunehmendem Lebensalter in den Schatten der späteren sprachdominierten Kommunikation.

In den kinästhetischen Erfahrungen wird das Wahrnehmungsobjekt – und das ist ein zentraler Gedanke zum Verständnis der besonderen Kommunikationsleistung von Imaginationen – wie verschmolzen mit dem jeweiligen aktuellen subjektiven Sinneseindruck erlebt. So steht die Mutter zwar dem Säugling als konturiertes, abgegrenztes Objekt gegenüber, wird aber so nicht wahrgenommen: Sie »ist« das, was die ganzheitlichen Sinneseindrücke in den jeweiligen Szenen aufnehmen: eine transmodal im jeweiligen Augenblick neu synthetisierte Erlebnisgestalt. Solche **Erlebnisgestalten** sind auch die vom Patienten spontan synthetisierten, imaginativen szenischen Eindrücke: Ein Baum wird zum Beispiel taktil wahrgenommen, seine Rinde wird befühlt, gleichzeitig hat der Patient ihn auch vor dem inneren Auge und hört das Rauschen der Blätter, vor allem, wenn er darin therapeutisch unterstützt wird. Wir brauchen zu dieser Form ganzheitlichen Erlebens oft Unterstützung, da die begleitenden sinnlichen Wahrnehmungen und Affekte im Rahmen der verbalen Kommunikation häufig anderen Ausdruckswünschen bzw. Hemmungen geopfert werden. Können sie aber erlebt werden, kommt es in den Imaginationen zu dem frühen, fusionären Bezogenheitszustand, wie man ihn auch gelegentlich beim Musikhören erlebt, und daher zu einer verlebendigen, anreichernden Form des Erlebens.

So ist der vorherrschende Ausdrucksmodus von Imaginationen zwar wie im Traum das Vorstellungsbild, das vor dem – geschlossenen oder offenen – inneren Auge des Patienten entsteht, sich entwickelt, verändert, changiert, verblasst, abbricht, spontan oder gelenkt neu auftaucht. Dennoch sind Imaginationen aufgrund ihrer kinästhetischen Struktur eben keinesfalls rein optische Phänomene. Die entstehenden »Bilder« stellen vielmehr ganzheitlich erlebte Szenen dar: Eine visualisierte Blume kann »wie im Leben« berührt, gerochen, gegossen, überreicht, abgebrochen werden, Patienten hören Wasser plätschern und Bäume rauschen, liegen und entspannen sich auf Wiesen, fliegen auf Teppichen, schmecken Speisen

oder das Wasser eines Gebirgsflusses etc. Imaginationen erfassen also, wenn wir die Patienten nicht an der imaginativen Versenkung hindern, sondern sie vielmehr durch geeignete Interventionen fördern (► Kap. 3.6. u. 7.3), den gesamten sinnlichen Wahrnehmungsbereich, sodass sich intensives, affektgesättigtes Erleben entwickeln kann.

Exkurs 3: kinästhetisch

Mit dem Begriff »kinästhetisch« erklärte Leikert (2008) aus psychoanalytischer Sicht zunächst besondere Erfahrungszustände beim Hören von Musik. Seine Überlegungen hat er inzwischen zu einer allgemeinen »psychoanalytischen Ästhetik« weiterentwickelt. Darin geht er der Frage nach, »wie sich Wahrnehmung so organisieren kann, dass ein bestimmtes Wahrnehmungselement – ein Apfel etwa – nicht als pures Anzeichen für das Vorhandensein eines konkreten Dings aufgefasst wird, das man kaufen oder essen kann, sondern als ein ästhetisch überhöhtes Objekt der Kunst, das zu faszinieren weiß« (Leikert 2012, S. 74). Seiner Ansicht nach wird in einer kinästhetischen Erfahrung das Wahrnehmungsobjekt als fusioniert mit dem eigenen Körper selbst erlebt, – es entsteht eine transmodale Einheit aus der Wahrnehmung des Körperselbst (der Subjektseite) und den verschiedenen Wahrnehmungen des sinnlichen Gegenstandes (der Objektseite). Diese Fusionierung korrespondiere mit der Art, wie Säuglinge ihre Mutter wahrnehmen: nicht als abgegrenztes Gegenüber, sondern verschmolzen mit den changierenden jeweiligen Sinneseindrücken.

Stärker als Stern (2005) betont Leikert zum einen die körperliche Fundierung der sinnlich-wahrnehmenden Bedeutungszuschreibung, insbesondere der Hörerfahrungen, und zum anderen das zeitlich Flüchtige, Vorübergehende einer kinästhetischen Wahrnehmung: »Nur für Momente tauchen wir in Zonen ein, in denen das Erleben wirklich vom kinästhetischen Bezug reguliert wird« (Leikert 2012, S. 82). Durch »plötzliche Umschlagpunkte« gerate man in einen intensiv erlebten Zustand erhöhter



Bedeutsamkeit des Wahrnehmungsobjekts, das hierdurch zu einem nachhaltigen inneren Eindruck intensiviert werde. Es gebe ein »Mehr-oder-weniger« an kinästhetischer Erfahrung, jedoch keine dauerhaft festhaltbaren Zustände.

Leikerts Überlegungen helfen, die besondere therapeutische Eignung von Imaginationen – als eines sinnlichen inneren Wahrnehmungsfeldes – besser zu verstehen. Sie erklären, wieso Patienten beim imaginativen Umgang etwa mit ihrer vorgestellten Blume in einen besonderen Affektzustand gelangen können und einzelne Vorstellungen mit einem erhöhten Bedeutungshorizont erleben. Denn auch beim imaginativen Erleben kann es zu einem solchen frühen, fusionären Bezogenheitszustand zum vorgestellten Inhalt kommen. Wir erleben bei Patienten oft, dass sie sich zunächst zögerlich auf ihre inneren Vorstellungsobjekte einstellen, sich aber dann während der Imagination, ausgelöst durch die erlebte Dynamik in der Beziehung zum Therapeuten, durch »plötzliche Umschlagpunkte« in eine Vertiefung im Sinne eines kinästhetischen »Mehr-oder-weniger« hinein und aus ihr wieder heraus bewegen.

Für Leikerts Konzeptualisierungen der »kinästhetischen Semantik« als der Lehre von der frühen, prä-verbalen sinnlichen Bedeutungserzeugung sind die Begriffe Semantik, kinetisch und ästhetisch zentral.

Semantik untersucht als Lehre der Wortbedeutung, wie die Worte, die wir benutzen, dazu beitragen, den Sinn zu erzeugen, der dem Ausdruckswunsch entspricht. Leikert übernimmt den Begriff Semantik für die Elemente und Strukturen der Wahrnehmung und fragt: Welche nicht-verbalen Bedeutungsträger spielen in der sinnlichen Wahrnehmung bedeutungserzeugend zusammen?

Kinetik meint Bewegungsfolgen von Spannung und Entspannung und damit die körpernahe Seite der Emotion und sinnlichen Wahrnehmung: »Das Subjekt der sinnlichen Erkenntnis ist nicht durch ein abstrahiertes



Element gegeben, sondern durch die erlebte Körperlichkeit, die sich mit dem sinnlichen Reiz verbindet ... Die Bedeutung der Sonne – angenehm warm oder zu heiß – realisiert sich aus der Verbindung mit dem Körperselbst.« (Leikert 2012, S. 75).

Ästhetik bezieht sich auf die Objektseite der sinnlichen Erkenntnis. Ein ästhetisches Objekt – sei es ein Bild, sei es Musik, sei es Tanz oder Theater – brauche, um seine spezifische Wirkung zu entfalten, bestimmte Bedingungen, zentral sind dabei der Rahmen («Bühne«, zeitliche Struktur), die Transmodalität (die Anregung der frühen, von einem Sinneskanal zum anderen changierenden Wahrnehmung), die Ritualisierung im Sinne innerer rhythmisierender Organisiertheit, die Ko-Kreation (das innere Mit-Schaffen) und die Fusion, die die kinetische Binnenwahrnehmung mit der ästhetischen Außenwahrnehmung verzahne.

Neben der affektiven Intensität der inneren Vorstellungsbilder ist ihre **symbolische Aufladung** therapeutisch bedeutsam. Zum »Symbol« (► Kap. 7.2, Exkurs 7: Symbol) werden die imaginativ wahrgenommenen Eindrücke durch die besondere bedeutungsverleihende menschliche Neigung zur persönlichen Sinnaufladung von Wahrgenommenem in Verschränkung und Durchdringung mit vorgefundenen überindividuellen Symbolen. Taucht beispielsweise in einer Imagination ein Grab mit einem Kreuz auf, so wird damit unabhängig von der eigenen religiösen Einstellung ein kollektives Symbol benutzt, um eine Szene mit individueller Bedeutungszuweisung anzureichern, die im therapeutischen Gespräch näher verstanden werden kann.

Die Katathym Imaginative Psychotherapie – vom Erstkontakt zur Initialimagination

- 3.1 Der Anfang vor dem Anfang – Wie die Therapie in Gang kommt – 12
- 3.2 Grundsätzliches zu Indikationsstellung und Behandlungsplanung – 13
- 3.3 Indikationsstellung für die Einbeziehung von Imaginationen in den psychodynamischen Therapieprozess – 14
- 3.4 Grundsätzliches zu Behandlungsvereinbarungen in psychodynamischen Therapien – 19
- 3.5 Imaginationsankündigungen als Teil der Behandlungsvereinbarungen – 20
- 3.6 Besonderheiten der Initialimagination und Hinweise zum praktischen Umgang – 23
- 3.7 Die Nachbesprechung der Initialimagination – 29

3.1 Der Anfang vor dem Anfang – Wie die Therapie in Gang kommt

»Sie sind verbunden mit der psychotherapeutischen Praxis von ...« Es sind sehr besondere Momente, in denen ein Patient zum Telefonhörer greift, um sich an einen ihm unbekanntem, vielleicht empfohlenen oder auf einer Liste gefundenen Therapeuten zu wenden. Solch einem Moment können Jahre der Unentschiedenheit vorausgehen, er kann ebenso das Ergebnis eines spontanen Impulses aus aktueller Notlage heraus darstellen. Das Erste, was dem Patienten nach diesem Entschluss entgegenkommt, ist die Stimme des Therapeuten, meist vom Anrufbeantworter. Signale, die der Patient aus der Stimme herausliest, wie etwa »Wärme« oder »Kühle«, Entschlossenheit oder Einfühlsamkeit, dazu Signale, die er aus der Art und Weise des Sprechens erschließt, werden sofort gemäß den aus früheren Beziehungserfahrungen entwickelten Übertragungswünschen aufgefasst und führen zu allerersten vagen Vorstellungen davon, ob der Patient sich diesem Unbekannten anvertrauen möchte oder eher nicht.

Aus dieser Übertragungslage heraus sowie der »Antwort« des Therapeuten gestaltet sich im Erstgespräch neben oder unter dem in Worten verpackten bewussten Anliegen des Patienten eine unbewusste »Szene« (► Kap. 7.7, Exkurs 11: Szene; ► Kap. 7.7.4), die sehr häufig psychodynamisch relevante Muster in kondensierter Form enthält. Wegen der Komplexität dieses Geschehens ist die Erstbegegnung Gegenstand zahlreicher Publikationen geworden (z. B. Argelander 1992, Eckstaedt 1991).

Aus diesen ersten Eindrücken und Beobachtungen entstehen bei Therapeut wie bei Patient Annahmen über den anderen. Im Therapeuten bilden sich erste Hypothesen: Welche Beziehungsschwierigkeiten liegen den Beschwerden des Patienten zugrunde? Wie lange wird bei der vermuteten Schwere das therapeutische Geschehen dauern? Dies sind Fragen der äußeren und inneren »Passung«. Durch die fortlaufende wahrnehmende Beobachtung seiner inneren gefühlsmäßigen Reaktion auf den Patienten wird der Therapeut diese Hypothesen im Verlaufe des Erstgesprächs weiter verfolgen, ergänzen oder auch verwerfen und durch andere ersetzen. Der psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch ausgebildete Therapeut wird also aufmerksam nicht

nur darauf achten, was der Patient für Symptome schildert und wie er berichtet, sondern auch darauf, wie dies auf ihn wirkt und was das so Geschilderte in ihm auslöst, also wie sich seine Gegenübertragungsreaktion (► Kap. 7.7.5) gestaltet. Und er wird dem Patienten am Ende des Erstgesprächs dann einen weiteren Termin anbieten, wenn er meint, diesem Patienten mit seinen Möglichkeiten helfen zu können und dies auch zu wollen.

Für den Patienten bestätigen, differenzieren oder enttäuschen die ersten Gespräche den vagen Spontaneindruck. Zufrieden wird der Patient dann sein, wenn er erlebt hat, dass dieser Therapeut ihn verstanden hat, ja, ihm durch sein Nachfragen und seine Feststellungen möglicherweise bereits im ersten Gespräch Einsichten vermitteln konnte, die er so selbst noch nicht gewonnen hatte, sodass bei ihm ein gewisses Zutrauen entstanden ist, mit ihm aus seinen Schwierigkeiten herausfinden zu können.

Ist der Erstkontakt für beide zufriedenstellend verlaufen, ist die erste Weichenstellung auf die gemeinsame therapeutische Arbeit hin erfolgt. Die Psychotherapierichtlinien (Rüger et al. 2011) und krankenkassenrechtlichen Bestimmungen tragen diesem wichtigen Prozess der Abstimmung, dessen entwicklungspsychologische Hintergründe immer bewusster geworden sind (Stern 1992), durch das Vorschalten der probatorischen Sitzungen Rechnung, an deren Ende es zur eigentlichen Therapievereinbarung kommt. Der Therapeut benötigt diese Sitzungen darüber hinaus für die eingehende biographische Anamnese, die ihm hilft, die jetzt aufgetretenen oder schon länger bestehenden Beschwerden des Patienten in einen hypothetischen inneren Zusammenhang mit den lebensgeschichtlich geprägten verinnerlichten Konflikten als Ausdruck von Beziehungswünschen und deren Abwehr zu bringen. Die szenischen Annahmen, das Ermitteln einer auslösenden Situation und die anamnестischen Angaben helfen dem Therapeuten, die Psychodynamik zu formulieren und damit den Antrag zur begründeten Kostenübernahme durch die Krankenkasse stellen zu können.

Wenn dem Therapeuten früh klar ist, dass bei der anstehenden Therapie Imaginationen von Nutzen sein könnten, wird er bereits im Rahmen der probatorischen Vorgespräche eine Imaginationssequenz durchführen (► Abschn. 3.6), die Er-

fahrung damit für die Ausarbeitung der psychodynamischen Zusammenhänge mit nutzen und eventuell dem Bericht an den Gutachter beifügen (wie in Kap. 4–6 dargestellt). Die Entscheidung für die Arbeit mit Imaginationen hängt von der Indikationsstellung ab und beeinflusst die Behandlungsplanung. Um zu verdeutlichen, welche verschiedenen Aspekte den Therapeuten zu diesem frühen Zeitpunkt dazu veranlassen, den oft beschriebenen üblichen Ablauf des Therapiebeginns (Hohage 1996, Wöller u. Kruse 2010) durch die Einbeziehung von Imaginationen zu modifizieren, sollen nun der Prozess der Indikationsstellung und die enge Verflochtenheit von Behandlungsplanung und therapeutischer Beziehungsgestaltung gesondert betrachtet werden.

3.2 Grundsätzliches zu Indikationsstellung und Behandlungsplanung

Aus den im Therapieantrag niedergelegten psychodynamischen Hypothesen und seiner Diagnostik leitet der Therapeut Behandlungsindikation und Behandlungsplanung ab. Beides mündet nach der Bewilligung des Psychotherapieantrags in die Behandlungsvereinbarungen mit dem Patienten (► Abschn. 3.4).

Die psychodynamische Diagnostik fußt auf den szenischen Informationen und ihrer inneren Auswertung durch den Therapeuten sowie den Ergebnissen der anamnestischen Befragung (► Abschn. 3.1). Hinzu kommt die durch eingehende Fragen erfasste Symptomatik, deren Entwicklung und Auswirkungen auf das Selbsterleben des Patienten sowie auf seine privaten und beruflichen Beziehungen. Erfragt werden darüber hinaus die Intensität des Leidensdrucks, die subjektive Erklärungstheorie für die Beschwerden, die »gesunden« Lebensbereiche des Patienten und die Behandlungserwartungen – alles auch wichtige Faktoren hinsichtlich der Psychotherapie-Motivation und damit der eingeschätzten Prognose. Für das Gesamtverständnis der Psychodynamik ist es also wichtig, symptomauslösende Situationen zu erkunden und sich die Beschwerdeentwicklung schildern zu lassen. Bei der anamnestischen Befragung liegt der Fokus auf

Konflikten und gegebenenfalls Traumata, die in verschiedenen Lebensabschnitten aufgetretenen sind, ebenso auf der Art ihrer Bewältigung sowie auf der Gestaltung typischer lebensgeschichtlicher Schwelensituationen. Der Darstellung wiederkehrender Beziehungsgestaltungen können weitere Hinweise auf das Strukturniveau, die Grundkonflikte, zentrale Beziehungskonfigurationen und über die Organisation der Abwehr entnommen werden, welche zum Ausgangspunkt für die Formulierung der Psychodynamik werden (vgl. auch Rudolf 2010).

Hinsichtlich der psychodynamischen Hypothesen unterscheiden wir im Wesentlichen drei Arbeitsmodelle: Das **Konfliktmodell**, das **Modell der Entwicklungspathologie** und das **Traumamodell**. Die Entscheidung über die hauptsächliche Zuordnung führt zu wichtigen unterschiedlichen behandlingstechnischen Konsequenzen. Die diagnostische Kernfrage für die spätere Behandlungstechnik ist die nach der Struktur. Die Einschätzung des Strukturniveaus, wie sie beispielsweise in systematisierter Form die Achse 4 der OPD-Diagnostik beschreibt (OPD-2, Arbeitskreis OPD 2006), ist für die Indikationsstellung und Behandlungsplanung von hoher Bedeutung, weil sie Rückschlüsse über Abwehrstabilität, Art der Abwehr, aber auch die Introspektionsfähigkeit erlaubt, wie sie beispielsweise aus der Fähigkeit der Selbst-Objekt-Differenzierung ableitbar ist.

Dabei ist zu beachten, dass diese initialen Einschätzungen hypothetischen Charakter haben und grundsätzlich mit der Bereitschaft des Therapeuten verbunden werden sollten, diese im weiteren Therapieverlauf auch wieder zu verändern. Aus den Reaktionen des Patienten auf die therapeutischen Interventionen kann abgeleitet werden, ob die psychodynamischen Annahmen ihre Bestätigung finden oder modifiziert werden müssen. So kann eine vordergründige Konfliktodynamik ich-strukturelle Störungsanteile zunächst ebenso verdecken wie umgekehrt Traumafolgestörungen oder ein Konfliktthema erst im späteren Verlauf erkennbar werden können. Dabei ist natürlich auch die Entwicklung der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik zu berücksichtigen, weil beispielsweise durch eine negative Übertragung die Einschätzung des Strukturniveaus verzerrt erfolgen und etwa ein zu abwehrschonendes Vorgehen provozieren kann.

Der Komplexität und Vorläufigkeit der Hypothesenbildung trägt die Richtlinienpsychotherapie dadurch Rechnung, dass in Verlängerungsanträgen für Psychotherapie Raum für Ergänzungen zur Psychodynamik zur Verfügung steht.

Trotz dieser wichtigen hypothetisch-abwartenden Grundhaltung stellt sich also hinsichtlich der Behandlungsplanung bei einer mit Imaginationen arbeitenden Psychotherapie wie vor jeder anderen psychodynamischen Therapie die Notwendigkeit, die Störung des Patienten einzuschätzen und sich dabei im Therapieantrag zumindest vorläufig festzulegen, und zwar darauf, welchen Stellenwert an deren Verursachung die konfliktpathologisch-neurotischen Anteile, welchen die entwicklungsbedingt strukturellen Anteile haben und was sich vor dem Hintergrund unzureichender Verarbeitung von Traumatisierungen verstehen lässt. Selbstverständlich handelt es sich bei dieser Aufteilung um eine schematische Vereinfachung. Um dem je einzelnen Patienten gerecht zu werden, ist es sinnvoll, von einem Kontinuum zwischen sogenanntem reifem und unreifem Strukturniveau ebenso auszugehen wie von einem zwischen mehr oder weniger differenzierten Objektbeziehungen.

Als hilfreich für die Entscheidung über die Behandlungsplanung haben sich beispielsweise folgende Fragen erwiesen:

- Muss für den Therapieerfolg vordringlich Einsicht in unbewusste Konflikte erarbeitet werden? D. h. stehen die fortschreitende Abwehranalyse und die Gewinnung affektiv getragener Einsichten in innere Konflikte, wie sie sich auch im Übertragungsgeschehen zeigen, im Fokus der Therapie? Und ist das von den äußeren und inneren Bedingungen des Patienten her primär indiziert?
- Oder ist zunächst Unterstützung bei der Bewältigung äußerer Konflikte erforderlich? Sind damit Hilfs-Ich-Funktionen bereitzustellen? Und ist eine Unterstützung der Affektregulation angezeigt, um damit zunächst einmal eine innerpsychische Situation zu fördern, auf deren Grundlage die Bearbeitung der psychodynamischen Konflikte in einem späteren Behandlungsschritt erfolgen kann?
- Sollten vorwiegend oder gar ausschließlich strukturbildend Entwicklungsdefizite durch die

Arbeit an den Ich-Funktionen bearbeitet werden mit dem Ziel des Aufbaus eines integrierteren Selbst? Steht damit eine neue – zunächst insbesondere haltgebende (Holding) und Affekte aufnehmende (Containing) – Beziehungserfahrung im therapeutischen Zentrum?

- Muss der Patient primär supportiv entlastet und sollten Ressourcen für die Bewältigung der Traumafolgen gestärkt werden? D. h. auch, ist es zum Beispiel opportun, zur psychischen Stabilisierung im ersten Behandlungsschritt Abwehrvorgänge der Verleugnung und Externalisierung oder/und Techniken der positiven Resonanz zu nutzen?

Aufbauend auf der vorläufigen Beantwortung dieser Fragen lassen sich die therapeutische Zielsetzung realistischer formulieren und die Wahl der Behandlungsform klären. Es kann nun eingeschätzt werden, bei welchem Stundenvolumen mit welcher Sitzungsfrequenz welche Ziele erreicht werden können (► Kap. 4–6). Die Komplexität der Therapiezielfindung mit ihren vielseitigen Implikationen ist hervorragend von Hohage (1996) ausgeführt worden, weshalb an dieser Stelle darauf verzichtet werden soll. Dies gilt auch für andere Details der inneren Klärungen, die der Psychoanalytiker oder tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Therapeut vor der definitiven Behandlungsvereinbarung mit dem Patienten mit sich aushandelt (z. B. Wöller u. Kruse 2010). Im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie ist damit auch die Entscheidung über die Wahl einer Kurzzeittherapie, einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder einer psychoanalytischen Therapie zu treffen – und eben auch die Frage: Einsatz von Imaginationen – ja oder nein?

3.3 Indikationsstellung für die Einbeziehung von Imaginationen in den psychodynamischen Therapieprozess

Aufgrund der spezifischen Charakteristika von Imaginationen (► Kap. 2) liegt es einem tiefenpsychologisch oder analytisch arbeitenden KIP-Psychotherapeuten grundsätzlich nahe, Imaginationen therapeutisch zu nutzen; und bei den weiter unten

aufgeführten Störungsbildern und therapeutischen Situationen erscheint ihm dies besonders sinnvoll. Dabei unterscheiden wir vier unterschiedliche therapeutische Funktionen der Imaginationsarbeit:

Ausdrucks- und Klärungsfunktion. Da Imaginationen mit der Fähigkeit verbunden sind, bewusste und unbewusste innerseelische Zustände und Konflikte in symbolisch-bildhafter Form darzustellen (► Kap. 2), können sie in der therapeutischen Arbeit dazu dienlich sein, wiederbelebte Beziehungswünsche, Abwehrmechanismen, aber auch Ich-Stärken und Regulationsfähigkeiten anschaulich oder symbolisch verhüllt »vor Augen« zu bringen. Dies bezeichnen wir als **Ausdrucks- und Klärungsfunktion**. Durch den Vorgang der Transformation bislang unbewussten oder vorbewussten Materials in das innere Bild wird ein Zwischenschritt zur sprachlichen Aneignung ermöglicht und wichtiges Zusatzmaterial für weitergehende Klärungen und Reflexionen bereitgestellt. Imaginationen zeigen Konflikte und Selbstzustände auf Grund ihrer symbolischen Einkleidung häufig in überraschender und plastischer Weise, was dem Imaginierenden, der oft wie erstaunt vor den eigenen Imaginationen steht, spontane Einsicht und neue Sichtweisen erleichtert (siehe Initialimagination aller drei Falldarstellungen).

Verlebensfunktion. Zum Zweiten wird mit dem Imaginieren das Affekterleben gefördert, da therapeutische Imaginationen affektgesättigte Erlebnisgestalten generieren können (► Kap. 2). Dies ist in vielfältiger Weise therapeutisch bedeutsam und wird von uns als **Verlebensfunktion** bezeichnet. Hierzu gehört auch, dass Imaginationen eine zusätzliche Möglichkeit kreativer Suche nach Problemlösungen z. B. in Form imaginierten Probehandelns bieten sowie das Ausprobieren bisher nicht gelebter Selbstaspekte und damit die Bearbeitung einengender Über-Ich-Impulse erlauben (siehe insbesondere den Fall Musat).

Stabilisierungsfunktion. Durch das Aufsuchen der imaginativen Ebene werden drittens auch weitere psychische Prozesse wie Angstbindung, Stabilisierung und Ressourcenaktivierung unterstützt. So kann z. B. durch Zuwendung zu einem bedürftigen

Selbstanteil in Form einer Symbolgestalt Selbstfürsorge initiiert werden. Projektiv können vertrauens- und haltgebende Selbst- und Objektpräsenzen (z. B. helfende Gestalten, positiv besetzte Orte) aktiviert werden, was das Selbstsystem stärken hilft, oder es können mittels bestimmter Interventionstechniken (► Kap. 7.3) Prozesse der Konflikt- und Angstbewältigung vorbereitet werden. Solche Interventionsmöglichkeiten mit und in Imaginationen fassen wir unter der Bezeichnung **Stabilisierungsfunktion** zusammen (siehe insbesondere den Fall Grün).

Stabilisierend sind darüber hinaus auch die mit dem kinästhetischen Modus (► Kap. 2, Exkurs 3: kinästhetisch) oftmals verbundenen psychophysischen Entspannungszustände. Leuner beschrieb das als einen »Kreisprozess«: wenn die beginnende Imagination Entspannung hervorruft, die ihrerseits die »Plastizität der Vorstellungsbilder« erhöhe, was wiederum eine Vertiefung der Entspannung bewirken könne (Leuner 1985, S. 44). Einschränkung sei gesagt, dass sich solche »Kreisprozesse« nicht automatisch herstellen, sondern sowohl vom Strukturniveau als auch insbesondere von der Übertragungsbeziehung abhängen und durchaus störanfällig sind. Stabilisierend kann auch der Wechsel von der Gesprächs- zur imaginativen Dimension sein, da er im therapeutischen Prozess die Möglichkeiten zur Nähe-Distanz-Regulierung (► Kap. 7.4) und damit zur Affektdosierung (siehe den Fall Eichel) erweitert.

Ästhetische Funktion. Mit **ästhetischer Funktion** schließlich soll zum Ausdruck gebracht werden, dass Imaginationen eine Nähe zu Kunstwerken aufweisen und dass das Imaginieren einem kreativen Schaffensprozess in manchem ähnelt. Mit Kunstwerken haben Imaginationen aufgrund ihrer symbolischen Qualität (► Kap. 2 und Kap. 7.2, Exkurs 7: Symbol) zum einen den Bedeutungsüberschuss gemeinsam, zum anderen stellen sie ein besonderes »Produkt« mit einem Anfang, einem Ende und bestimmten stilistischen Merkmalen dar – wie auffälligen Brüchen oder einer klaren Narration. Das prozesshafte Imaginieren mit seinen Momenten emotionaler Dichte, dem primärprozesshaften (► Abschn. 3.3, Exkurs 4: Primärprozess), kinästhetisch-sinnlichen Erleben und dem dazu