



Ulrich Bahrke  
Karin Nohr

# Katathym Imaginative Psychotherapie

Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen  
in psychodynamischen  
Psychotherapien

*2. Auflage*

 Springer

# Psychotherapie: Praxis

Die Reihe Psychotherapie: Praxis unterstützt Sie in Ihrer täglichen Arbeit – praxisorientiert, gut lesbar, mit klarem Konzept und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand.

Mehr Informationen zu dieser Reihe auf <http://www.springer.com/series/13540>

Ulrich Bahrke  
Karin Nohr

# **Katathym Imaginative Psychotherapie**

Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen in psychodynamischen  
Psychotherapien

2. Auflage

**Ulrich Bahrke**  
Sigmund-Freud-Institut  
Zürich  
Schweiz

**Karin Nohr**  
Berlin  
Deutschland

ISSN 2570-3285                      ISSN 2570-3293 (electronic)  
Psychotherapie: Praxis  
ISBN 978-3-662-56545-2                      ISBN 978-3-662-56546-9 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-56546-9>

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

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2018  
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.  
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.  
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung: Monika Radecki  
Umschlaggestaltung: deblik Berlin  
Fotonachweis Umschlag: © Ulrich Bahrke

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.  
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

unseren Kindern

# Vorwort zur 2. Auflage

---

Vier Jahre Arbeit mit unserem Lehrbuch in verschiedenen Aus- und Weiterbildungsgruppen, viele wertschätzende kollegiale Rückmeldungen und das gewachsene Interesse an der KIP haben uns gezeigt, dass sich der aufwändige Versuch, die Arbeit mit Imaginationen in psychodynamischen Therapieprozessen grundlegend neu zu durchdenken, mehr als gelohnt hat. Darüber hinaus freut uns, dass mit der Übersetzung unseres Lehrbuchs ins Russische auch in Russland, wo das „Symbol drama“ eine große Anziehungskraft genießt, nun dieser psychodynamische Leitfaden der Arbeit mit Imaginationen zur Verfügung steht.

Insbesondere unsere Konzeptualisierungen zum Charakter der Imaginationen in ihrer kinästhetischen, verlebendigen Potenz und zu den grundsätzlichen Funktionen der Imaginationsnutzung sowie das weitgehend neu systematisierte Interventionsinventar von Imaginationsanregung, -begleitung und -ausleitung haben sich samt der Veranschaulichung in den drei Falldarstellungen und den Differenzierungen in den Vertiefungskapiteln bewährt. Dass sie dem Erlernen oder auch dem Neu-Überdenken des manchmal so einfach aussehenden, tatsächlich aber viel Kenntnis, Erfahrung und Takt voraussetzenden Umgangs mit therapeutisch angeleiteten Imaginationen sehr förderlich sind – diesen erfreulichen Ein-

druck legen Rückmeldungen aus den Aus- und Weiterbildungsinstituten nahe, die sich mit unserem eigenen Lehreindruck decken.

Für die Neuauflage haben wir einige wenige Veränderungen vorgenommen:

In ► **Kap. 2** und **3** haben wir die vormalig vier Funktionen von Imaginationen präziser gefasst und beschreiben nun deren drei: Klärungs- und Ausdrucksfunktion, Stabilisierungsfunktion und strukturfördernde Funktion. In die Charakteristika von Imaginationen haben wir deren verlebendige und ihre ästhetische Potenz aufgenommen – und so konzeptuelle Unschärfen zwischen Charakteristika und Funktionen der Imaginationen beseitigt.

Aus fachlichen Gründen und der internationalen Verständlichkeit wegen haben wir den nur in Deutschland gebräuchlichen Ausdruck „tiefenpsychologisch fundiert“ durch das Adjektiv „psychodynamisch“ ersetzt und ihn nur dort belassen, wo er sich aus den kassenrechtlichen Bestimmungen ableitet.

Wir danken den Mitarbeiterinnen des Springer-Verlags für die professionelle Begleitung des Buches, insbesondere Monika Radecki, Claudia Bauer sowie der Lektorin Sonja Hinte.

**Ulrich Bahrke und Karin Nohr**  
Zürich und Berlin im Frühjahr 2018

## Das Tor zum Buch – ein Vorwort

---

Bevor Sie dieses Buch lesen, laden wir Sie zu einer kurzen Imaginationsübung 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.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Der Stoff, aus dem die Imaginationen sind</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Die Katathym Imaginative Psychotherapie – vom Erstkontakt zur Initialimagination</b> .....	<b>13</b>
3.1	Der Anfang vor dem Anfang – Wie die Therapie in Gang kommt. ....	14
3.2	Grundsätzliches zu Indikationsstellung und Behandlungsplanung .....	15
3.3	Indikationsstellung für die Einbeziehung von Imaginationen in den psychodynamischen Therapieprozess – ihre drei therapeutischen Funktionen.....	17
3.4	Grundsätzliches zu Behandlungsvereinbarungen in psychodynamischen Therapien .....	21
3.5	Imaginationsankündigungen als Teil der Behandlungsvereinbarungen .....	22
3.6	Besonderheiten der Initialimagination und Hinweise zum praktischen Umgang.....	24
3.7	Nachbesprechung der Initialimagination .....	31
<b>4</b>	<b>Eine Kurzzeittherapie mit Imaginationen: der Fall Musat</b> .....	<b>33</b>
4.1	Kontaktaufnahme und erste Eindrücke der Therapeutin.....	34
4.2	Therapieplanung.....	34
4.3	Die Initialimagination .....	39
4.4	Erster Behandlungsabschnitt .....	43
4.5	Zweiter Behandlungsabschnitt .....	54
<b>5</b>	<b>Eine psychodynamische Psychotherapie mit Imaginationen: der Fall Grün</b> .....	<b>67</b>
5.1	Kontaktaufnahme, erste Eindrücke, Symptomatik .....	68
5.2	Therapieplanung.....	69
5.3	Initialimagination .....	73
5.4	Der therapeutische Prozess .....	77
<b>6</b>	<b>Eine analytische Psychotherapie mit Imaginationen: der Fall Eichel</b> .....	<b>95</b>
6.1	Der Anfang vor dem Anfang .....	96
6.2	Therapieplanung.....	97
6.3	Initialimagination .....	102
6.4	Drei zentrale Szenen des analytischen Prozesses.....	105
6.5	Der analytische Prozess: Am Fuß des Berges – bergauf – das Erreichen des Gipfelplateaus – bergab .....	109
<b>7</b>	<b>Systematische Darstellung der Arbeit mit therapeutischen Imaginationen</b> .....	<b>139</b>
7.1	Therapeutische Haltung in der KIP.....	140
7.2	Umgang mit Anregungsmotiven bei der Einleitung von Imaginationen .....	142

7.3	<b>Interventionstechniken der Imaginationsbegleitung</b> .....	162
7.4	<b>Einbettung der Imagination in die therapeutische Sitzung und den therapeutischen Prozess</b> .....	180
7.5	<b>Zu den Nachgestaltungen der Imagination</b> .....	186
7.6	<b>Beendigung einer Therapie mit Imaginationen</b> .....	190
7.7	<b>Umgang mit Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand in der KIP</b> ...	193
<b>8</b>	<b>Anwendungsspektrum und Fortbildungsorganisation</b> .....	217
<b>9</b>	<b>Imagination in Kunst und Geistesleben</b> .....	221
	<b>Serviceteil</b>	
	Verzeichnis der Exkurse .....	228
	Literatur .....	229
	Stichwortverzeichnis .....	233

## Die Autoren

---



### Priv.-Doz. Dr. med. Ulrich Bahrke

- Psychoanalytiker (DPV/IPA) und Lehranalytiker (DGPT)
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (FMH) in eigener Praxis in Zürich und Dozent am Freud-Institut Zürich (FIZ)
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie/Psychiatrie, 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)
- seit 2007 am Sigmund-Freud-Institut Frankfurt, von 2010–2015 als Leiter der Institutsambulanz und Klinischer Leiter der LAC-Depressionsstudie, 2009/2010 Vertretungsprofessur am Institut für Psychoanalyse des Fachbereichs Erziehungswissenschaft/Humanwissenschaften der Universität Kassel
- Dozent und ehemaliges Vorstandsmitglied der Mitteldeutschen Gesellschaft für Kathymes Bilderleben (MGKB) und Dozent der Arbeitsgemeinschaft für Kathymes Bilderleben (AGKB), Vermittlung der Methode u.a. als früherer Mitorganisator des Berliner Fortbildungseminars der Deutschen Gesellschaft für Kathym Imaginative Psychotherapie (DGKIP) und bei den Lindauer Psychotherapiewochen
- Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse und Musik (DGPM) seit 2012.

PD Dr. med Ulrich Bahrke

Psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis

Neptunstr. 4

8032 Zürich

bahrke-praxis@gmx.ch

[www.ulrichbahrke.ch](http://www.ulrichbahrke.ch)



**Dr. phil. Karin Nohr**

- Studium der Literaturwissenschaft, didaktisch-methodische Ausbildung von Studienreferendaren
- Studium der Psychologie, Diplompsychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin in eigener Praxis
- Von 2007–2016 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. Von Karin Nohr sind drei Romane erschienen: „Herr Merse bricht auf“ (2012), „Vier Paare und ein Ring“ (2013) und „Eastern Sittichs“ (2017)

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



# 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 oder pragmatischen Ausrichtung bieten sie jedoch keine systematische Anleitung und zusammenfassende Reflexion der Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von Imaginationen in psychodynamischen Therapien (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, Ullmann et al. 2016, Ullmann 2017).

Leuners über die Jungianische Symbolarbeit hinausgehende Konzeption war das therapeutisch aktive, durch sogenannte Motive (► Abschn. 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 in Deutschland als spezielle Behandlungsmethode der tiefenpsychologisch

fundierten Psychotherapie in die Psychotherapie-Richtlinien Eingang gefunden hat (Dieckmann et al. 2017). 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.

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

Wir vertreten in diesem Lehrbuch im Einklang mit der modernen Therapieforchung (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

### 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.

Beziehung, die des reflektierten Verstehens bedarf (► [Abschn. 7.7](#)). Wir stellen demgemäß die Arbeit mit Imaginationen als eine spezifische Bereicherung unterschiedlicher psychodynamischer Therapieprozesse vor: in Kurz- und Langzeittherapien sowie der analytischen Psychotherapie. 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 (► [Abschn. 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 Langzeittherapien 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 psychodynamisch und analytisch ausgerichteter 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](#) bis ► [Kap. 6](#)). Hierzu erwarten wir keinerlei Vorkenntnisse oder Voraussetzungen. Andererseits stellen wir die Arbeit mit Imaginationen im Rahmen eines psychodynamisch-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 (► Übersicht im Anhang). Das ganze Spektrum der Anwendungsformen der KIP sowie Weiterbildungsmöglichkeiten werden in ► [Kap. 8](#) dargestellt; allgemeinere Gedanken zum Wechselspiel zwischen Imagination und Kunst oder Philosophie finden sich in ► [Kap. 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, wohin sie 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 psychodynamischen 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 durch eine von ihr bagatellierte Bluthochdruckerkrankung gefährdet.

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 einer nachfolgenden Psychotherapeutengeneration zur Verfügung stellen. Unser Dank gilt darüber hinaus denen, die uns einst in die KIP einführten: Erdmuthe 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 für das jetzt vorliegende gemeinsame Lehrbuch darstellte. Danken möchten wir weiterhin Barbara Hauler, Heinz Hennig, Manfred Rust und Barbara Bahrke für Anregungen und kritische Hinweise bei der Sichtung des Manuskripts. Schließlich geht unser Dank an die aufmunternden, geduldig-hilfreichen Mitarbeiterinnen des Springer-Verlags Monika Radecki und Sigrid Janke und für die zweite Auflage an unsere aufmerksam-hilfreiche Lektorin Sonja Hinte. Wir danken uns aber auch gegenseitig: Bei 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 Katathym Imaginativen Psychotherapie. Nach einem vom Kriegsdienst unterbrochenen Medizinstudium (1939–1946) nahm er eine Lehranalyse bei dem Jung-Schüler Schmaltz 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, 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-Jahre 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 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 psychodynamisch orientierten 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 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). Imaginationen 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 „katathym“ (► Kap. 1, ► Exkurs 1: katathym) 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 gezeigt, 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. Analog zur Lehre von den Wortbedeutungen im verbalen Austausch beschreibt Leikert eine Semantik dieser frühen, amodal-changierend funktionierenden Kommunikation, die sich in den biografisch typischen Szenen der Eltern-Kind-Interaktion körperlich-sinnlich entfaltet. Hier dominiert, kurz gesagt, die Stimme; erst später gerät die menschliche Kommunikation unter die Herrschaft des Wortes (► Exkurs 3: kinästhetisch). Allerdings bleibt die körperlich erlebte Ausdruckskraft der

frühen Lebensphase auch dann erhalten, wenn in späteren Lebensstadien die Worte die sinnliche Ausdrucksweise erweitern, wenn also die lexikalische zur kinästhetischen Ausdrucksebene hinzukommt. Die kinästhetische Ausdrucks- und Wahrnehmungsform bleibt uns somit vertraut und kann mobilisiert werden, auch wenn sie mit zunehmendem Lebensalter hinter der sprachdominierten Kommunikation zurücksteht.

Leikers Gedanken sind für das Verständnis der besonderen Kommunikationsleistung der Imaginationsarbeit von grundlegender Bedeutung. In den kinästhetischen Erfahrungen wird das Wahrnehmungsobjekt wie verschmolzen mit dem jeweiligen aktuellen subjektiven Sinnesindruck erlebt. So steht die Mutter zwar dem Säugling als konturiertes, abgegrenztes Objekt gegenüber, wird aber so nicht wahrgenommen: Sie „ist“ das, was die ganzheitlichen Sinnesindrücke in den jeweiligen Szenen aufnehmen: eine transmodal im jeweiligen Augenblick neu synthetisierte Erlebnisgestalt. Eben solche **Erlebnisgestalten** sind auch die vom Patienten spontan synthetisierten, imaginativen szenischen Eindrücke: Ein Baum wird zum Beispiel taktil wahrgenommen, seine Rinde wird befühlt, gleichzeitig sieht 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 zugunsten anderer Ausdruckswünsche bzw. Hemmungen aufgegeben 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 – Auge des Patienten entsteht, sich entwickelt, verändert, changiert, verblasst, abbricht, spontan oder gelenkt neu auftaucht.

## 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 Körper selbst (der Subjektseite) und den verschiedenen Wahrnehmungen des sinnlichen Gegenstandes (der Objektseite). Diese Fusionierung korrespondiert 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 geraten können und einzelne Vorstellungen mit einem erhöhten Bedeutungshorizont erleben. Denn auch beim imaginativen Erleben kann ein solcher früher, fusionärer Bezogenheitszustand zum vorgestellten Inhalt entstehen. 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 nichtverbalen 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 Körper selbst“ (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.

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 (► [Abschn. 3.6.](#) u. ► [Abschn. 7.3.](#)), den gesamten sinnlichen Wahrnehmungsbereich, sodass sich intensives, affektgesättigtes Erleben entwickeln kann.

Insofern stellt die kinästhetisch organisierte **Verlebendigungspotenz** ein zentrales Charakteristikum von Imaginationen dar, das in vielfältiger Weise therapeutisch bedeutsam werden kann, insbesondere hinsichtlich Stabilisierung und Strukturförderung (► [Abschn. 3.3.](#)).

Neben der affektiven Intensität der inneren Vorstellungsbilder ist ihre **symbolische Aufladung** therapeutisch bedeutsam. Zum „Symbol“ (► [Abschn. 7.2.](#), ► [Exkurs 7: Symbol](#)) werden die imaginativ wahrgenommenen Eindrücke durch die 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 Bedeutung anzureichern, die im therapeutischen Gespräch näher verstanden werden kann.

Durch ihre symbolische Qualität (► [Abschn. 7.2.](#), ► [Exkurs 7: Symbol](#)) erlangen Imaginationen ähnlich wie Kunstwerke einen Bedeutungsüberschuss. Auch in ihrem Produktcharakter mit einem Anfang, einem Ende und bestimmten stilistischen Merkmalen, z.B. auffälligen Brüchen oder einer klaren Narration, gleichen sie einem in der Entstehung begriffenen Kunstwerk; das Imaginieren weist partiell Charakteristika eines

kreativen Schaffensprozesses auf. Mit seinen Momenten emotionaler Dichte, dem primärprozesshaften (► [Exkurs 4: Primärprozess](#)), kinästhetisch-sinnlichen Erleben und dem dazugehörigen veränderten Zeitempfinden des Patienten ist das prozesshafte Imaginieren den aus der Kreativitätsforschung bekannten „Flow“-Prozessen verwandt (Csikszentmihaly u. Charpentier 2007). Auch kann die „Bilderreise ins Innere“ vom Patienten szenisch als „Spielen“ aufgefasst werden, bei dem er vom therapeutischen Gespräch als „dem Ernst des Lebens“ Abstand findet. (► [Kap 9](#), Schiller).

Diese **ästhetische Potenz** der Imagination mit den Aspekten Bedeutungsüberschuss, Produktcharakter, Flow- und Spielähnlichkeit kann ebenso wie ihre **Verlebendigungspotenz** therapeutisch unterschiedlich genutzt werden: Je nach Störungsbild und Therapiesituation kann die Imagination und vor allem auch deren Nachgestaltung, das gemalte Bild, zu einem Übergangsobjekt werden (► Fall Eichel); es kann also solches die Ablösung vom Therapeuten in der Therapiebeendigung oder während Therapiepausen erleichtern (► Fall Grün), es kann durch seine gut erinnerbare erlebnishafte Produktgestalt in toto oder in Einzelsymbolen bei Therapien mit niedriger Frequenz die Anknüpfung erleichtern (► Fall Musat). Bei strukturgestörten Patienten, die unter Fragmentierungsängsten leiden, kann das Ganzheitserleben gefördert, bei Patienten, die durch die Abwehrform der altruistischen Abtretung dominiert werden, in der Freude am eigenen Tun die Selbstbesetzung gestärkt werden. Es gibt auch Patienten, die die Imaginationen – ähnlich wie ein Bild oder ein Musikstück – wie eine Verheißung erleben, einen „Vorschein“ (Bloch 1980, ► [Kap. 9](#)) eines für sie oft aufgrund von Schuldkonflikten oder Traumatisierungsfolgen bislang nicht lebbareren Lebens. Für diese durch ein rigides Über-Ich eingeschränkten Patienten erlaubt das Imaginieren die Mobilisierung stärkender früher kinästhetischer Erfahrungen, das Ausprobieren bisher nicht gelebter Ich-Möglichkeiten und damit die Bearbeitung einengender Über-Ich-Impulse. Solche in den Imaginationen mitunter erlebten verheißungsvollen, zukunftsorientierten Aspekte fördern die therapeutische Motivation

und sind insbesondere von C. G. Jung als Ausdruck einer Spannung zwischen (bewusstem) Ich und (unbewusstem) Selbst im Individuationsprozess betont worden. Allerdings gehen heute alle psychodynamischen Therapierichtungen davon aus, dass „das Unbewusste“ „mehr weiß“ als unser bewusstes Ich und dass man seinen Äußerungsformen insofern prospektive Tendenzen entnehmen kann.

Indem also die Imaginationen aufgrund ihrer ästhetischen Potenz ähnlich wie Kunst oder Träume als hoch verdichtete und letztlich nie ganz auslotbare Gebilde „unendlicher Deutung voll“ sind (► [Kap 9](#), Hölderlin), stellen sie einen Anreiz zur Selbstexploration wie zum Selbsterleben dar, der der Introspektivität und dem therapeutisch geförderten Selbstkontakt grundsätzlich dienlich ist.



# Die Katathym Imaginative Psychotherapie – vom Erstkontakt zur Initialimagination

- 3.1 **Der Anfang vor dem Anfang – Wie die Therapie in Gang kommt – 14**
- 3.2 **Grundsätzliches zu Indikationsstellung und Behandlungsplanung – 15**
- 3.3 **Indikationsstellung für die Einbeziehung von Imaginationen in den psychodynamischen Therapieprozess – ihre drei therapeutischen Funktionen – 17**
- 3.4 **Grundsätzliches zu Behandlungsvereinbarungen in psychodynamischen Therapien – 21**
- 3.5 **Imaginationsankündigungen als Teil der Behandlungsvereinbarungen – 22**
- 3.6 **Besonderheiten der Initialimagination und Hinweise zum praktischen Umgang – 24**
- 3.7 **Nachbesprechung der Initialimagination – 31**

### 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 unbekannt, 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 Einfühlbarkeit, 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 ersten 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 Worte gefassten bewussten Anliegen des Patienten eine unbewusste „Szene“ (► **Exkurs 11: Szene**; ► **Abschn. 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 Eindrücken und Beobachtungen entstehen bei Therapeut wie bei Patient vorläufige Bilder über den anderen. Der Therapeut stellt erste Hypothesen auf: 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 Verlauf des Erstgesprächs weiter verfolgen, ergänzen oder auch verwerfen und durch andere ersetzen. Der psychoanalytisch bzw. psychodynamisch ausgebildete Therapeut wird also aufmerksam nicht nur darauf achten, welche Symptome der Patient 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 (► **Abschn. 7.7.5**) gestaltet. Und er wird dem Patienten am Ende des Erstgesprächs nur 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 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, gemeinsam mit dem Therapeuten 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 Psychotherapie-Richtlinien und krankenkassenrechtlichen Bestimmungen (vgl. Dieckmann et. al. 2017, Infobriefe der KBV unter <http://www.kbv.de/html/psychotherapie.php>) tragen diesem wichtigen Prozess der Abstimmung, dessen entwicklungspsychologische Hintergründe immer besser erforscht worden sind (Stern 1992), durch das Vorschalten der Sprechstundengespräche und der probatorischen Sitzungen Rechnung, an deren Ende die eigentliche Therapievereinbarung steht. Der Therapeut benötigt diese Sitzungen darüber hinaus für die eingehende biografische Anamnese, die ihm hilft, die jetzt aufgetretenen oder bereits 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 Anmutungen, das Ermitteln einer auslösenden Situation und die anamnestischen 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 Erfahrung damit für die Ausarbeitung der psychodynamischen Zusammenhänge mit nutzen und eventuell dem Bericht an den Gutachter beifügen (wie in ► [Kap. 4](#) bis ► [Kap. 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 der Diagnostik leitet der Therapeut Behandlungsindikation und -planung 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 in ihrer Entwicklung und in ihren 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 ebenfalls wichtige Faktoren hinsichtlich der Motivation, eine Psychotherapie zu suchen, 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 aufgetreten sind, ebenso auf der Art ihrer Bewältigung sowie auf der Gestaltung typischer lebensgeschichtlicher Schwellensituationen. Der Darstellung wiederkehrender Beziehungsgestaltungen können weitere Hinweise auf das Strukturniveau, die Grundkonflikte, zentrale Beziehungskonfigurationen und über die Organisation der Abwehr entnommen werden, die zum Ausgangspunkt für die Formulierung der Psychodynamik werden (vgl. auch Rudolf 2010).

Hinsichtlich der psychodynamischen Hypothesen werden im Wesentlichen drei Arbeitsmodelle unterschieden: das **Konfliktmodell**, das **Modell der Entwicklungspathologie** und das **Traumamodell**. Die Entscheidung über die hauptsächliche Zuordnung führt zu wichtigen unterschiedlichen behandlungstechnischen Konsequenzen. Die diagnostische Kernfrage für die spätere Behandlungstechnik ist die nach der Struktur. Die Einschätzung des Strukturniveaus, wie sie die OPD-Diagnostik beschreibt (OPD-2, Arbeitskreis OPD 2014) 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