

**Wilfried Dieter**

## **Die Katathym Imaginative Psychotherapie – eine tiefenpsychologische Behandlungsmethode**

### Eine Standortbestimmung der tiefenpsychologischen oder psychodynamischen Psychotherapie

In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts war „Tiefenpsychologie“ identisch mit „Psychoanalyse“. Es gab neben der Psychoanalyse Freuds und Kleins, der Analytischen Psychologie Jungs und der Individualpsychologie Adlers keine psychotherapeutische Richtung, die über eine schlüssige Krankheitslehre und eine differenzierte Behandlungstechnik verfügte. Das änderte sich zwar dann, als sich psychotherapeutische Methoden bewährten, die wie die Psychoanalyse gegenwärtige Probleme des seelischen Erlebens mit pathogenen Erfahrungen der Vergangenheit erklärten, z. B. die Gestalttherapie, die Gesprächspsychotherapie oder das Psychodrama. Aber nur psychoanalytisch fundierte Verfahren berücksichtigen in ihrer Krankheitslehre und in ihrer Behandlungstechnik die Bedeutung der „**Verinnerlichungsprozesse**“, d. h. jener Vorgänge, die zur Entstehung von **Symbolen** und damit einer „inneren Welt“ führen. Sie werden stark durch das Phantasieleben geprägt und haben die Bildung innerer Repräsentanzen zum Ergebnis.

Man kann heute sicher nicht mehr sagen, das eindeutige Erkennungszeichen einer psychoanalytischen oder einer psychodynamischen Therapie sei „die Arbeit mit der Beziehung“. Denn auch in der Verhaltenstherapie und in der systemischen Therapie sind die Beachtung der therapeutischen Beziehung und die Nutzung einer positiven Übertragung selbstverständlich geworden. Was die tiefenpsychologische Therapie aber nach wie vor von anderen Ansätzen unterscheidet, ist eine tiefenhermeneutische Herangehensweise an seelische Phänomene, wie z. B. Gill (1997) oder Lorenzer (2002) sie beschreiben.

Das Spezifische an der Arbeit mit der KIP ist das **bildhafte Symbol**, die mit allen Sinnen wahrgenommene Vorstellung, eine kreative Schöpfung und ein Teil der „inneren Welt“. Gleichzeitig wird die **intersubjektive Wirklichkeit** des Menschen durch die KIP betont (Beziehung, Übertragung, Deutung, Bedeutung usw.), eine Ebene (Luborsky 1995), welche die Katathym Imaginative Psychotherapie ebenfalls aufs engste mit der **tiefenhermeneutischen Tradition** der Psychoanalyse verbindet. Unter „Tiefenhermeneutik“ wird insbesondere die „**Suche nach Bedeutung**“, der „Text hinter dem Text“, verstanden. Natürlich machen alle tiefenpsychologischen Methoden neben dem hermeneutischen Erkenntnisweg auch von anderen wissenschaftlichen Erkenntniszugängen Gebrauch, z. B. der phänomenologischen, der empirisch-analytischen und der dialektischen Methodik. Auf diesen Sachverhalt haben insbesondere Pieringer und Fazekas (z. B. Pieringer und Fazekas 2000) immer wieder hingewiesen.

„Tiefenpsychologie“ nimmt Bezug auf den **topischen Gesichtspunkt** (1900) der Freud'schen Metapsychologie und bringt zum Ausdruck, dass sich tiefenpsychologische Verfahren vorrangig mit unbewussten Prozessen, mit der Tiefendimension des seelischen Erlebens, befassen (Elhardt 1988). Seit einiger Zeit hat sich international die Begrifflichkeit geändert, und die meisten Autoren sprechen nicht mehr von „Tiefenpsychologischer Psychotherapie“, sondern von **„Psychodynamischer Psychotherapie“**. Betont wird damit nicht mehr der topische Gesichtspunkt, sondern der **dynamische** Aspekt der Metapsychologie, jener Aspekt also, bei dem es um unbewusste Kräfte und deren Miteinander oder Gegeneinander geht. Für Freud ging es in der psychoanalytischen Arbeit im Wesentlichen um die Aufhebung von Verdrängungen gemäß seinem berühmten Motto: „Wo Es war, soll Ich werden.“ Hier hat sich in den letzten Jahrzehnten ein Paradigmenwechsel vollzogen. Denn mit der Zunahme schwer persönlichkeitsgestörter Patienten wurde statt der Aufhebung der Verdrängung eine ungenügend ausgeprägte **„Symbolisierung“** vermehrt zum Gegenstand der therapeutischen Bemühungen. Es zeigte sich, dass Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen (niedriges Strukturniveau) vor allem an entwicklungsbedingt defizitären oder posttraumatisch erworbenen Störungen derjenigen Symbolisierungsprozesse leiden, die sowohl die **„Symbolbildung“** als auch die **„Symbolverwendung“** umfassen. „Psychodynamik“ ist deshalb heute nicht mehr nur definierbar durch die Anerkennung eines dynamischen Unbewussten, durch die Beachtung von Abwehr und Widerstand und durch die behandlungstechnisch zentrale Stellung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen, sondern vorrangig auch durch **die Qualität der erreichten Symbolisierung** (oder auch **Mentalisierung**, s. u.).

Vor allem ist psychodynamische Psychotherapie nicht ausschließlich über die therapeutische Methodik definiert. Wichtiger als die methodischen Details erscheinen mir der ideengeschichtliche Hintergrund (Psychoanalyse) und die Einbettung der Methodologie in ein umfassendes Konzept eines dynamischen Unbewussten mit der unverzichtbaren Berücksichtigung der Ebenen von Übertragung, Gegenübertragung, Abwehr und Widerstand.

Vor allem Autoren der Kleinianischen Schule haben gezeigt, wie Symbolisierungsprozesse aufs engste verknüpft sind mit der Suche nach **„Bedeutung“** und wie eine Reifung der Symbolisierungsfähigkeit von unreifen, sensomotorisch codierten und körpernahen Frühformen bis hin zur reifen, sprachlich codierten und desomatisierten Symbolisierung konzeptualisiert werden kann (Bion 1962, Segal 1996, Weiß 2001). In jüngster Zeit waren es vor allem die psychoanalytisch inspirierte Bindungsforschung und die Ergebnisse der psychoanalytischen Säuglings- und Kleinkindforschung, welche unser Verständnis der Symbolisierungsprozesse entscheidend erweitert haben (Fonagy 1991, 1998; Fonagy et al. 2004) und unmittelbaren Einfluss auf die Entwicklung von Behandlungsverfahren gewannen, die dem Struktur- und Funktionsniveau neurotisch und ich-strukturell gestörter Patienten sehr genau angepasst werden konnten. Eines dieser Behandlungsverfahren ist die Katathym Imaginative Psychotherapie.

Es ist festzuhalten, dass die ursprüngliche Gleichsetzung von Psychoanalyse und Tiefenpsychologie nicht mehr haltbar ist. „Tiefenpsychologie“ ist infolge der enormen Erweiterung und Vertiefung unseres Verständnisses psychischer und psychosomatischer Störungen und unseres therapeutischen Repertoires zu einem Oberbegriff geworden: „Psychoanalytische Therapie“ ist eine spezifische Psychotherapieform mit tiefenpsychologischem Hintergrund, ebenso wie andere **„Psychodynamische Psychotherapien“**, die entweder rein verbal geführt werden (wie z. B. die

„Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ der deutschen Psychotherapierichtlinien, s. u.) oder die sich des besonderen Mediums der Imagination bedienen (wie z. B. die Katathym Imaginative Psychotherapie).

Damit ist eine starke Differenzierung innerhalb der „Tiefenpsychologie“ sichtbar geworden, die eine Standortbestimmung dringend erforderlich macht. Denn der Begriff „tiefenpsychologisch“ wurde aus berufspolitischen Gründen zumindest in den deutschsprachigen Ländern zu einer häufig auch ideologisch verwendeten Vokabel, und seine inhaltliche Bedeutung wurde immer unbestimmter.

Ich möchte mich hier auf die Problematik der Zuordnung psychotherapeutischer Methoden zur **tiefenpsychologischen Grundorientierung** beschränken. Eine derartige Zuordnung wird zunächst durch eine Vielzahl von Bezeichnungen und Etiketten erschwert. Für eine inhaltliche Bestimmung ist einerseits ein historischer Rückblick erforderlich, andererseits eine Untersuchung dessen, was „Tiefe“ in psychoanalytischer Sicht meint und beinhaltet.

Zunächst also eine Betrachtung der historischen Entwicklung. In einer sehr erhellenden Arbeit zeigt Will (2001), wie der Begriff „klassische Psychoanalyse“ aus teils bewussten, teils unbewussten Motivationen ganz unterschiedliche Bedeutungszuschreibungen erfuhr. Er belegt, dass für Freud und die frühen Freudianer eine Unterscheidung zwischen Psychoanalyse und (psychoanalytischer oder tiefenpsychologisch fundierter) Psychotherapie noch völlig irrelevant war. Für Freud war das Ziel der Krankenbehandlung nicht wichtiger als das Ziel der Erforschung unbewusster Prozesse; somit fielen Psychoanalyse und Psychotherapie in eins. Erst später, nach Freuds Tod und der Vertreibung der Psychoanalyse aus Mitteleuropa durch die Nationalsozialisten, waren es vor allem die aus Europa emigrierten Psychoanalytiker und ihre Schüler, die in den Vereinigten Staaten die amerikanische Version der Ich-Psychologie begründeten und ein strenges psychoanalytisches Ideal errichteten, anhand dessen sich Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie scheiden sollten. Am bekanntesten wurden Eisslers (1953) „normative Idealtechnik“ und Gills (1954) Definition der Psychoanalyse „als Herstellung eines therapeutischen Settings, das die Entwicklung einer regressiven Übertragungsneurose und deren Auflösung durch eine Deutung ermöglicht, die der Analytiker aus einer Haltung technischer Neutralität heraus durchführt“ (Kernberg 1997, S. 205). Gill hat sich später von dieser Position weit entfernt und wurde einer der wichtigsten Vertreter eines interaktionellen Verständnisses der analytischen Situation (Gill 1997, S. 101).

Warum musste die Psychoanalyse ihre „herausgehobene“ Position aufgeben? Weil wir heute andere Patientinnen und Patienten zur Behandlung bekommen als die Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker früherer Jahrzehnte. So genannte „Frühstörungen“ oder, synonym gebraucht, ich-strukturelle Störungen, Borderline-Störungen oder schwere Persönlichkeitsstörungen haben ebenso zugenommen wie psychosomatische Erkrankungen und posttraumatische Belastungsstörungen und überwiegen weit gegenüber dem Spektrum der „klassischen Neurosen“, für die ursprünglich die psychoanalytische Behandlungsmethode entwickelt worden war.

Die Modifikationen der psychoanalytischen Technik, die sich aus dieser Neu-Positionierung ergaben, waren vielfältig, und sie wurden mit den verschiedensten Bezeichnungen versehen. Es ist meines Erachtens aber heute sinnvoll, die Sprachverwirrung zu beenden und für diejenigen Psychotherapieformen, die ideengeschichtlich und methodisch eindeutig auf die Psychoanalyse zurückgehen, den Begriff „**Psychodynamische Psychotherapie**“ zu

akzeptieren, wie dies vor allem Hoffmann und Schüßler (1999) und Hoffmann (2000) propagiert haben. Unter dieser Bezeichnung könnten dann „Expressive Psychotherapie“ (Kernberg et al. 1993), „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ (Faber und Haarstrick 1996), „Psychoanalytische Psychotherapie“ (Wallerstein 1989) oder „Analytisch orientierte Psychotherapie“ (Hohage 1996) subsumiert werden. **Die Katathym Imaginative Psychotherapie ist dem Gebiet der psychodynamischen Psychotherapien zuzurechnen. Sie kann sogar als Prototyp einer psychodynamischen Psychotherapie gelten.**

### **Die Kennzeichen psychodynamischer Psychotherapien**

Es soll an dieser Stelle dargestellt werden, welches diejenigen Faktoren sind, die eine psychotherapeutische Methode zu einem tiefenpsychologischen Verfahren im Sinne des eben genannten psychodynamischen Modells (Hoffmann 2000) machen. Kernberg (1997, S. 205) hat, von den drei Hauptpunkten in Gills früherer Definition der Psychoanalyse (1954, s. o.) ausgehend, die wichtigsten Modifikationen formuliert, welche eine solche psychodynamische Psychotherapie von der Psychoanalyse unterscheiden:

1. Begrenzung einer regressiven Übertragungsneurose (Behandlung im Sitzen, rasche Widerstandsanalyse)
2. Verzicht auf exklusive Deutungsarbeit; stattdessen zusätzlich andere Interventionstechniken (v. a. stützender Art)
3. Flexible Haltung in bezug auf technische Neutralität und Abstinenz des Therapeuten

Kernberg (1997) hält aber ebenso wie Gill (1997) an der vorrangigen Bedeutung der **Übertragungsanalyse** fest. Andere Autoren (Fürstenau 1992, 2001; Rudolf und Rüter 2001; Ermann 2001, 2006; Fonagy et al. 2003; Mertens 2009) sehen die regressionsfördernden Auswirkungen einer starken Betonung der Übertragungsbearbeitung in der psychodynamischen Psychotherapie kritischer und plädieren für eine flexiblere therapeutische Haltung, für eine **Einbeziehung supportiver Elemente** und eine **Verdichtung des therapeutischen Prozesses**.

Eine sehr weit gehende „Verdichtung des therapeutischen Prozesses“ streben Fokalthérapien und Kurztherapien an. Die Dauer der Therapie ist aber für die psychodynamischen Therapien im Allgemeinen kein vorrangiges Thema. Leuners (1994) Darstellung der KIP als Kurztherapie hält der heutigen Wirklichkeit nicht stand. Indem nämlich das Indikationsgebiet der KIP immer mehr ausgedehnt wurde (Traumatherapie, Borderline-Therapie, Entwicklungsstörungen u. v. a.), musste die Vorstellung aufgegeben werden, in wenigen Wochen oder Monaten eine nachhaltige Besserung oder Heilung zu erreichen. Leider gibt es in allen deutschsprachigen Ländern politisch und finanziell motivierten Druck auf die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, immer kürzere Behandlungen durchführen zu sollen.

Was die Essentials einer psychodynamischen Psychotherapie betrifft, nimmt Luborsky (1995) mit seinem „**Zentralen Beziehungskonflikt-Thema**“ eine mittlere Position ein. Es geht um das aktive Aufsuchen, Ausformulieren und Deuten von zentralen krank machenden Konflikten. Unter „Deuten“ wird hier immer auch „Klären“ und „Konfrontieren“ verstanden (Greenson 1973).

Tress (2001) favorisiert als Fokus die „zyklisch-maladaptiven Muster“ im Erleben und Verhalten des Patienten und schlägt damit eine Brücke zwischen den Positionen, die mehr die Arbeit in der Übertragung und mit der Übertragung betonen, und denjenigen Positionen, die mehr das „**Prinzip Antwort**“ und die **Hilfs-Ich-Funktion** des Therapeuten im Mittelpunkt sehen („Psychoanalytisch-interaktionelle Methode“ nach Heigl-Evers und Ott 1996).

An dieser Stelle soll bereits betont werden, dass die **KIP** über den unschätzbaren Vorteil verfügt, alle genannten Parameter durch die **Imagination**, das Kernstück der KIP-Behandlung, in vielfältiger Weise verwenden und insbesondere auch **steuern** zu können.

## Grundzüge der Technik der Psychodynamischen Psychotherapie

Ich möchte zunächst „Psychoanalytische Psychotherapie“ (z. B. Mertens 1990/1991, 2009) und „Psychodynamische Psychotherapie“ (z. B. Ermann 2007, Reimer et al. 2009, Rudolf 2010) einander beispielhaft gegenüberstellen und versuchen zu zeigen, wie die differenten Denk- und Handlungsansätze der einzelnen psychodynamischen Methoden sich in den Richtlinien von Kostenträgern manifestieren. Die Zuteilung finanzieller Ressourcen im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland erfolgt durch ein Begutachtungsverfahren, das eine faire Interessenberücksichtigung zwischen Patienten/Therapeuten auf der einen Seite und den Krankenkassen auf der anderen Seite ermöglicht..

Zuerst zur **psychoanalytischen Psychotherapie**. Die psychoanalytische Psychotherapie ist nach den deutschen Psychotherapierichtlinien auf 300 Sitzungen begrenzt. Sie ist „eine Anwendungsform der Psychoanalyse mit eigenen Zielkriterien (Faber und Haarstrick 1996). Sie unterscheidet sich in ihrem Therapiekonzept, in der Behandlungstechnik und im psychoanalytisch-therapeutischen Prozess nicht grundsätzlich von der Psychoanalyse (...). Sie will (...) den verdrängten, unbewussten Konflikt aufschlüsseln, hierbei das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen sowie regressive Prozesse nutzend. Sie will ferner Widerstandsphänomene bearbeiten und auf strukturellen Gegebenheiten des Patienten Einfluss nehmen. Die Reifung der Persönlichkeit, die Entwicklung zu Autonomie und die Ablösung von verinnerlichten Elterninstanzen sowie die Fragen der Selbstfindung können hierbei durchaus im Dienste der Behandlung von Krankheit stehen.

**Psychodynamische Psychotherapie** indessen ist kürzer und endet bei spätestens 100 Sitzungen. Sie setzt zwar die Grundannahmen der Psychoanalyse voraus, wie die Existenz des Unbewussten und seine Auswirkungen auf intrapsychische und interpersonelle Prozesse (gemeint sind Abwehr, Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung; W. D.), beschränkt sich aber im wesentlichen auf eine konfliktzentrierte Vorgehensweise. Persönlichkeitsstrukturelle Aspekte sollen nicht verändert, d. h. nicht therapiert werden. Die Krankenbehandlung wird auf Teilziele beschränkt. Im Zentrum der Indikation stehen aktuelle neurotische Konflikte und deren Symptombildung. Es wird keine Übertragungsneurose in Gang gesetzt. Regressive Tendenzen sind deshalb unter der Betonung des Hier und Jetzt zu steuern und zu limitieren. Treten Übertragungsphänomene auf, werden sie rasch gedeutet und ausgeräumt, um tiefergehende Verwicklungen in der Arzt-Patient-Beziehung gar nicht erst entstehen zu lassen.“ (Tress 2001, S. 25). Nach Faber und Haarstrick (1996, S. 46) folgt daraus auch der Umkehrschluss: „Nur wenn ein aktueller neurotischer Konflikt mit einer entsprechenden Symptomatik abgegrenzt werden kann, ist das Verfahren indiziert.“

Untersuchungen der kassenärztlichen Vereinigungen und der Kostenträger (zit. nach Ermann 2001) zeigen, dass ca. 75 % der Leistungen nach den Psychotherapierichtlinien in Deutschland auf die psychodynamischen Psychotherapien entfallen, ca. 5 % auf eigentliche Fokalthérapien und der Rest auf stützende Therapien und psychoanalytische Psychotherapien. Das heißt im Klartext: Angesichts der Häufigkeit ich-struktureller Störungen ist davon auszugehen, dass sehr viele Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen und Psychosomatosen mit etwa 80 bis maximal 100 Behandlungsstunden auskommen müssen.

Auch wenn ich in der Folge beschreibe, wie sich die einzelnen psychodynamischen Verfahren an die Forderungen von Kassen, Behörden und Politikern anpassen, bin ich persönlich doch der Meinung, dass sich hier ein sehr unglückliches Zusammentreffen von mangelnder Sachkenntnis, leeren Kassen und fataler Rivalität zwischen den einzelnen Verfahren ergeben hat. Mit Sicherheit, das zeigen Studien über die Behandlung schwerer Störungen (Allen und Fonagy 2009) würde sich die Versicherungsgemeinschaft viel Geld ersparen, wenn sie über eine genügend lange Zeit hinweg hoch qualifizierte Behandlungen schwer psychisch kranker Menschen finanzieren würde und nicht die Folgen dekompenzierter Aggression oder der „Volkskrankheit Depression“.

Der geforderten „Verdichtung“ der Therapien tragen die psychodynamischen Psychotherapien dadurch Rechnung, dass sie

1. sich **strikt an einem klinisch relevanten Fokus orientieren**, der dem „Gegenwärtigen“ (Sandler und Sandler 1985) angehört. Tiefer liegende Kernkonflikte des „Vergangenheitsunbewussten“ werden nicht berührt. Behandelt wird also die unbewusste Dynamik **aktuell** wirksamer neurotischer Konflikte.
2. **auf eine tiefer gehende Analyse der Übertragung und der Widerstände verzichten**. Übertragung und Widerstände werden lediglich „beachtet“, d. h. nur dann bearbeitet, wenn sie dem relativ raschen Erreichen des Behandlungsziels im Wege stehen. Eine Leitlinie dabei sollte die sorgfältige Beobachtung der Gegenübertragung durch den Therapeuten bilden.
3. eine **Verdichtung des therapeutischen Prozesses** anstreben. Dies geschieht durch eine bewusste, mit dem Patienten besprochene Begrenzung des Behandlungsziels, durch das bereits erwähnte konfliktzentrierte Vorgehen und durch eine Einschränkung regressiver Prozesse. Damit ist vor allem die Entwicklung einer intensiveren Übertragungsneurose gemeint.

Diese Aufstellung aus einem Aufsatz von Rudolf und Rüger (2001, S. 216) wirft trotz aller vordergründiger Klarheit einige Fragen auf, die im Grunde genommen das ganze Konzept der psychodynamischen Psychotherapie in Zweifel ziehen. Wie ist ein konfliktzentriertes Vorgehen handlungstechnisch erreichbar? Muss der Therapeut dazu in direkter Weise das „Alltagsmaterial“, das ein Patient bei einer niederfrequenten Therapie natürlicherweise in die Stunden bringt, beiseite schieben? Und vor allem: Können Patienten mit einer Borderline-Pathologie überhaupt mit einer psychodynamischen Psychotherapie sinnvoll behandelt werden, wenn persönlichkeitsstrukturelle Aspekte gar nicht Gegenstand der Behandlung sein sollen (Tress 2001, S. 25)?

Auch die Empfehlungen von Lieberz (1998), regressive Tendenzen durch eine Behandlung im Sitzen, durch niedrige Stundenfrequenz und häufige Interventionen zu steuern, vermitteln noch keine brauchbare Vorstellung, wie schwer persönlichkeitsgestörten Patienten oder Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen innerhalb jenes knappen Stundenkontingentes geholfen werden kann, das dafür in den Psychotherapierichtlinien vorgesehen ist. Wenn interpersonelle Abwehrprozesse vom Typ der Spaltung zu den klinischen Hauptmerkmalen der Borderline-Persönlichkeit gehören, wie kann dann ein Therapeut in den Sitzungen mit den Manifestationen dieser Abwehrstruktur im Kontext der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung umgehen? Empfiehlt sich hier nicht eine Sonderform der psychodynamischen Psychotherapie wie z. B. die TFP (Transference-Focused Psychotherapy = Übertragungsfokussierte Psychotherapie; Clarkin, Yeomans und Kernberg 2001)? Können Spaltungen nur durch Deutung überwunden werden? Oder gibt es andere Möglichkeiten, diejenigen Zusammenhänge im seelischen Erleben wieder herzustellen, die durch die Spaltung zerrissen wurden, und damit Fortschritte auf dem Weg zu einer reifen Symbolisierungsfähigkeit zu erzielen?

Dass nicht-psychoanalytische psychodynamische Therapieformen eine Art von „Psychoanalyse light“ seien, dass sie leichter erlernbar wären und eine weniger differenzierte Ausbildung des Therapeuten erforderten, wird durch Ermanns Darstellung des Verfahrens (1999, S. 319 ff.) widerlegt. Man bekommt im Gegenteil einen Eindruck, wie schwierig die konsequente Führung einer rein verbalen psychodynamischen Psychotherapie ist. Sie sei die häufigste konfliktzentrierte Behandlungsform. Sie wird meistens als Einzelbehandlung mit einer Wochenstunde über einen Zeitraum von ca. 50 Sitzungen durchgeführt. Die Dauer ist allerdings sehr von der Störung des Patienten und von der Dynamik der Therapie abhängig (vor allem von Widerständen und negativen Übertragungen).

Die Behandlung findet im Sitzen statt. In Anlehnung an die analytische Psychotherapie wird oft (aber nicht immer) die **Grundregel der freien Assoziation** vereinbart. Der Psychotherapeut **deutet die Konflikte**, die damit zu Tage treten, in bezug auf abgewehrte Ängste, Erwartungen, Ansprüche usw. und zieht gelegentlich Parallelen zu lebensgeschichtlichen Vorläufern der jetzigen Konflikte in der Beziehung zu Eltern, Geschwistern und anderen wichtigen Personen der Kindheit. **Übertragungsdeutungen werden vermieden.**

Das Ziel dieses Verfahrens ist die **Umgestaltung der zentralen, pathogenen Konfliktodynamik**. Seine Wirkung beruht auf der Kontinuität der Zuwendung und des Interesses, auf der Einsicht in die Unzweckmäßigkeit des Verhaltens und der Abwehr, auf der Akzeptanz abgewehrter Erlebnisse durch den Psychotherapeuten und die Identifizierung mit dieser Haltung sowie auf der (unausgesprochenen) emotionalen Unterstützung durch den Psychotherapeuten, wenn der Patient neue, für ihn angemessenere und befriedigendere Erlebnisweisen entwickelt.“ (Ermann 1999, S. 319).

## **Behandlungstechnische Empfehlungen für die psychodynamische Psychotherapie**

Eine vergleichsweise sehr **aktive Haltung** des Therapeuten. Ein häufiges Klären, Konfrontieren und Deuten (Greenson 1973) ist einer der effektivsten Faktoren, regressive

Prozesse zu verhindern. Gedeutet wird das Erleben und Verhalten im Hier und Jetzt, z. B. in Partnerschaften, am Arbeitsplatz etc.; genetische Deutungen werden sparsam gegeben, Übertragungsdeutungen nur dann, wenn aggressive Übertragungen ausgeräumt werden müssen. Die weitaus häufigsten Deutungen sind so genannte „**außeranalytische Deutungen**“. Ein Synonym dafür ist der Begriff „**Außen-Übertragung**“ im Gegensatz zur eigentlichen Übertragung im psychoanalytischen Sinn, die am besten als „**Binnen-Übertragung**“ benannt wird.

Die Bearbeitung des Materials erfolgt strikt **konfliktzentriert**. Eine Umstrukturierung der Persönlichkeit wird nicht angestrebt. Es wird angenommen, dass die Persönlichkeit insgesamt besser funktioniert und angepasst ist, wenn es gelungen ist, zentrale pathogene Konflikte zu lösen.

Eine abstinente Haltung wie in der Psychoanalyse wird nicht angestrebt. Der Umgang mit dem Setting, mit Vereinbarungen folgt viel eher der „Alltagskonvention“, jedenfalls bei neurotisch strukturierten Patienten. Je schwerer persönlichkeitsgestört ein Patient ist, desto wichtiger wird die **Handhabung der Abstinenz** im Sinne der von Kernberg so genannten technischen Neutralität (Kernberg et al. 1993). „Um einerseits eine angemessene Deutungsarbeit leisten zu können, wird eine technisch neutrale, d. h. annehmende, aber Distanz wahrende Haltung zugrunde gelegt. Wenn allerdings erkennbar wird, dass der Patient sich selbst und andere schädigt oder den Fortgang der Behandlung gefährdet, dann kann der Therapeut mit direkten Interventionen eingreifen. Er kann den Patienten z. B. auffordern, ein bestimmtes gegen andere gerichtetes Protestverhalten einzustellen („**Deklaration**“) und ihm zeigen, dass er sich damit verstrickt und selbst in Schwierigkeiten bringt, statt die erhoffte Abgrenzung zu erreichen. Dabei soll die neutrale Haltung möglichst bald durch Klärung und Deutung der Übertragungen, die mit dem Agieren verbunden waren, wiederhergestellt werden. Der Therapeut wird das Gespräch irgendwann darauf zentrieren, was es zu bedeuten haben mag, dass er gerade in dem Augenblick in die Situation gebracht wurde einzugreifen, und dazu auch selbst in einer Deutung Stellung nehmen.“ (Ermann 1999, S. 320 f.).

Viele Autoren (Kernberg et al. 1993, Ermann 1999, Clarkin et al. 2001) empfehlen bei der Behandlung von Patienten mit Borderline-Störungen die gemeinsame Erarbeitung eines **Behandlungsvertrages**. Obwohl der Vertrag als Schutz des Patienten gegen Suizidalität, schweres Agieren, selbstverletzendes Verhalten, Suchttendenzen u. v. a. gedacht ist, manifestiert sich an seiner Erarbeitung in der Regel die zentrale Behandlungsdynamik mit Übertragungen und Widerständen.

Wenn in der Abwehrorganisation des Ichs des Patienten Spaltungsphänomene dominieren, muss nach Ansicht der meisten psychoanalytischen Autoren (Ermann 1999, S. 321; Clarkin et al. 2001) eine langfristige **Bearbeitung von Spaltungsübertragungen** das Zentrum der Borderline-Therapie bilden. Sie erfolgt durch **Deutungen im Hier und Jetzt** mit dem Ziel, eine Nachreifung des Ichs zu erreichen (erkennbar an einer verbesserten Kapazität für die Integration der widersprüchlichen, gespaltenen Selbst- und Objektaspekte, eine Verbesserung der Affektregulation, der Impulskontrolle usw.). Eine solche therapeutische Arbeit erfordert viel Erfahrung im Umgang mit der Gegenübertragung und basiert im Wesentlichen auf der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie.

Andere Schwerpunkte in der psychodynamischen Psychotherapie setzen Fürstenau (1992, 2001) und Heigl-Evers und Ott (1996). Fürstenau empfiehlt die Einbeziehung **systemischer Elemente** in die Therapie und legt insgesamt den Schwerpunkt deutlicher als andere Autoren



auf die **supportiven Elemente** sowie auf direkte **Suggestion**, Lob, Ermunterung und Deklaration (Willensäußerung des Therapeuten, auch mit wertendem Charakter). Wichtig ist für ihn ebenso wie für Heigl-Evers und Ott die Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen durch den Therapeuten, insbesondere zur Identifizierung und Differenzierung von Affekten. In der psychoanalytisch-interaktionellen Methode von Heigl-Evers und Ott ist der zentrale Punkt das „Prinzip Antwort“, basierend auf einer selektiven Authentizität. Der Therapeut nimmt das partielle Beziehungsangebot des Patienten („partiell“ aufgrund der vorherrschenden Abwehr durch Spaltung, W. D.) auf, erkennt es an, antwortet aber darauf aus seiner integrierten Position einer andersartigen Ganzheit. Mit anderen Worten: Die Partial-Objektbeziehungen des Patienten können sich identifikatorisch allmählich zu ganzheitlichen und damit ambivalenz- und konfliktfähigen Beziehungen vervollständigen.

Das Verständnis für andere Menschen wird geweckt und wächst allmählich bis hin zu einer reifen **Einfühlung in die innere Welt Anderer**. Das ist der Kern des Mentalisierungskonzepts, das in mancher Hinsicht den psychoanalytischen Begriff der „Symbolisierung“ abgelöst hat (Allen und Fonagy 2009). Eine plastische Beschreibung des Begriffs „Mentalisierung“ könnte lauten: „Mentalisierung heißt lernen, sich selbst von außen und Andere von innen zu sehen.“

### **Die Vorteile einer Psychotherapie mit Imaginationen – Die KIP**

Die Arbeit mit Imaginationen bringt hier völlig neue Perspektiven, weil sie einige Anregungen von Christopher Bollas (2001) umsetzt, der vor einer „stereotypen“ psychoanalytischen Behandlungstechnik warnt, die sich beinahe ausschließlich auf Übertragungsdeutungen im Hier und Jetzt reduziert habe. In der KIP wird auf die Förderung einer „Übertragungsneurose“ verzichtet. Dennoch: Die KIP entspricht allen oben genannten technischen Kriterien einer psychodynamischen Psychotherapie, wie sie für eine von der Psychoanalyse abgeleitete Therapieform selbstverständlich sind (Beachtung und Nutzung der Ebenen von Übertragung und Gegenübertragung; Annahme eines dynamischen Unbewussten und unverarbeiteter bzw. **dekompensierter neurotischer Konflikte** als Basis neurotischer und psychosomatischer Symptombildung; Berücksichtigung und Bearbeitung von Abwehrstrukturen und Widerständen). Indem sie das Medium der Imagination, also der bildhaft-symbolischen Darstellung unbewusster Konflikte und konflikthafter internalisierter Objektbeziehungen in den Mittelpunkt ihrer Behandlungstechnik stellt, wird in der KIP **nach „Bedeutung“ geforscht** (bei neurotisch strukturierten Patienten), bzw. es wird mit dem Patienten zusammen **„Bedeutung“ überhaupt erst geschaffen** (bei ich-strukturell gestörten Patienten).

Die Berücksichtigung **traumatischer Erfahrungen** und die Anerkennung von **Lernen und Verlernen** für die psychotherapeutische Arbeit sind den meisten psychodynamischen Therapien gemeinsam. Für die **Nutzung von Ressourcen**, von ungelebten Möglichkeiten, gilt das nicht im gleichen Maße. Hier liegt neben ihrer Potenz als Verfahren zur Verdichtung des Therapieprozesses (Fokussierung auf die Arbeit an pathogenen Konflikten; so genannte „erste Dimension“ der KIP nach Leuner 1994) eine der Domänen der Katathym Imaginativen Psychotherapie: Ihre „zweite Dimension“ (kontrollierte Regression im Dienste des Ichs auf konfliktfreie Bereiche, so genanntes narzisstisches Auftanken) und ihre „dritte Dimension“ (Förderung der Kreativität; vgl. dazu Bion 1962, Segal 1996, W. Dieter 1996).

Ein großer Vorteil der KIP gegenüber ausschließlich verbal geführten psychodynamischen Psychotherapiemethoden besteht damit in ihrer starken **Ressourcenorientierung**, die durch ein im Wesentlichen auf C. G. Jung zurückgehendes **prospektives Symbolverständnis** ermöglicht wird (Jung 1948, 1968). Es scheint in diesem Zusammenhang nicht unwesentlich, dass der Begründer der Katathym Imaginativen Psychotherapie, Hanscarl Leuner, ein jungianisch ausgebildeter Psychoanalytiker und Forscher war.

## Überlegungen zur unbewussten Dynamik von Imaginationen

Ich möchte hier die Technik der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) nicht im Einzelnen darstellen und verweise auf die ausgezeichnete Einführung bei Wilke (2009).

In einem leichten Entspannungszustand wird der Patient zu Imaginationen (Tagträumen) angeregt, die dem Therapeuten unmittelbar berichtet werden und die zum Gegenstand einer dialogischen Untersuchung, Erforschung und Intervention werden. Therapeutische Erfahrungen mit der KIP über mehr als fünf Jahrzehnte belegen, dass das Imaginieren selbst eine ganz eigene therapeutische Wirkung entfaltet. Tagträumen wirkt wie Träumen in der Nacht in einer gewissen Weise therapeutisch, entlastend, unterstützend bei der Suche nach Problemlösungen, und dies jenseits von Deutung oder sonstiger Bearbeitung im Rahmen einer Psychoanalyse oder einer Psychotherapie. Dieses empirische Wissen von einer „heilsamen“ Wirkung der Begegnung mit den aus dem eigenen Unbewussten auftauchenden Symbolen wird heute durch die moderne psychoanalytische Traumforschung und durch die Befunde der Neurowissenschaften über die Physiologie und die Funktion des Träumens auf eine ganz neue Weise wissenschaftlich fundiert (Mertens 1999, Ermann 2000).

Aus tiefenpsychologischer Sicht hatte bereits vor vielen Jahrzehnten C. G. Jung (z. B. 1935, 1948, 1968) auf eine derartige Funktion des Träumens hingewiesen. Ebenso war Jung derjenige tiefenpsychologische Forscher gewesen, der zuerst den Übertragungsaspekt der Arbeit mit Träumen in der Therapie und ihre Einbettung in die therapeutische Beziehung betont hatte, als sich Freud (1900) um eine Übersetzung der Symbolsprache des Unbewussten bemühte. Von Jung stammt die Formulierung von der „selbstinterpretativen“ und „selbstreflexiven“ Funktion der Symbole (Jung 1968); Lang (1993) spricht im gleichen Sinn vom „Schutz des Symbols“. An die Erkenntnisse der traditionellen und modernen psychoanalytischen Forschung, der Neurowissenschaften sowie der psychoanalytisch inspirierten Säuglings-, Kleinkind- und Bindungsforschung (J. Dieter 1999) schließt die Katathym Imaginative Psychotherapie, wie sie heute konzeptualisiert ist, unmittelbar an.

Imaginationen sind bildhafte innere Vorstellungen, die durch die gleiche **formale Regression des Denkens** entstehen wie die Träume im Nachtschlaf. Unter einer formalen Regression des Denkens ist ein Zurücktreten sprachlicher Symbolisierung zugunsten einer Bildersprache des Traums und des Tagtraums gemeint. Außer durch die Bildersprache des Unbewussten wird das „Traumdenken“ (Meltzer 1988) ebenso wie das „Imaginationsdenken“ charakterisiert durch Verschiebung, Verdichtung und Symbolisierung. Die Fähigkeit zu imaginieren ist somit Ausdruck und Folge desjenigen Symbolisierungsprozesses, der in der frühesten Kindheit Erfahrungen sensomotorischer und präverbaler Art neu codiert und zum Erwerb einer reifen „Symbolfunktion“ etwa ab dem 18. Lebensmonat führt (Piaget und Inhelder 1966; Dornes 1997). Diese wiederum ist die Voraussetzung für die später einsetzenden sprachlichen Symbolisierungsschritte.

Imaginationen spiegeln das Strukturniveau und/oder das Funktionsniveau des Ich des imaginierenden Patienten wider. Träume und Tagträume neurotischer und ich-strukturell gestörter Patienten unterscheiden sich signifikant (W. Dieter 1998, 1999, 2012). Dieser Befund ist im Grunde nicht überraschend. Denn das unbewusste Denken ich-strukturell gestörter Patienten entspricht dem präverbal codierten Denken des Primärprozesses (Freud 1900) und bedient sich des Arbeitsspeichers des prozeduralen Gedächtnisses. Dieses Gedächtnis kann auch implizites Gedächtnis, somatisches Gedächtnis oder affektives Gedächtnis genannt werden im Gegensatz zum expliziten Wort-Gedächtnis, das desomatisiert ist und auf abrufbare Phantasien zurückgreifen kann, um Affekte zu symbolisieren. Ein solches Denken, das zur Unterscheidung zwischen dem Symbol und dem Symbolisierten befähigt, wurde bereits von Freud (1900) als sekundärprozesshaftes Denken beschrieben.

Kleinianische und neokleinianische Autoren haben die Stufen der **Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit** von unreifen Symbolen („symbolische Gleichsetzung“) hin zu reifen Symbolen („symbolische Repräsentation“) beschrieben (Bion 1962; Meltzer 1988; Segal 1996; Weiß 2001). Sie haben auch entsprechende, dem Ziel der Symbolreifung dienende tiefenpsychologische Behandlungstechniken entwickelt, welche zu einem unverzichtbaren Bestandteil auch des behandlungstechnischen Inventars der KIP geworden sind (W. Dieter 1996, 2000; Schnell 2000, 2001).

Was macht Imaginationen, affektiv hoch besetzte innere Vorstellungen, therapeutisch wirksam? Hilfreich scheint mir hier Bions **Theorie des Denkens und des Träumens** (Bion 1962, Meltzer 1988, Ermann 1998). Sie bietet Ansätze für eine Konzeptualisierung der Symbolreifung, welche in Bions Termini eine Umwandlung so genannter Beta-Elemente in Alpha-Elemente unter dem Einfluss der so genannten Alpha-Funktion einer Mutter ist, die eine Objektbeziehung vom Typ eines Containers anzubieten in der Lage ist.

Die Imagination kann ebenso wie der Traum als „unbewusstes Nachdenken über sich selbst“ verstanden werden und ihre **prospektiven und problemlösenden Funktionen** entfalten. Im Gegensatz zum Traum ist aber ein **Übertragungsaspekt** und damit immer auch ein **Widerstandsaspekt** evident: Die Imagination wird einem real präsenten Gegenüber, dem Therapeuten, unmittelbar erzählt. Der Nachtraum hingegen bietet Gelegenheit zu mehreren Zensuren, bis es vom latenten Traumgedanken über den manifesten Traum und die sekundäre Bearbeitung zum Traumbericht in der analytischen Stunde kommt. Natürlich ist anzunehmen, dass es auch in der KIP immer zu unbewussten, der Abwehr dienenden sekundären Bearbeitungen zwischen dem Imaginieren als neurophysiologischer Aktivität im entsprechenden Hirnrindenareal und dem verbalen Berichten als Narrativ kommt. Damit ist die Imagination im Vergleich zum Traum einerseits ängstiger, andererseits unmittelbarer hilfreich, weil sie in eine Objektbeziehung direkter und in einer dialogischen Form eingebettet ist. **Der Therapeut kann, ganz analog der Mutter in der Beziehung zum Kleinkind, seine Containing Function und seine Holding Function (Winnicott 1969, 1973, 1974) zur Verfügung stellen. Oder in Bions Begriffen ausgedrückt: Die Alpha-Funktion des Therapeuten hilft im Prozess eines in aller Regel zeitaufwendigen Durcharbeitens dem Patienten bei der Reifung seiner Symbolisierungsfähigkeit.**

Zwar wurde die KIP von ihrem Begründer (Leuner 1954) ursprünglich als Kurztherapie-Verfahren konzipiert. Je mehr sich aber in den letzten Jahren der Indikationsschwerpunkt hin zu den schweren Persönlichkeitsstörungen (W. Dieter 2000), zu den psychosomatischen Erkrankungen (Wilke 2001) und zu den posttraumatischen Störungen (Krippner 2001, Steiner

und Krippner 2004) verschob, desto klarer wurde, **dass Veränderungen Zeit brauchen** und auch ein Einsatz von Imaginationen eine psychodynamische Psychotherapie nicht beliebig verkürzen konnte. Ein langfristiges Forschungsprojekt in Deutschland zeigte, dass die mittlere Behandlungsdauer von „lege artis“ durchgeführten KIP-Therapien bei nicht lediglich reaktiven Störungen zwischen 60 und 80 Sitzungen lag, im Falle von Borderline-Störungen sogar noch darüber (von Wietersheim et al. 2000).

Das bisher Gesagte betont die **Bedeutung der Übertragungsbeziehung** für die therapeutische Wirksamkeit der KIP. Hierin unterscheidet sie sich nicht von anderen psychodynamischen Behandlungsverfahren. Erst in der hilfreich erlebten Beziehung zum begleitenden Therapeuten (Ermann 1993), in der Ebene von Übertragung und Gegenübertragung, wird das affektive Erleben „wirklich“, indem es in eine Objektbeziehung eingebettet wird, die ein „Lernen durch Erfahrung“ (Bion 1962) möglich macht. Aber es gibt offenbar noch andere Wirkfaktoren, die ich hier kurz diskutieren möchte.

## Allgemeine Wirkfaktoren der Katathym Imaginativen Psychotherapie

Im letzten Abschnitt hatte ich auf die besondere Bedeutung der therapeutischen Beziehung verwiesen. Die „**hilfreiche Beziehung**“ ist in jeder psychodynamischen Psychotherapie als „positive“ Übertragungsbeziehung konzipiert und wird, wo immer dies möglich ist, gefördert. Dieses Konzept ist einer derjenigen Faktoren, welche alle psychodynamischen Psychotherapien von der Psychoanalyse unterscheiden, in welcher die meisten Übertragungen unkorrigiert stehen bleiben und anwachsen sollen. Anschließend wird dann die regressive „Übertragungsneurose“ mit allen Ambivalenzen und auch negativen Übertragungsanteilen durchgearbeitet. Eine positive Übertragungsbeziehung wird am ehesten durch **supportive Behandlungstechniken** erreicht in Verbindung mit der Fähigkeit und Bereitschaft des Patienten, die therapeutische Beziehung als hilfreich zu erleben. Auf diese Reziprozität weist Luborsky (1995) in seinem klassischen Lehrbuch der analytischen Psychotherapie hin, in dem er eine „psychoanalytische Theorie der Veränderung“ entwirft.

Neben der hilfreichen erlebten therapeutischen Beziehung führt Luborsky als weiteren Faktor „**Selbsterfahrung und Selbstverständnis**“ an. Dieser Faktor sei für ihn der wichtigste und werde durch eine sehr **aktive Deutungstechnik** realisiert. Durch Deutungen, das heißt in einer psychodynamischen Psychotherapie (Mertens 2009): Wenige oder gar keine Übertragungsdeutungen, aber intensive „Übersetzungs- und Vermittlungsarbeit“ am pathogenen unbewussten Konflikt, werden nicht nur Verdrängungen aufgehoben und abgespaltene Erlebnisbereiche zugänglich. Eine aktive Deutungsarbeit ist darüber hinaus, wie oben bereits erwähnt, ein wesentlicher Punkt zur **Steuerung der Regression** in der Therapie

„Der dritte Faktor, die **Nachhaltigkeit der Behandlungsfortschritte**, wird dadurch gefördert, dass auf die **Bedeutungen der Therapiebeendigung** geachtet wird. Da sowohl der Patient als auch der Therapeut seinen eigenen Beitrag zu jedem dieser drei Faktoren leistet, kommt jedem Faktor ein Patienten- und ein Therapeutenanteil zu.“ (Luborsky 1995, S. 32).

Die Katathym Imaginative Psychotherapie ist so konzipiert, dass sie alle Wirkfaktoren einer psychodynamischen Psychotherapie nutzt und **als zusätzlichen, für sie spezifischen Faktor die Imagination hinzunimmt**. Das Hinzunehmen von Imaginationen zum technischen Repertoire, das in der Therapie zur Anwendung kommen soll, ist ein sehr genau zu

reflektierender therapeutischer Akt. Der Therapeut muss unbedingt prüfen, ob das Imaginieren nicht eine Art von Agieren beider Protagonisten darstellt, mit dessen Hilfe das Durcharbeiten bestimmter Themen vermieden werden soll. Oder ob sich der Entschluss, dem Patienten eine Imagination vorzuschlagen, aus einer unerkannten Gegenübertragungsthematik speist (dass der Therapeut vielleicht gerne etwas „erleben“ möchte, statt dem „langweiligen Gerede“ des Patienten zuzuhören). Oder ob vielleicht narzisstische Phantasien des Therapeuten eine Rolle spielen, unter Umgehung eines mühevollen Durcharbeitens therapeutische „Wunder“ erreichen zu können. Die Liste unbewusster Motive könnte noch um einige Themen erweitert werden.

## Spezifische Wirkfaktoren der Kathym Imaginativen Psychotherapie

Im Grunde erinnert die Überlegung zum Einsatz von Imaginationen an die Reflexionen des Analytikers in bezug auf Deutungen im Rahmen der psychoanalytischen Behandlung. Es gibt keine prinzipiellen Unterschiede, nur **eine unterschiedliche Haltung regressiven Prozessen gegenüber**. Während in der rein verbal geführten psychodynamischen Psychotherapie die Regression durch eine aktive Deutungsarbeit des Therapeuten begrenzt wird, ist es in der KIP insbesondere und spezifisch der Einsatz von Imaginationen, wodurch die Regression gesteuert wird. Der Vorschlag, bestimmte „Standardmotive“ (Leuner 1994) einzustellen, dient dazu, dass sich die unendlichen Möglichkeiten der Phantasie um bestimmte unbewusste Kerne kristallisieren, deren potentielle symbolische Bedeutung empirisch nahe liegt. In neuerer Zeit wurden viele neue KIP-Techniken und Motive hinzugefügt, so dass der KIP-Therapeut über ein breit gefächertes behandlingstechnisches Repertoire auf der Ebene der **therapeutischen Strategie** (Was ist das Behandlungsziel? Auf welchen Wegen wird es angestrebt? Sollen regressive Prozesse eher gefördert oder eher eingegrenzt werden? u. ä.), der Ebene der **therapeutischen Taktik** (Welches sind kurzfristig einsetzbare und wirksame Möglichkeiten, um konkrete Schritte vorwärts zu tun, z. B. auf einen Konflikt zu fokussieren?) und auf der Ebene der **konkreten Interventionen** (Begleiten, Symbolkonfrontation, Fragen, Klären, Anregen, Rollentausch u. v. a.) verfügt.

Die Imagination dient dabei einerseits in einer ganz basalen Weise als Strukturierungshilfe, indem sie zwischen einem „**Erlebnisraum**“ und einem „**Verarbeitungsraum**“ differenziert (Kottje-Birnbacher 1993). „Erlebnisraum“, das sind die Stunden, in denen imaginiert wird. „Verarbeitungsraum“, das sind die Stunden, in denen die Imaginationen verbal und vielfach mit Unterstützung gestalterischer Techniken durchgearbeitet werden.

Eine solche Differenzierung entlastet ängstliche und schwer regredierte Patienten. Andererseits ist es gerade der mit dem Therapeuten geteilte Übergangsraum (Winnicott 1951), der in der KIP zum „**imaginativen Raum**“ werden kann (Schnell 2000). Ein solcher Raum ist dann ein „Spielraum“, ein Ort der Kreativität und des Ausprobierens neuer Möglichkeiten. Unter Bezug auf Ogden (1997, 2004) können wir in der KIP mit viel Gewinn mit dem Konzept des „**Analytischen Dritten**“ arbeiten (Patient-Therapeut-Übertragung oder Patient-Therapeut-Imagination, „das Dritte/der Dritte“). Die Voraussetzungen dafür sind eine bereits tragfähige therapeutische Beziehung und eine wenigstens in Ansätzen gereifte Symbolisierungsfähigkeit. **Borderline-Störungen und andere Entwicklungsstörungen weisen immer beträchtliche Defizite in ihrer Symbolisierungsfähigkeit auf. Daher muss die „Standardtechnik“ verändert werden. Dies gilt sowohl für die Auswahl der Motive als auch vor allem für den störungsspezifischen Stil der Begleitung der Imaginationen**

**und deren Durcharbeitung in denjenigen Behandlungsstunden, in denen keine Imaginationen angeboten werden.** Auf Einzelheiten kann ich an dieser Stelle leider nicht eingehen (zur KIP-Behandlungstechnik bei Borderline-Störungen vgl. W. Dieter 1999, 2000).

Das im Vergleich zur rein verbal geführten psychodynamischen Psychotherapie zusätzliche therapeutische Element, dessen sich die KIP bedient, um Verdrängtes bewusst zu machen, Abgespaltenes zu integrieren, neue Ich-Funktionen und Ich-Strukturen aufzubauen, zu erlernen und zu üben und bisher nicht Ausdrückbares in einer Symbolsprache zu kommunizieren, ist die Imagination. **In Imaginationen können auftauchende Symbolgestalten und Szenen den unbewussten Vorstellungen des Tagträumers von sich selbst, von seinen Beziehungen und seiner Lebenssituation zugeordnet werden, seien sie konflikthafter oder konfliktfreier Natur**

Die Imagination unterscheidet also die KIP von anderen psychodynamischen Verfahren der Psychotherapie. **Welche spezifischen Faktoren spielen zusammen, dass Imaginationen eine derart intensive und lang andauernde therapeutische Wirksamkeit entwickeln können, wie dies tatsächlich der Fall ist?** Ist es die psychophysiologische Entspannung, die um so tiefer wird, je intensiver die inneren Bilder erlebt werden? Ist es das Miterleben und Mitspielen bei einem als enorm verbindlich erlebten und selbst erschaffenen inneren Schauspiel, das in der Sprache der „Märchen, Mythen und Träume“ (Fromm 1980) geschrieben ist und eine prospektive Funktion (Jung 1948) innehat, also Lösungen und neue Wege aufzeigt? Ist es die Heilkraft der symbolischen Darstellung, die Begegnung mit dem individuellen und dem kollektiven Symbol, mit einer vielfach determinierten Schöpfung des eigenen kreativen Unbewussten, die bisher unzugängliches Wissen verfügbar werden lässt (Jung 1968)? Oder ist es in erster Linie, wie bereits oben unter den unspezifischen Faktoren dargestellt, die als hilfreich erlebte Beziehung mit dem begleitenden Therapeuten (Ermann 1993), die Ebene der Übertragung und Gegenübertragung? Oder „die Anregung und Einübung neuer Erfahrungen auf dem Hintergrund eines neuen Musters von Beziehung als ein wesentlicher Aspekt der psychoanalytischen Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen – neben der Aufarbeitung verbliebener Kindlichkeit (...), das Aufmerksamwerden auf die Bedeutung der Deklaration (der Willenskundgebung), insbesondere im Sinne der Aufforderung zu Handlungen, als eines eigenen Interventionsmodus neben sinnkommunizierenden Interventionsweisen (...), die zunehmende Bedeutung von Überlegungen zur Kontrolle, d. h. Dosierung von Widerstand und Regression, überhaupt die Sensibilisierung für die Belastungs- und Verarbeitungsgrenzen von Patienten“ (Fürstenau 1990, S. 31)?

Die therapeutische Erfahrung in der Arbeit mit imaginativer Therapie zeigt, dass wahrscheinlich alle Faktoren, die ich ohne den Anspruch auf Vollständigkeit aufgezählt habe, ihren Beitrag zur therapeutischen Wirksamkeit von Imaginationen leisten. Wilke (1990) weist auf die unspezifische wohltuende Wirkung der psychophysischen Entspannung vor allem bei psychosomatisch Erkrankten hin und auf die Wechselwirkung zwischen der Intensität des imaginativen Erlebens und der Tiefe der erreichten Entspannung. Die psychophysische Entspannung ist ein gar nicht hoch genug einzuschätzender Faktor für die seelische Gesundheit bei vielen Patienten. Die vielfältigen und klinisch höchst bedeutsamen Berührungspunkte zwischen KIP und Körpertherapien auf tiefenpsychologischer Basis kann ich hier nur erwähnen, aber nicht explizit darstellen.

Ähnliches gilt für die Theorieverflechtung zwischen Konzepten psychoanalytischer und lerntheoretischer Herkunft, die implizit bereits Winnicott (z. B. 1973, 1974) und die in jüngerer Zeit vor allem Fürstenau zu einer Art Paradigmenwechsel ausgearbeitet hat (Fürstenau 1977, 1990, 1992). „In dem Maße, in dem sich die Psychoanalyse mit Störungen beschäftigt, die nicht erst nach der strukturellen Ausbildung des Ich (Anmerkung durch den Autor, W. D.: Gemeint ist vor allem die Fähigkeit zur Abwehr durch Verdrängung, die auch nach Ansicht der modernen Säuglingsforschung nicht vor dem 18. Lebensmonat erreicht wird und elementar mit der Fähigkeit zur Symbolbildung und zur Symbolverwendung verknüpft ist; Dornes 2000), sondern wesentlich früher, in der Ichbildungsphase, einsetzen, ist seit Balint (1970) die Bedeutung des Erlebens, Erfahrens und Erlernens im Sinne der Ausbildung neuer Ichfunktionen ein wesentlicher Gesichtspunkt der Psychoanalyse schwerer Persönlichkeitsstörungen (...). Es ist ersichtlich, dass das von Leuner entwickelte Katathyme Bilderleben hervorragende Chancen bietet, im Medium der Imagination neue Erfahrungen zu machen, neue Beziehungsmuster zu erproben und einzuüben. Von daher bin ich überzeugt, dass die Klärung und Ausarbeitung dieser neuen Therapeutenfunktionen dem Katathymen Bilderleben besondere Bedeutung zumessen werden (...) Psychoanalytiker sind bis heute sehr irritiert, wenn sie sich im Umgang mit strukturell ichgestörten Patienten vor die klinische Notwendigkeit gestellt sehen, auf Patienten im Sinne der stellvertretenden Ausübung von Ichfunktionen direkt Einfluss zu nehmen, statt wie sonst im wesentlichen interpretativ Sinn zu kommunizieren. Das gilt insbesondere dann, wenn diese direkte Einflussnahme den Charakter einer Willenskundgebung („Deklaration“) hat, die den Patienten zu einem bestimmten Handeln oder Verhalten veranlassen soll. (...) Das Katathyme Bilderleben ist für den Psychoanalytiker von besonderem Interesse, weil es einen Entfaltungsraum sowohl für die Aktivität des Patienten als auch für die steuernde Aktivität des Therapeuten bereitstellt.“ (Fürstenau 1990, S. 32 f.).

Im Folgenden möchte ich speziell auf denjenigen Faktor eingehen, der nach meinem Verständnis den Grundpfeiler der Theorie der Katathym Imaginativen Psychotherapie bildet, **die Symbolisierung** und ihre Bedeutung für die therapeutische Beziehung. Die Erfahrungen mit der Behandlung schwer gestörter Patienten haben gezeigt, dass „Symbol“ und „Beziehung“ je nach Persönlichkeitsreife oder Persönlichkeitsunreife sehr verschieden verstanden werden müssen. Anders ausgedrückt: **Jede Psychotherapie muss sich bemühen, der vom jeweiligen Patienten erreichten Symbolisierungsfähigkeit und seinen spezifischen Beziehungsmöglichkeiten (darin sind Übertragungsprozesse ebenso eingeschlossen wie Abwehrmechanismen) gerecht zu werden und sich an diese anzupassen.** Eine Anpassung der Behandlungstechnik an das Strukturniveau und das Funktionsniveau des Patienten ist unerlässlich, wenn ein Patient nicht überfordert, aber auch nicht unterfordert werden soll. Oder noch einmal anders: **Als ein wichtiges Ziel jeder tiefenpsychologischen Psychotherapie gilt die Nachreifung der Symbolisierungsfähigkeit und der Beziehungsmöglichkeiten des Patienten.**

## Die Arbeit mit Symbolen als Besonderheit der Katathym Imaginativen Psychotherapie

Leuner stellt in seinem Lehrbuch der KIP (1994) zwei Ebenen der Arbeit mit symbolischen Schöpfungen, den Imaginationen oder Tagträumen, dar, die zu einer Synthese des Freudschen Verständnisses von Träumen und Symbolen (z. B. 1900, 1916/1917, 1933) mit denjenigen Jungs (z. B. 1948, 1968) führen. Es handelt sich dabei um ein **retrospektives**

Symbolverständnis einerseits und um ein **prospektives**, ressourcenorientiertes Symbolverständnis andererseits. In seinen drei „Dimensionen“ (Arbeit am Konflikt, Regression im Dienste des Ichs, Förderung der Kreativität) führt Leuner beide Zugänge zusammen. Auch das von Jung (1935, 1948, 1968) eingeführte Verständnis der Symbole auf einer **Objektstufe** (Symbolgestalten entsprechen Objekten der persönlichen Geschichte), einer **Subjektstufe** (Symbolgestalten entsprechen Selbst-Anteilen des Träumers) und einer **archetypischen Stufe** (Symbolgestalten entsprechen unbewussten, der gesamten Menschheit gemeinsamen Konfigurationen des kollektiven Unbewussten, z. B. „die große Mutter“, „der alte Weise“ oder „Animus und Anima“) hat in die Arbeit mit Symbolen in der KIP Eingang gefunden. Die archetypische Ebene hat im technischen Repertoire der Kathartischen Imaginativen Psychotherapie aber ebenso wie die „Amplifikation“, die Anreicherung des therapeutischen Dialogs mit Erfahrungswissen des Therapeuten, einen deutlich geringeren Stellenwert als in der Analytischen Psychologie nach Jung.

Dafür spielt die **Übertragungsebene** als zusätzliche Ebene eine dominante Rolle, eng verknüpft mit der Ebene der Gegenübertragung. Mit anderen Worten: Symbolisierung wird heute im Rahmen eines Beziehungsgeschehens verstanden; **jedes Symbol hat eine kommunikative Funktion im Rahmen einer bewussten und noch mehr einer unbewussten inneren oder äußeren Objektbeziehung**. Die später folgenden Überlegungen zur Entstehung der Symbolfunktion werden, so hoffe ich, eine hinreichende Erklärung für diese Behauptung geben.

**Behandlungstechnisch am wichtigsten scheint mir die Verbindung von Übertragung und Imagination zu sein.**

In seiner „Traumdeutung“ (1900) hatte Freud unter „Symbolisierung“ noch einen spezifischen Abwehrmechanismus verstanden, der ebenso wie die Verdichtung und die Verschiebung helfen sollte, die latenten Traumgedanken zu entstellen. Diese entsprachen nach Freuds Verständnis verpönten und verdrängten Kindheitswünschen, die nach Befriedigung drängten.

Besonders Jung (1948) widersprach dieser Vorstellung, dass jede Symbolisierung im Traum eine Abwehrfunktion zu erfüllen habe und damit retrospektiv, in Richtung Vergangenheit orientiert sei. Für Jung standen demgegenüber die prospektiven Aspekte des Traums und der Symbolsprache des Unbewussten allgemein im Vordergrund, die **eine Brückenfunktion zwischen dem unbewussten, ganzheitlich konzipierten „Selbst“ und dem bewussten, manifest gelebten „Ich“** bildeten. Die Sprache der Symbole ist für Jung ein Kommunikationsweg zwischen dem Selbst und dem Ich. Daraus folgert er, dass Träumen (und nach der oben erwähnten legitimen Parallelsatzung: Imaginieren) an sich immer bereits auch eine prospektive, in die Zukunft gerichtete, bei der Lösung von Problemen hilfreiche Funktion habe, indem die Kommunikation zwischen dem unbewussten Selbst und dem bewussten Ich verbessert werde. Diese von Jung früh geäußerte Ansicht wird von der modernen Traumforschung auf verblüffende Weise bestätigt. Neurophysiologische Forschungen (z. B. Palombo 1994) führten zur Vorstellung einer „Problemlösungsfunktion“ des Träumens, indem Inhalte verschiedener Gedächtnisspeicher miteinander abgeglichen werden und dabei die geeignetsten Lösungen dem bewussten Erleben zugänglich gemacht werden können. Indem Jung (1948, 1968) auch die Übertragung und die Funktion des Traumberichtes in der Analyse hervorhob, gilt er heute im Rückblick als sehr „moderner“ Traumforscher, auch wenn seine Vorstellung vom Traum und dessen Funktionen in der wissenschaftlichen Welt zu seiner Zeit als vielfach als Spekulation abgetan wurde.



Aber auch das Traumverständnis der Freud'schen Psychoanalyse hat sich in den letzten Jahrzehnten wesentlich verändert. Wie Mertens (1999) darstellt, gilt nach moderner psychoanalytischer Auffassung lediglich die Verschiebung noch als Abwehrmechanismus, während die Verdichtung als ein universeller konstitutiver Vorgang bei der Schaffung bildhaft-symbolischer Vorstellungen (Nachträume und Imaginationen) verstanden wird. Derartige innere Bilder können im Kontext des bereits oben erwähnten entwicklungspsychologisch verankerten Symbolisierungsprozesses gesehen werden, durch den frühe Erfahrungen sensomotorischer und präverbaler Art neu codiert werden. Die Symbolbildung wird damit zu einem konstituierenden Element allen Denkens und seelischen Erlebens nach einem Alter von ca. 18 Monaten.

Die Symbolfunktion ist an die biologisch-physiologische Reifung des Gehirns gebunden. Vor ihrem Erwerb (zwischen dem 12. und dem 18. Lebensmonat) ist das Denken „überwiegend handlungs- und wahrnehmungsgebunden, sensomotorisch, nicht symbolisch“ (Dornes 1997, S. 49). Nach Ansicht Piagets markiert die Symbolfunktion den Übergang vom sensomotorischen zum anschaulichen Denken. Die Voraussetzung dafür ist eine gewisse Hirnreife: Das Kind muss bereits über ein evokatives Gedächtnis verfügen, nicht mehr nur über das Wiedererkennungsgedächtnis des ganz jungen Säuglings. Ein evokatives Gedächtnis ermöglicht es dem Säugling, sich unter Rückgriff auf seine bildhaft entwickelte „Mutterrepräsentanz“ (oder „Mutter-Imago“) die innere tröstende, versorgende Mutter auch in deren Abwesenheit herbeizuphantasieren und damit seine inneren Bilder mit „Bedeutung“ zu versehen, sie mit anderen Worten zu „hilfreichen“ Symbolen werden zu lassen.

Auch wenn nach Meinung der meisten Forscher (zitiert nach Dornes 1997) davon ausgegangen werden kann, dass Kinder bereits ab dem 18. Lebensmonat auf „abrufbare“ (evozierbare) innere Bilder, Imaginationen, bildhafte Phantasien, zurückgreifen können und damit einen wichtigen Schritt zurücklegen auf dem Weg vom sensomotorischen Erleben weg und hin zum seelischen („symbolischen“) Leben und Verarbeiten, bleiben die neuen bildhaften Vorstellungen („Repräsentanzen“), die das Substrat bewusster und unbewusster Phantasien bilden, wahrscheinlich noch einem langen Wandlungsprozess unterworfen, bis von einer „reifen“ Symbolbildungsfähigkeit oder Imaginationsfähigkeit gesprochen werden kann.

In den Termini von Segal (1996) können unreife Symbole auch als „**symbolische Gleichsetzungen**“ bezeichnet werden. Dabei handelt es sich zwar um bildhafte Vorstellungen, die aber keinen wirklichen Symbolgehalt gewonnen haben. Sie verhüllen nichts, sie repräsentieren nichts, alles ist auch im Bild genau das, was es in der äusseren Wirklichkeit ist. Meist sind Imaginationen auf dem Niveau der symbolischen Gleichsetzung begleitet von Angst, oft von Vernichtungs- oder Todesangst, die nach der kleinianischen Theorie der **paranoid-schizoiden Position** entspricht. Reife Symbole werden von Segal (1996) als „**symbolische Repräsentationen**“ bezeichnet. Solche Bilder sind mehrdeutig, sie verhüllen und enthüllen gleichzeitig, sind mehrfach determiniert, können übersetzt und gedeutet werden, weil sie „für etwas anderes stehen können“. Derartige Symbole „schützen“ den Patienten, sie wirken angstmindernd und tröstend. Eine derart entwickelte Symbolfunktion spricht nach der kleinianischen Theorie für das Erreichen der **depressiven Position** des Erlebens.

Soweit eine skizzenhafte Darstellung der Entwicklung der Symbolbildungsfähigkeit und der Fähigkeit zur reifen Verwendung von Symbolen. **Die Darstellung der Beziehungsfähigkeit eines Menschen ist aufs engste mit der Symbolisierungsfähigkeit verbunden.**

In drei theoretischen Modellen wird diese innige Verschränkung von Symbolbildung und Beziehung besonders deutlich sichtbar. Im Einzelnen handelt es sich um das Konzept der **Mentalisierung** und der Feinfühligkeit, das Konzept von **Container-Contained**, das Konzept des **Potentiellen Raumes**.

## Das Konzept der Mentalisierung und der Feinfühligkeit

Die moderne Bindungsforschung, die ihre wichtigsten Wurzeln in der Psychoanalyse hat (Bowlby 1975), auch wenn es zeitweise heftige „Lagerkämpfe“ gab, hat wesentlich dazu beigetragen, dass Theorien über die Reifung der Symbolisierungsfähigkeit entwickelt werden konnten. Eine Londoner Forschergruppe um Peter Fonagy (z. B. Fonagy et al. 1991, Fonagy 1998, Fonagy et al. 2004) untersuchte systematisch die Entwicklung der menschlichen Fähigkeit, sich in andere Menschen hinein zu versetzen, deren „Geisteszustände“ zu erkennen („theory of mind“) und die eigenen Handlungsimpulse dadurch leiten zu lassen. Das Gleiche gilt für die Empathie dem eigenen Selbst gegenüber.

Die Entwicklung verläuft nach Fonagy et al. (2004) über unreife Vorstufen („Äquivalenzmodus“, „Als-ob-Modus“, „teleologischer Modus“) zur reifen Mentalisierung („mentalischer Modus“ oder auch „reflexiver Modus“). Im Modus der psychischen Äquivalenz werden „innen“ und „außen“ gleich erlebt. Was im Inneren als Wirklichkeit angesehen wird, wird so auch auf der Ebene der äußeren Realität erlebt. Das Denken ist dann konkretistisch, alles ist, was es ist. Die Beschreibung erinnert stark an Hanna Segals „symbolische Gleichsetzung“ (1996). Im „Als-ob-Modus“ wird etwas „vorgemacht“, auch dem Therapeuten in der Übertragungsbeziehung. Aber gegenüber dem Äquivalenzmodus ist ein großer Fortschritt erfolgt: Es können Rollen eingenommen und „vorgemacht“ werden („pretend mode“), die frühkindlichen Ängste lassen nach. Im „mentalierenden“ oder „reflexiven“ Modus kann das Selbst über sich und Andere „nachdenken“.

Fonagy zeigt, wie sich **ein repräsentationaler Geist“ entwickelt**. Durch die Theorie der Mentalisierung wird unser Verständnis des Containments verändert, so dass es erklären kann, **wie stabile Repräsentanzen gebildet werden**. „Psychoanalytische Theorien sind traditionell davon ausgegangen, dass das Kind das Bild der Mutter internalisiert, die zum emotionalen Containment in der Lage ist. Bei angemessenen Kapazitäten der Mutter erwirbt das Kind eine Selbststruktur, die es in die Lage versetzt, Konflikt und Verstörung in sich zu halten.“ (Fonagy 1998, S. 366). Das wäre in etwa Bions Vorstellung einer wichtigen Funktion des Containers. „Unsere Perspektive ist eine etwas andere: Das Kind nimmt im Verhalten der Mutter nicht nur deren Reflexivität wahr, auf die es schließt, um ihr Verhalten begründen zu können, sondern es nimmt zuvor in der Haltung der Mutter **ein Bild seiner selbst als mentalisierendes, wünschendes und glaubendes Selbst** wahr. Das Kind sieht, dass die Mutter es als intentionales Wesen repräsentiert. Es ist diese Repräsentanz, die internalisiert wird und das Selbst bildet.“ (Fonagy 1998, S. 366). Die metakognitive Erfahrung des Kindes, dass seine Mutter über ein angemessenes Bild seiner selbst verfügt, und die Verinnerlichung dieser Erfahrung durch das Kind lässt im Kind ein Bild mit völlig neuen Fähigkeiten

entstehen. Dieses neue Bild (die neue Repräsentanz) geht über das bisherige Erleben hinaus, über das bloße Abbilden der äußeren Realität und über die Gleichsetzung von innerer Befindlichkeit und äußerer Realität im Sinne der „symbolischen Gleichsetzung“ Segals (1996). Das neue Bild ermöglicht ein Nachdenken über sich selbst und über andere, eine Reflexion („thinking about thinking“). Es handelt sich um eine **Repräsentanz der eigenen Repräsentiertheit in einer „feinfühligem“ Mutter** (Ainsworth 1977), um ein „reifes Symbol“. Verkürzt und plakativ könnte man damit sagen: **„Ein Symbol ist die Repräsentanz einer Repräsentanz.“**

Wer nicht in einer reifen Weise mentalisieren kann, kann nicht mit der Realität „spielen“. Er kann nicht sicher zwischen der inneren und der äußeren Realität unterscheiden. Eine Fähigkeit zur Empathie ist damit nicht vorstellbar. **Die beschriebene Konstellation ist charakteristisch für die Strukturmängel und die Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten von Menschen mit einer Borderline-Störung.**

Meines Erachtens hat das Konzept der Feinfühligkeit große Ähnlichkeiten mit Sterns (1985) Vorstellungen von **affect attunement**. Beim affect attunement, der gefühlsmäßigen Abstimmung zwischen Mutter und Kind, geht es um die Unterstützung bei der „Versprachlichung“ nichtsprachlicher, z. B. bildhafter, imaginativer Versuche, Affekte auszudrücken und beantwortet zu bekommen.

## Das Konzept von Container-Contained

Bei der Arbeit mit ich-strukturell gestörten Patienten kann sich der Therapeut regelhaft dem Projektionsdruck, der durch die Verwendung archaischer Abwehrmechanismen des Patienten (vor allem projektive Identifizierung) entsteht, nicht entziehen. Er muss das Abgespaltene, das der Patient nicht in sich halten kann, aufnehmen, muss Affekte, Phantasien, projizierte Vorstellungen in sich bewahren, sie „containen“. Eine erhebliche Belastbarkeit des Therapeuten ist dafür eine Voraussetzung. Denn er muss das, was er aufbewahrt („contained“), in sich weiter verarbeiten, muss es „entgiften“ und irgendwann einmal dem Patienten in einer für diesen akzeptablen, „verdaubaren“ Form wieder zur Verfügung stellen (Ogden 1979). Dieses Modell von Container-Contained geht auf Bion (1962, 1970) zurück und greift Melanie Kleins (1946) Vorstellungen der frühesten Entwicklungsphasen und der frühesten Mutter-Kind-Beziehung auf. **Während Klein die projektive Identifizierung als den wichtigsten Mechanismus zur Entlastung der Psyche („Loswerden-wollen“) und zur Verarbeitung aggressiver Impulse verstand, die aus dem Todestrieb stammten, entwickelte Bion daraus etwas ganz anderes: Eine Theorie des Denkens, des Träumens und der Symbolisierung.**

„Unreifes“ seelisches Material, von Bion Beta-Elemente genannt, gelange nur unter dem Einfluss der sogenannten Alpha-Funktion der Mutter zu einer Weiterverarbeitung. „Beta-Elemente sind nicht für Traumgedanken verwendbar, wohl aber für projektive Identifikation. Sie beeinflussen die Tendenz zum Ausagieren. Sie sind Objekte, die ausgestoßen werden (...) Wenn ein Patient seine emotionalen Erfahrungen nicht in Alpha-Elemente umwandeln kann, kann er nicht träumen.“ (Bion 1962, dt. 1990, S. 53). Bion beschreibt hier eine der Schwierigkeiten bei der Arbeit mit schwer gestörten Patienten, die Tendenz zum Agieren. An dieser Stelle ist es wichtig, sich eine weitere Bedeutung des englischen Wortes „to contain“ klar zu machen: „den Feind innerhalb eines bestimmten Gebietes, eventuell durch Angriff

oder Drohung in Schach halten“. „Die Funktion des Containments verwende ich mit seiner militärischen Implikation: eine Streitkraft, die einer anderen Einhalt gebietet.“ (Bion 1970). Bion versteht also den Container als etwas Dynamisches, resultierend aus einem beständigen Ringen zwischen dem seelischen Erleben auf der paranoid-schizoiden Position und der depressiven Position. Mit diesem dynamischen Verständnis lässt sich das „Containing“ nach Bion vom „Holding“ nach Winnicott (1969) abgrenzen: „Container-Contained beinhaltet im Gegensatz zu Holding einen aktiven mentalen Vorgang, eine Veränderung, eine Transformation, wie Bion sagt, und bedarf einer spezifischen mentalen Aktivität, deren Produkt die Entstehung von Bedeutungen, von Deutungen ist.“ (Lazar 1993, S. 70). Nach meiner eigenen Auffassung verhält sich „Container-Contained“ zu „Holding“ wie „Feinfühligkeit“ zu „Empathie“ (vgl. voriger Abschnitt): Der Unterschied ist jeweils die mentale Aktivität des Aufnehmenden, die „Transformation“ oder die „Bedeutungsgebung“. Das ist der wichtigste Vorgang bei der Bildung hilfreicher Symbole.

Die wichtigsten Funktionen des Containers für die Arbeit mit schwer gestörten Patienten wären also die **Rahmenfunktion** und die **Bedeutungsgebung**. Durch streitbares Vertreten des Rahmens fühlen sich regrediierte Patienten „gehalten“, in Schutz genommen vor der eigenen Destruktivität, entängstigt, bestätigt auf der Suche nach Grenzen zur Sicherung der eigenen Aktivität. Die Entstehung von „Bedeutungen“ ist ein anderer Ausdruck für die Entstehung „reifer“ Symbole im Sinne einer symbolischen Repräsentation (Segal 1996).

Nach Dornes (1998) kann man den Containment-Begriff Bions als klinisch-metaphorische Analogie zum Feinfühligkeits-Konzept der Bindungsforschung betrachten. „Unter Containment wird in der Klein-Bion-Tradition der Psychoanalyse die Fähigkeit der Mutter verstanden, die Affekte des Kindes – insbesondere die negativen – nicht nur zu verstehen und zu beantworten, sondern in ihrer Antwort gleichzeitig so zu verändern, dass sie für das Kind erträglicher werden. Containment ist also eine Form der Regulierung negativer Affekte, die, von der Mutter vorgenommen, allmählich internalisiert wird. (...) Containment ist ein Vorgang, in dem die Mutter dem Kind signalisiert, dass sie seine Affekte versteht, aufnimmt und modifiziert. Feinfühligkeits-Mütter müssten also die Affekte ihrer Kinder nicht nur spiegeln, sondern zugleich mit dem Spiegelungsprozess signalisieren, dass sie die Affekte auch verändern.“

## Das Konzept des potentiellen Raumes

Eine der wichtigsten theoretischen Neuerungen, die wir Winnicott verdanken, ist das Konzept des „Übergangsraums“, der unter bestimmten günstigen Verhältnissen zu einem „Möglichkeitsraum“ werden kann. Später wurde das Konzept von Ogden (1997) erweitert und als „potentieller Raum“ neu formuliert. Es ist dies ein virtueller Raum mit unendlich vielen Möglichkeiten; er kann als Spielraum genutzt werden, als Phantasieraum, als Raum der Kreativität, als Raum der Imagination.. Am besten spricht man dann, wenn man mit Imaginationen in der Therapie arbeitet, vom „imaginativen Raum“ (Schnell 1997, 2000, 2001). Einerseits brauchen Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen auf Grund ihrer Empathiestörung und ihrer Identitätsstörung im Therapeuten eine Person, die ihnen immer wieder „sagt, wer sie sind“. Andererseits müssen sie die Suche nach dem eigenen wahren Selbst auch alleine umsetzen können, und zwar im potentiellen Raum der Psychotherapie. In unaufdringlicher Begleitung eines „feinfühligkeits“ Therapeuten können sie hier so oft, wie sie es brauchen, ausprobieren, wer sie selbst sind bzw. wer sie werden möchten/werden können.

Die Grundvoraussetzung, dass der durch das Setting angebotene therapeutische Raum zum potentiellen Raum wird, ist das Erreichen einer „dritten Position“. Damit ist die Fähigkeit gemeint, sich „von außen“ zu betrachten, d. h. über die Fähigkeit zum „thinking about thinking“ zu verfügen. **Damit wird deutlich, dass die Konzepte der Mentalisierung, des Containers und des potentiellen Raumes untrennbar miteinander verbunden sind. Sie beeinflussen sich im Sinne eines Kreisprozesses, oder in anderen Worten: im Sinne einer hermeneutischen Spiralbewegung.** Erst wenn der Patient über einen intermediären Raum verfügt, der zum potentiellen Raum (Ogden 1997) wird, kann er klar zwischen den „states of mind“ unterscheiden. Andererseits ist ebenso richtig, dass erst dann ein potentieller Raum entwickelt werden kann, wenn ein mentalisierender Modus der Geistestätigkeit zur Verfügung steht. Dieser wiederum kann nur erworben werden, wenn genügend Containing erfahren worden ist – die Interdependenz der Konzepte wird sichtbar.

Zu Beginn einer Therapie müssen es beide, Patient und Therapeut, aushalten, dass vielleicht auf allen drei Gebieten Entwicklungsdefizite bestehen: Hier setzt dann die Therapie mit Imaginationen an, indem sie eine „**Nachreifung**“ unterstützt. Je schwerer eine ich-strukturelle Störung ausgeprägt ist, desto weniger dürfte es der „Symbolfunktion“ gelungen sein, Repräsentanzen zu bilden, sie zu ordnen, zu integrieren und zum Schutz und Trost zur Verfügung zu halten. Damit in der imaginativen Therapie die Repräsentanzenbildung „nachreifen“ kann, muss der umgekehrte Weg gegangen werden: **Es werden Bilder, Motive, Imaginationen unter dem Schutz einer positiven Übertragungsbeziehung angeboten, und es ist zu erwarten, dass heftige Affekte mobilisiert werden, die im potentiellen Raum zum Erlernen und Üben neuer Möglichkeiten genutzt werden können.** Je hilfloser und regredierter ein Patient beim Durchleben dieser Vorgänge zunächst ist, desto präsenter muss sein Therapeut sein. In Winnicotts (1969) Begriffen: Er muss wie eine Mutter da sein und den Patienten halten („ **Holding**“); er muss handeln und sich behandeln lassen („ **Handling**“); und er muss als lebendiges, antwortendes Gegenüber verfügbar sein („ **Object Presenting**“).

**Wichtig ist ein überlegtes Umgehen mit therapeutenbezogenen Übertragungen und außeranalytischen Übertragungen (Ermann 2004). Der wichtigste Aspekt der „Übertragungsarbeit“ ist die Verknüpfung von Übertragung und Imagination. Dabei geht es nicht um eine Bearbeitung symbolischer Gestaltungen, sondern um die reale Möglichkeit eines Erfahrungserwerbs im Möglichkeitsraum unter dem Schutz des Therapeuten bzw. der therapeutischen Beziehung.**

### **Prospektive Symbolbedeutung und Befunde der modernen Neuro-Wissenschaften**

Wie mehrfach erwähnt, geht ein prospektives, in die Zukunft gerichtetes, lösungs- und ressourcenorientiertes Verständnis von Symbolen auf C. G. Jung zurück (1948, 1968). French (1954) und später French und Fromm (1964) zeigten anhand von Traumserien und darin aufscheinenden so genannten Fokalkonflikten, dass im Unbewussten repräsentierte Konfliktsituationen der Vergangenheit im Traum beständig daraufhin überprüft werden, ob sie **Lösungsmöglichkeiten für gegenwärtige ungelöste Konflikte** bereithalten. Diese Sichtweise wurde von Greenberg und Pearlman (1975, 1978) sowie Palombo (1978, 1982, 1994) durch Hinweise darauf bestätigt, dass während des Traumzustands Informationen aus dem Kurzzeitgedächtnis in das Langzeitgedächtnis übernommen werden. Träumen dient dazu, die tagsüber nicht genügend verarbeiteten Probleme mit Hilfe der im

Langzeitgedächtnis **gespeicherter Lösungsstrategien** zu interpretieren und sie ins Langzeitgedächtnis zu integrieren. Es ist zu vermuten, dass eine solche Sichtweise auch eine Erklärung für die therapeutische Wirksamkeit von Imaginationen bieten kann: Im Zustand der Entspannung, im Hypnoid, können neue Verknüpfungen von Informationen hergestellt werden. Damit werden neue Lösungen vorstellbar, und diese können auch auf der Ebene der Symbolsprache des Tagtraums im Sinne eines „Probierens“ erprobt und auf ihre mögliche affektive Bedeutung hin überprüft werden.

Ein weiterer Aspekt eines Verständnisses des Traums als informationsverarbeitender Prozess ist derjenige der **Verdichtung von Information**. Es gibt neurophysiologische Befunde, die darauf hindeuten, dass das Gehirn für eine Speicherung aller aufgenommenen Information viel zu klein wäre, wenn es nicht zu einer Verdichtung von Information käme. Diese Verdichtung ist von den modernen Traumforschern, ganz im Sinne einer Analogie von Gehirn und Computer, neurophysiologisch (d. h. elektronisch) konzeptualisiert. Sie entspricht aber der bereits von Freud beschriebenen psychologischen Leistung der Verdichtung als einem integralen Bestandteil der so genannten „Traumarbeit“ (Freud 1900). Auch hier schließt ein Symbolverständnis der Imagination an, das psychologische Befunde (z. B. das „Prinzip der Mehrfach-Determinierung von Symbolen“; Jung 1948, 1968) mit Befunden der Kognitionspsychologie und der Neuro-Wissenschaften integriert.

Damit wird von den meisten modernen Traumforschern die problemlösende Funktion des Träumens betont. Das Denken im Traum, nach Bion (1962) ein „unbewusstes Nachdenken über sich selbst“, ist offenbar kreativer, unbefangener und vielschichtiger als das Denken im Wachbewusstsein. Die von Palombo (1994) beschriebene „**Muster-Erkennungs-Methode**“, die Vornahme eines Vergleichs einer bestimmten Information durch Überlagerung mit anderen Informationsmatrizen, fasst diese überlegene Informationsverarbeitungs-Kapazität des Unbewussten in Begriffe der modernen Kommunikationswissenschaften. Ein derartiges Verständnis der unbewussten Prozesse im Traum und in der Imagination zwingt zu einer **Revision der Freudschen Vorstellungen vom Primärvorgang** (Freud 1900), wie sie z. B. auch von Noy (1969) und von Salvisberg (1993) gefordert wird: Der Primärvorgang kann keinesfalls als ein rein regressives Geschehen verstanden werden, das möglichst bald vom Sekundärvorgang abgelöst sei. Im Gegenteil: Ohne Zugang zu den Primärvorgängen, z. B. im Rahmen katathymen Imaginationen, würden uns Wissensstrukturen verschlossen bleiben, die ungleich fähiger, komplexer, schneller und intelligenter sind als diejenigen unseres bewussten Denkens.

Faszinierend sind neueste Befunde der Neuro-Wissenschaften, der Neurobiologie und der Neurophysiologie. Es gelang mit Hilfe computergestützter bildgebender Verfahren nachzuweisen, daß durch die neurophysiologische Aktivität des Träumens auf die Dauer **neue synaptische Verbindungen** im Gehirn entstehen können (vor allem zwischen subcorticalen Kernen, dem Hippocampus, Strukturen des limbischen Systems und längeren Bahnen). Dass die Entwicklung solcher neuer Vernetzungen oder gar neuer neuronaler Strukturen viel Zeit in Anspruch nimmt, erklärt auf eine unerwartete neue Weise, warum Psychotherapie (mit Träumen und mit Imaginationen) **eine lange Phase des Durcharbeitens** unbedingt benötigt. Es geht also nicht nur um die psychologische Konsolidierung von neu gelerntem Wissen kognitiver und affektiver Art, sondern auch um dessen neuroanatomisch-physiologische Verwurzelung.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal auf das Thema dieser Arbeit zusammenfassend eingehen und die tiefenpsychologische Fundierung der KIP thesenartig skizzieren.

## Was macht die KIP zu einem effektiven tiefenpsychologischen Verfahren?

Ich möchte zunächst diejenigen Merkmale noch einmal benennen, welche die Katathym Imaginative Psychotherapie zu einem effektiven tiefenpsychologischen Verfahren der Psychotherapie machen; und ich möchte dabei immer auch die Vorteile der KIP gegenüber den rein verbal geführten psychodynamischen Therapien reflektieren, wenn es um die Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen geht.

1. Der Einsatz von Imaginationen erlaubt bei einer effektiven „Symbolfunktion“ eine wesentlich präzisere **Steuerung der therapeutisch-regressiven Vorgänge**, als dies bei rein verbal geführten psychodynamischen Verfahren der Psychotherapie der Fall ist.
2. Damit wird **die Entwicklung einer regressiven Übertragungsneurose eingeschränkt**.
3. Durch den Einsatz von Imaginationen wird der **therapeutische Prozess verdichtet**. Bestimmte imaginative Motive helfen bei der beständigen **Fokussierung** auf die bedeutsamen **pathogenen neurotischen Konflikte**.
4. Die Symbolsprache des Tagtraums eröffnet den Zugang zu **Ressourcen**, zu ungelebten und unerkannten Möglichkeiten des seelischen Lebens. Von Bedeutung ist hier vor allem ein **prospektives Symbolverständnis**.
5. Das Imaginieren erlaubt wie das Träumen ein **unbewusstes Nachdenken** über sich selbst. Damit werden die **inneren Objektbeziehungen** in einer regressiv vermittelten Bildersprache ausgedrückt und dem Therapeuten **im Rahmen der Übertragungsbeziehung kommuniziert**.
6. Der Therapeut hat eine **breite Palette therapeutischer Interventionen** zur Verfügung, von der Deutung unbewusster Zusammenhänge bis zur vorwiegend supportiven Technik („Prinzip Antwort“, Hilfs-Ich-Funktion u. ä.).
7. Die Arbeit auf der „Symbolebene“ erlaubt im Sinne Bions (1962) und Segals (1996) bei neurotisch strukturierten Patienten die **„Suche nach unbewusster Bedeutung“**, bei ich-strukturell gestörten Patienten die **„Schaffung von Bedeutung“** durch Unterstützung bei der Reifung der defizitären Symbolisierungsprozesse.
8. Im Rahmen eines **tiefenhermeneutischen Zirkels** greifen in der KIP die therapeutischen Konzepte der Mentalisierung, von Container-Contained und des potentiellen Raums (Entwicklung von Phantasie und Kreativität) ineinander.
9. Ebenso wie in der psychoanalytischen Therapie werden ständig die Ebenen von **Übertragung und Gegenübertragung** beachtet und, wenn nötig, thematisiert. Der häufig vorgebrachte Einwand, der Therapeut setze mit dem Vorschlag zu imaginieren einen „Parameter“ (Eissler 1953), geht an der therapeutischen Wirklichkeit der Psychoanalyse ebenso vorbei wie an derjenigen jeder anderen tiefenpsychologischen Psychotherapie. Die traditionelle psychoanalytische Arbeit mit Träumen ist keineswegs so „tendenzlos“, wie dies Freud in seinem berühmten Diktum (Freud 1937) vom „Gold der Analyse“ und dem „Amalgam der Psychotherapie“ ausgedrückt hat: Selbst in seiner eigenen Technik der Traumdeutung (1900) praktiziert Freud nicht die von ihm erstrebte Arbeit mit freien Assoziationen, sondern mit themenzentrierter Assoziation. Erst die Arbeit von Ermann (1998) zeigt Wege auf, wie Freuds Zielvorstellung wirklich umgesetzt werden kann. Aber auch Ermann (2001) empfiehlt für tiefenpsychologische (psychodynamische Therapien) eine Konzeption der Arbeit mit Träumen, die lediglich eine Beachtung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Relation vorsieht, diese im Gegensatz zur Psychoanalyse aber nicht ins Zentrum der

Aufmerksamkeit rückt. Einem solchen Verständnis der Arbeit mit symbolischen Schöpfungen des Unbewussten kommt die Katathym Imaginative Psychotherapie in ihrer Behandlungstechnik sehr nahe.

Die KIP bietet durch die Arbeit auf der Symbolebene die Möglichkeit, auch Patienten tiefenpsychologisch zu behandeln, deren Hauptabwehr nicht die Verdrängung, sondern die Spaltung ist (Borderline-Persönlichkeiten). **Durch Unterstützung der Symbolisierungsprozesse werden Spaltungen überwunden, Zusammengehöriges wird zusammengefügt, ohne dass eine permanente Deutung von Partialobjekt-Beziehungen notwendig ist** (W. Dieter 2000). Die KIP orientiert sich hier also mehr als z. B. die TFP („übertragungsfokussierte Psychotherapie“; Clarkin et al. 2001) an den **Ressourcen** des Patienten. Dennoch wird beständig an **konflikthaften Inhalten** gearbeitet, ganz im Sinne der oben genannten Grundforderungen an eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

### Literatur:

- Ainsworth, M. D. S.** (1977): Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber Signalen des Babys. In: Grossmann, K. E. (Hrsg.): Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt: 98 – 107. München: Kindler.
- Allen, J., Fonagy, P.** (2009): Mentalisierungsgestützte Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Balint, M.** (1970): Trauma und Objektbeziehung. Psyche 24: 306 – 358. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bion, W. R.** (1962): Lernen durch Erfahrung. Dt. 1990. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bion, W. R.** (1970): Attention and Interpretation. London: Tavistock Publications.
- Bollas, C.** (2001): Freudian intersubjectivity. Psychoanalytic dialogues 11: 93 – 106
- Bowlby, J.** (1975): Bindung. München: Kindler.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F.** (2001): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer.
- Dieter, W.** (1996): Lernen durch Erfahrung mit Hilfe von Symbolen. Imagination 1996, Heft 3: 5 – 19. Wien: Facultas.
- Dieter, W.** (1998): Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Träumen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten. Imagination 1998, Heft 3: 36 – 48. Wien: Facultas.
- Dieter, W.** (1999): Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Imaginationen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten. Imagination 1999, Heft 3: 72 – 93. Wien: Facultas
- Dieter, W.** (2000): Katathym Imaginative Psychotherapie bei Borderline-Störungen. Psychotherapeut 45: 90-98. Heidelberg: Springer
- Dieter, W.** (2012): Wer weiß denn, dass ich im Weltall bin. Die Bedeutung einer impliziten Behandlungstechnik für die KIP bei schwersten und frühesten Störungen der Symbolisierung. In: Imagination Heft 1-2, 2012: 84 – 100. Wien: Facultas
- Dieter, J.** (1999): Bindungsforschung und ihre Bedeutung für die KIP. Imagination Heft 2, 1999. Wien: Facultas
- Dieter, J.** (2000): Symbolbildung und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. Imagination Heft 1/2000: 5-28. Wien: Facultas



- Dornes, M.** (1997): Die frühe Kindheit. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Dornes, M.** (1998): Bindungstheorie und Psychoanalyse: Konvergenzen und Divergenzen. Psyche 52: 299 – 348. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dornes, M.** (2000): Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Eissler, K. R.** (1953): The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. J. Am. Psychoanal. Ass. 1: 104-143.
- Elhardt, S.** (1988): Tiefenpsychologie. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann, M.** (Hrsg.) (1993): Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Ermann, M.** (1998): Träume erzählen und die Übertragung. Forum Psychoanal 14: 95-110. Heidelberg: Springer.
- Ermann, M.** (1999): Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Ermann, M.** (2000): 100 Jahre Traumdeutung. Vorlesungsreihe bei den Lindauer Psychotherapiewochen 2000.
- Ermann, M.** (2001): Praxis der tiefenpsychologischen Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann, M.** (2004). Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Ermann, M.** (2007): Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. 5. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann, M.** (2009): Psychoanalyse in den Jahren nach Freud. Stuttgart: Kohlhammer
- Faber, F. R., Haarstrick, R.** (1996): Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien. Neckarsulm: Jungjohann.
- Fonagy, P. et al.** (1991): The capacity for understanding mental states. Infant Mental Health Journal 12: 201 - 218.
- Fonagy, P., Moran, G. S., Edgecumbe, R.** (1993): The role of mental representation and mental processes in therapeutic action. In: Psychoanalytic study of the child 48: 9 – 48
- Fonagy, P. et al.** (1995): Attachment, the reflective self and borderline states. In: Goldberg, S., Muir, R., Kerr, J. (Hg.): Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives: 233 – 278. New York: The Analytic Press.
- Fonagy, P.** (1998): Metakognition und Bindungsfähigkeit des Kindes. Psyche 52: 349 -368. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P.** (2000): Die Bedeutung der Dyade und Triade für das wachsende Verständnis seelischer Zustände: Klinische Evidenz aus der psychoanalytischen Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Bürgin, D. (Hrsg.): Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft. Stuttgart. Schattauer.
- Fonagy, P. et al.** (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- French, Th.** (1954): The integrative process in dreams. Chicago: The University of Chicago Press.
- French, Th., Fromm, E.** (1964): Dream interpretation. A new approach. New York: Basic Books.
- Freud, S.** (1900): Die Traumdeutung. GW 2 / 3. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S.** (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW 11. Frankfurt a. M.: Fischer
- Freud, S.** (1933): Neue Folgen der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW 15. Frankfurt: Fischer.
- Fromm, E.** (1980): Märchen, Mythen, Träume. Stuttgart: DVA.

- Fürstenau, P.** (1977): Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. *Psyche* 31: 197 - 207. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fürstenau, P.** (1990): Erweitertes psychoanalytisches Paradigma und Katathymes Bilderleben. In: Wilke, E. und Leuner, H. (Hrsg.): *Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin*. Bern: Huber.
- Fürstenau, P.** (1992): *Entwicklungsförderung durch Therapie*. München: Pfeiffer.
- Fürstenau, P.** (2001): *Psychoanalytisch verstehen - Systemisch denken - Suggestiv intervenieren*. München: Pfeiffer.
- Gill, M. M.** (1954): *Psychoanalysis and exploratory psychotherapy*. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 2: 771-797.
- Gill, M. M.** (1997): *Psychoanalyse im Übergang*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Greenberg, R., Pearlman, C.** (1975): A psychoanalytic-dream continuum: The source and function of dreams. *International review of Psycho-Analysis* 2: 441-448.
- Greenberg, R., Pearlman, C.** (1978): If Freud only knew: A reconsideration of psychoanalytic dream theory. *International review of Psycho-Analysis* 5: 71-75.
- Greenson, R.** (1973): *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heigl-Evers, A., Ott, J.** (1996): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. *Psychotherapeut* 41: 77-83. Heidelberg: Springer.
- Hoffmann, S. O., Schübler, G.** (1999): Wie einheitlich ist die psychodynamisch orientierte Psychotherapie? *Psychotherapeut* 44: 367-373. Heidelberg: Springer.
- Hoffmann, S. O.** (2000): *Psychodynamische Therapie und psychodynamische Verfahren*. *Psychotherapeut* 45: 52-54. Heidelberg: Springer.
- Hohage, R.** (1996): *Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Jung, C. G.** (1935): *Die Tavistock-Lectures*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Jung, C. G.** (1948): *Vom Wesen der Träume*. Zürich: Rascher.
- Jung, C. G.** (1968): Zugang zum Unbewussten. In: C. G. Jung: *Der Mensch und seine Symbole*. Olten: Walter.
- Kernberg, O. F.** (1988): *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. et al.** (1993): *Psychodynamische Psychotherapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Huber.
- Kernberg, O. F.** (1997): *Innere Welt – Äußere Realität*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Klein, M.** (1946): Notes on some schizoid mechanisms. Dt. 1972, in: *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Kottje-Birnbacher, L.** (1993): Strukturierende Faktoren des Katathymen Bilderlebens. *Prax. Psychother. Psychosom.* 38. Heidelberg: Springer.
- Krippner, K.** (2001): Neue Wege in der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörungen mit der KIP. Vortrag auf dem 9. Int. Kongress für KIP in Goldegg
- Lang, O.** (1993): Die Macht des Symbols. In: Leuner, H., Hennig, H., Fikentscher, E. (Hrsg.): *Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis*: 43-49. Stuttgart: Schattauer.
- Lazar, R. A.** (1993): "Container-Contained" und die helfende Beziehung. In: Ermann, M. (Hrsg.): *Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Leuner, H.** (1954): Kontrolle der Symbolinterpretation im experimentellen Verfahren. *Z. Pschoth. Med. Psychol.* 4.
- Leuner, H.** (1994): *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Lieberz, K.** (1998): *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. *Deutsches Ärzteblatt*: 1909-1912.
- Lorenzer, A.** (2002): *Die Sprache, der Sinn, das Unbewusste*. Stuttgart: Klett-Cotta

- Luborsky, L.** (1984): Einführung in die analytische Psychotherapie. Dt. 1995. Heidelberg: Springer.
- Meltzer, D.** (1988): Traumleben. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Mertens, W.** (1990/1991): Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bände 1-3. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W.** (1999): Traum und Traumdeutung. München: C. H. Beck.
- Mertens, W.** (2009): Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer
- Noy, P.** (1969): A revision of the psychoanalytic theory of the primary process. Int. J. Psycho-Anal. 50: 155 – 178.
- Ogden, Th.** (1979): On projective identification. Int. J. Psycho-Anal. 60: 357 – 373.
- Ogden, Th.** (1997): Über den potentiellen Raum. Forum Psychoanal 13: 1 – 18. Heidelberg: Springer.
- Ogden, Th.** (2001): Analytische Träumerei und Deutung. Dt. 2004. Stuttgart: Thieme
- Palombo, S.** (1978): Dreaming and memory: A new information-processing model. New York: Basic Books.
- Palombo, S.** (1982): How the dream works: the role of dreaming in the psychotherapeutic process. In: Slipp, E. (Ed.): Curative factors in dynamic therapy: 223-242. New York: McGraw Hill.
- Palombo, S.** (1994): Connectivity and condensation in dreaming. J. Am. Psychoanal. Ass. 75: 1139-1159.
- Piaget, J. und Inhelder, B.** (1966): Die Entwicklung des inneren Bildes beim Kind. Frankfurt a. M., 1978: Suhrkamp.
- Pieringer, W., Fazekas, C.** (2000): Erkenntnismethoden und Krankheits-Gesundheitstheorien. Psychologische Medizin Heft 3/2000: 6-11.
- Reimer, C.** (1996): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E.: Psychotherapie. Heidelberg: Springer.
- Rudolf, G., Rüger, U.** (2001): Zur Differentialindikation zwischen tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie. Psychotherapeut 46: 216-219. Heidelberg: Springer.
- Rudolf, G.** (2010): Psychodynamische Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer
- Salvisberg, H.** (1993): Die zwei Seiten der Wirklichkeit – Wörtliche und symbolische Bedeutung. Imagination 1993, Heft 2: 45 – 59. Wien: Facultas.
- Sandler, J., Sandler, A. M.** (1985): Vergangenheits-Unbewusstes, Gegenwarts-Unbewusstes und die Deutung der Übertragung. Psyche 39: 800-829. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schnell, M.** (1997): Der imaginative Raum. In: Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U., Wilke, E. (Hrsg): Imagination in der Psychotherapie: 207 – 215. Bern: Huber.
- Schnell, M.** (2000): **Vom Be-zeichnen zum Be-deuten. Vom Zeichen zum Symbol. In: Salvisberg, H., Stigler, M., Maxeiner, V. (Hrsg.): Erfahrung träumend zur Sprache bringen:** 169-183. Bern: Huber.
- Schnell, M.** (2001): Das Geißlein im Uhrenkasten und die Frau im Kleiderschrank. Die Entwicklung des Spielraums und der Dialog mit dem Selbst. Vortrag auf dem 9. Int. Kongress für KIP in Goldegg 2001.
- Segal, H.** (1996): Traum, Phantasie und Kunst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steiner, B., Krippner, K.** (2004): Psychotraumatheorie. Stuttgart: Schattauer
- Stern, D.** (1985): Die Lebenserfahrung des Kleinkindes. Dt. 1992. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tress, W.** (2001): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie heute. Psycho 27: 25-29.
- Wallerstein, R.** (1989): Eine Psychoanalyse – oder viele? Z Psychoanal Theorie u Praxis 4, 1989, 126-153.

- Weiß, H.** (2001): Zur Beziehung zwischen einigen theoretischen Konzepten bei Melanie Klein und Wilfred Bion. *Psyche* 55: 159-180. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wietersheim, J. von et al.** (2000): Die Katathym Imaginative Psychotherapie-Evaluationsstudie. Ergebnisse. Vortrag auf dem Int. Symp. f. Psychotherapie, Halle 2000.
- Will, H.** (2001): Was ist klassische Psychoanalyse? Vom defensiven und polemischen zum historischen Gebrauch. *Psyche* 55: 685-717. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wilke, E.** (1990): Die spezifische Wirkung der KB-Therapie bei psychosomatisch Kranken. In: Wilke, E. und Leuner, H. (Hrsg.): *Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin*: 166 – 170. Bern: Huber.
- Wilke, E.** (2001): Die Imagination in der KIP als Brücke zwischen körperlichem Symptom und psychischem Konflikt – Bedeutung und Handhabung. Vortrag auf dem 9. Int. Kongreß für KIP in Goldegg 2001.
- Wilke, E.** (2009): Katathym-imaginative Psychotherapie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E.: *Psychotherapie*. 4. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Winnicott, D. W.** (1951): *Playing with reality*. In: *Vom Spiel zur Kreativität*. Dt. 1973. Stuttgart: Klett-Cotta
- Winnicott, D. W.** (1969): *Kind, Familie und Umwelt*. München: Reinhardt.
- Winnicott, D. W.** (1973): Objektverwendung und Identifizierung. In: Winnicott, D. W.: *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Winnicott, D. W.** (1974): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler.
- Winnicott, D. W.** (1976): *Übergangsobjekte und Übergangsphänomene*. In: Winnicott, D. W.: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler.

### **Zusammenfassung:**

Es werden die ideengeschichtlichen und behandlungstechnischen Gemeinsamkeiten von Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie aufgezeigt. Dann wird exemplarisch anhand der Verwendung von Symbolen zur Steuerung regressiver Prozesse in der Therapie dargestellt, wie und warum die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP) eine tiefenpsychologische Methode der Psychotherapie ist: Konfliktorientierung, Verdichtung des therapeutischen Prozesses, Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung, Abwehr und Widerstand. Es wird gezeigt, dass vor allem bei schweren Persönlichkeitsstörungen eine „klassische“ Psychoanalyse nicht angezeigt ist und dass hier in vielen Fällen die KIP aufgrund ihrer Unterstützung bei der Verbesserung der Symbolisierungsfähigkeit die Behandlungsmethode der Wahl unter den psychodynamischen Verfahren sein kann. Allen tiefenpsychologischen oder psychodynamischen Therapieverfahren gemeinsam ist eine tiefenhermeneutische Herangehensweise an seelische Prozesse und die Annahme eines dynamischen Unbewussten.

### **Schlüsselwörter:**

Katathym Imaginative Psychotherapie - Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie - Psychodynamische Psychotherapie - Übergangsraum - Symbolisierung - Mentalisierung

### **Angaben zum Autor:**

Dr. med. Wilfried Dieter  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
KIP-Therapeut, Psychoanalytiker, Paartherapeut.  
Dozent der ÖGATAP, der AGKB und der SAGKB.  
Anningerstraße 6 / 8 / 7, A – 2351 Wiener Neudorf