

Einführung in die katathym-imaginative Psychotherapie

von

Leonore Kottje-Birnbacher¹

Inhaltsverzeichnis

1. Definition und Kurzbeschreibung
2. Historische Entwicklung
3. Abgrenzung von anderen Verfahren
4. therapeutische Grundhaltung und Settinggestaltung
 - Beginn einer KiP-Therapie, tiefenpsychologische Diagnostik und initialer Tagtraum
 - Entspannung und Einleitung einer Imagination
 - Umgang mit möglichen Anfangsschwierigkeiten
 - Begleitung der Imaginationen
 - Beendigung der Imaginationen
 - Nachbearbeitung der Imaginationen
5. Auswirkungen des Settings
 - Etablierung von Erlebnisraum und Verarbeitungsraum
 - Besonderheiten der therapeutischen Beziehung, insbesondere der Übertragungs-
Gegenübertragungsdynamik in der KiP
6. Vorgabe von Motiven
 - 6.1. Standardmotive
 - Wiese
 - Bach
 - Berg
 - Haus
 - Waldrand
 - 6.2. Implikationen der Motivvorgabe
 - 6.3. Weitere Standardmotive
 - Konfliktbereich Aggression und Expansion
 - Konfliktbereich Sexualität
 - Konfliktbereich Selbstbild
 - Konfliktbereich Bezugspersonen
 - Oberstufenmotive: Höhle, Sumpfloch, Vulkan
 - 6.4. Neue Motive
 - Klarifizierung wichtiger Etappen des Individuationswegs
 - Stimulierung von Ressourcen
 - Klarifizierung von Symptomen
 - Individuelle situationsspezifische Motive

¹ Erschienen in der Zeitschrift "Imagination" 23.4.2001

6.5. Implikationen der Motivvorgabe, Fortsetzung

7. Therapeutische Begleitung der Imaginationen

7.1. Basisverhalten bei der Begleitung der Imaginationen

7.2. Assoziatives Vorgehen

7.3. fokussierende Begleitung

7.4. Interventionstechniken zum Umgang mit Symbolgestalten ("Regieprinzipien")

- Nähren und Versöhnen
- Konfrontation
- Befriedigung archaischer Bedürfnisse
- Gewinnung von Helfern
- Verfolgen und Mindern

8. Therapeutische Strategien und Techniken der KiP

9. Wirkfaktoren

10. Settingvarianten

- Gruppentherapie
- Paar und Familientherapie

11. Indikationen und Kontraindikationen

12. Evaluation und Perspektiven des Verfahrens hinsichtlich Theorie und Behandlungstechnik

13. Ausbildungsmöglichkeiten

Einführung in die katathym-imaginative Psychotherapie

1. Definition und Kurzbeschreibung

Die katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) ist eine psychodynamische (tiefenpsychologisch fundierte) Psychotherapie, bei der in besonderer Weise Imaginationen genutzt werden, um unbewusste Motivationen, Phantasien, Konflikte und Abwehrmechanismen, Übertragungsbeziehung und Widerstände zu veranschaulichen und ihre Bearbeitung sowohl auf der Symbolebene als auch im Gespräch zu fördern. Das Wort "katathym" kommt aus dem Griechischen, "kata" bedeutet gemäß, "thymos" das stürmisch Bewegte, das Herz, das Blut, die Seele, die Lebenskraft, die Gemütsbewegung; als "katathymios" werden Dinge bezeichnet, die einem im Sinn, in den Gedanken oder auf dem Herzen liegen. Mit dem Namen soll also ausgedrückt werden, daß sich die aktuelle emotionale Befindlichkeit und die zentralen unbewußten Beziehungskonflikte in den imaginierten Bildern in symbolisch verdichteter Form darstellen und dadurch einer Bearbeitung zugänglich werden.

Das *theoretische Konzept* wurzelt in der Tradition der Psychoanalyse. Neben dem Ziel, Einsicht in die eigene Persönlichkeit zu gewinnen, spielen jedoch in der KiP auch psychosynthetische, strukturbildende Prozesse eine große Rolle. Die Verdeutlichung und Bearbeitung von Konflikten auf der Symbolebene der Bilder kann man als die *erste Wirkdimension* der KiP bezeichnen. Die *zweite* ist dann die Möglichkeit, affektive Lücken durch Erlebnisse innerhalb der Imaginationen aufzufüllen. Denn durch Entspannung und Sich-den-Bildern-Überlassen entsteht ein geschützter Raum mit kontrollierter Regression im Dienste des Ichs im Sinne Balints, in dem sonst verdrängte, verleugnete, abgewehrte Impulse auftauchen und in imaginativen Handlungsvollzügen befriedigt werden können. Die *dritte Wirkdimension* schließlich ist die spontane Entfaltung der Kreativität auf der Ebene der Imagination, wodurch eine Ausweitung der Ich-Struktur stattfinden kann. Die Patienten entdecken von sich aus kreative neue Lösungen für Problemsituationen und probieren neue Erlebnismöglichkeiten aus. (Leuner 1985/1994)

2. Historische Entwicklung

Die katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) nutzt als Medium der Veränderung und Heilung imaginative Prozesse. Damit knüpft sie an uralte und weit verbreitete Heiltraditionen an; denn die Fähigkeit des Menschen, seine eigene Situation in Bildern auszudrücken und neue Sichtweisen über Bilder und Metaphern aufzunehmen, wird schon in der Antike und in allen bekannten schamanistischen Ritualen genutzt. Heilende Imaginationen sind darin stets ein zentraler Bestandteil. Die Deutung von Träumen war schon im alten Ägypten bekannt (vgl. den Bericht im alten Testament von dem Traum Pharaos über die fetten und mageren Kühe, der von Josef gedeutet wurde); auch im griechischen Epidaurus spielte der Heilschlaf und die Verarbeitung des dort Erlebten eine große Rolle und im Mittelalter entwickelte Ignatius von Loyola um 1550 in seinem Exerzitienprogramm einen spirituellen Heilungs- und Entwicklungsweg auf imaginativer Basis.

In unserem Jahrhundert hat sich die Psychoanalyse schon früh für die Interpretierbarkeit und therapeutische Nutzung von Nachträumen interessiert (Freud, Traumdeutung), allerdings kaum für andere imaginative Prozesse. Da blieb es bei episodischen Entdeckungen. So experimentierte etwa der Psychoanalytiker Silberer um 1909 mit absichtlich evozierten Träumen auf der Schwelle des Einschlafens oder Erwachens und stellte fest, daß auch sie zutreffende symbolische Darstellungen vorbewußter emotionaler Spannungen und Gestimmtheiten enthielten. C. G. Jung empfahl seinen Patienten, sich zu Hause imaginativ mit ihrem Unbewußten in Beziehung zu setzen, er nannte dies "aktive Imaginationen" (1916). I. H. Schultz (1932) entdeckte, daß beim Autogenen Training in tief entspanntem Zustand spontan Imaginationen von Farben und Bildern entstanden, und Hapich beschrieb 1932, wie er Patienten in einen leichten Entspannungszustand versetzte, ihnen dann Vorstellungsmotive anbot und sie bei ihren Imaginationen verbal begleitete (Leuner 1985).

An diese Anregungen knüpfte H. Leuner 1948 an, der damals 29 Jahre alt war. Die Ebene des "Bildbewußtseins" schien ihm große therapeutische Potenz zu enthalten, und er begann, die Gesetzmäßigkeiten dieser Bewußtseins Ebene systematisch zu untersuchen, indem er gesunde Versuchspersonen und neurotische Patienten unter experimentell variierten Bedingungen imaginieren ließ. Er wollte herausfinden, ob Tagtraumbilder verlässliche und reproduzierbare Spiegelungen der innerseelischen Situation waren und ob sie sich therapeutisch beeinflussen ließen. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen veröffentlichte Leuner 1955 in der Arbeit "Experimentelles Kathartisches Bilderleben als klinisches Verfahren der Psychotherapie". Er beschreibt darin das Vorgehen in einer noch heute gültigen Form und gibt gute technische Anregungen, wie man mit auftauchenden Schwierigkeiten beim Imaginieren umgehen kann. Es sind dort schon viele der später in den Kanon der "Standardmotive" aufgenommenen Motive zu finden (Wiese, Bach, Berg, Haus, Vorname, Bezugspersonen, Autostop, Sumpfloch und Höhleneingang) und wichtige Grundlagen der therapeutischen Wirksamkeit experimentell erarbeitet. So entdeckte Leuner z.B. Bilder, die sich bei mehrmaliger Imagination zu demselben Motiv immer wieder genauso entwickelten und von ihrer Symbolik her Ausdruck eines Problems zu sein schienen (sog. "fixierte Bilder"). Wenn man den Versuchspersonen den Symbolgehalt ihrer Bilder erklärte und dann das entsprechende Motiv in der Imagination wieder einstellte, ergab sich ein neues Bild (sog. "Wandlungsphänomen"), allerdings nur nach einleuchtenden Deutungen. Absichtlich gegebene falsche Deutungen bewirkten keine Veränderungen, die Bilder konnten auch nicht hypnotisch-suggestiv beeinflußt werden, sie schienen überhaupt vom Willen der Versuchspersonen unabhängig zu sein, denn sie konnten weder absichtlich hervorgerufen noch willentlich verhindert werden. Jede Person konnte nur ihre eigene Art von Bildern entwickeln.

Ebenfalls 1955 veröffentlichte Leuner "Symbolkonfrontation, ein nicht interpretierendes Vorgehen in der Psychotherapie" und 1957 "Symboldrama, ein aktives nicht analysierendes Vorgehen in der Psychotherapie". In diesen beiden Aufsätzen hat er die Grundzüge eines wirksamen therapeutischen Umgangs mit Symbolgestalten beschrieben: Durch die Aufforderung, sich ein Sumpfloch oder einen Höhleneingang vorzustellen und eine Weile zu betrachten, und der zusätzlichen Suggestion, es werde bald etwas aus dem Sumpf bzw aus der Höhle herauskommen, regte er die Imagination archaischer Symbolwesen an. Oft waren diese Gestalten für den Probanden sehr ängstigend (Leuner spricht von "gorgonischem Grauen", das sich bisweilen einstellte). Er verlangte von den Probanden dann, daß sie trotz ihrer Angst das Wesen permanent beobachten und in allen Einzelheiten beschreiben sollten. Nach maximal 30 Minuten waren die Wesen freundlicher und / oder schwächer geworden, und er forderte die Probanden dann auf, sich ihnen langsam zu nähern und sie wenn möglich zu streicheln. Leuner interpretierte diese Vorgänge als Aufspüren wichtiger Symbole mit kathartischem Abfließen affektiver Erregung und Assimilation abgespaltener Komplexe und vermutete, daß dadurch Therapien sehr abgekürzt werden könnten.

1957 hatte er die Konfrontationstechnik durch die Entdeckung weiterer therapeutischer "Regieprinzipien" zum "Symbol drama" weiterentwickelt. Es waren Anleitungen zum "Vernichten und Mindern", "Nähren und Anreichern" (z.B. durch Füttern), "Versöhnen und Umfassen" (z.B. durch Streicheln), zur "Konjunktion und Einverleibung" (durch Verschmelzung oder Aufessen) und Nutzung "magisch wirkender Flüssigkeiten" (besonders Blut, Sperma, Wein, Gift, aber auch Wasser) und "innerer Führer" (schon bekannte freundliche Symbolwesen) als Hilfsmittel. - Man sieht hier deutlich die Nähe zur Jungianischen Psychologie und zur Welt der Märchen und Mythen. Aus diesen Quellen bezog Leuner offenbar seine Anregungen zum Umgang mit Symbolen. Durch die in den Regieprinzipien vorgeschlagene anregenden Aktivitäten des Therapeuten konnten erstaunliche Wandlungen der Symbolwesen erreicht werden, die auch unmittelbare klinische Besserungen nach sich zogen, während das einfache wiederholte Aufsuchen von schwierigen Situationen in der Imagination keine Veränderungen bewirkte. Die Bilder spiegelten offenbar die psychische Situation, und ihre Veränderung konnte auf zwei Wegen erreicht werden, einmal durch Einsicht und innere Neuentscheidung des Probanden nach einer einleuchtenden Deutung oder durch ein vom Therapeuten angeregtes anderes Verhalten des Probanden auf der Symbolebene.

Leuner betonte zwar, daß die Symbolkonfrontation einen erfahrenen Therapeuten voraussetze, da man immer mit Überraschungen rechnen müsse, trotzdem wirkt sein Vorgehen atemberaubend mutig, vor allem wenn man bedenkt, wie vieles von dem heute bekannten Wissen damals noch nicht bekannt war. Das erfolgreiche Durchstehen von ängstigenden Situationen mit dichter therapeutischer Begleitung ist z.B. im Rahmen von Verhaltenstherapien heute durchaus üblich, Mitte der fünfziger Jahre gab es das aber noch nicht, da erschienen gerade die ersten Veröffentlichungen von Skinner, Wolpe und Eysenck. Die übliche therapeutische Haltung war damals die freischwebende Aufmerksamkeit. Aber nach den Wirren der Nazizeit und des Kriegs mußte auch vieles wieder neu gesichtet werden, das Hergebrachte war nicht mehr unhinterfragt gültig, man mußte sich neu orientieren.

In der 1959 veröffentlichten Arbeit "Das Landschaftsbild als Metapher dynamischer Strukturen" wird das Verständnis der Symbolik der Bilder vertieft. Leuner beschreibt diagnostisch wesentliche strukturelle Merkmale des Landschaftspanoramas, die zwischen Neurotikern und Normalen differenzieren (Einförmigkeit, Unwirtlichkeit und Unfruchtbarkeit, unvereinbare Kontraste, Einengung des Blickfeldes), er zeigt therapeutische Entwicklungslinien im Bild auf (Ausdehnung und Ausdifferenzierung gesunder Bereiche, Abgrenzung und Verkleinerung neurotischer Bereiche) und ihre mögliche Förderung durch den Therapeuten. 1964 schließlich erschien "Das assoziative Vorgehen im Symbol drama", worin Leuner die Förderung assoziativer Prozesse auf der Bildebene schilderte. Er konnte damit emotional dichte bildhafte Erinnerungen auslösen, die z.T. mit Altersregressionen verbunden waren.

Mit diesen Arbeiten war die Methode der katathym-imaginativen Psychotherapie sozusagen begründet, in den Folgejahren wurde sie im ständigen Austausch mit der Weiterentwicklung der psychodynamischen Psychotherapie gründlicher theoretisch durchdacht, behandlingstechnisch ausdifferenziert und an verschiedenen Patientengruppen erprobt. Es wurden Indikationskriterien und Behandlungsbesonderheiten ausgearbeitet, neue Motive für bestimmte Problemstellungen entwickelt und das Verfahren auf verschiedene Settinggegebenheiten (ambulante und stationäre Einzeltherapie, Gruppentherapie, Paartherapie) adaptiert. 1970 veröffentlichte Leuner eine erste systematische Einführung in die KiP als Buch, 1985 ein ausführliches Lehrbuch. 1974 wurde die AGKB gegründet, die dann den institutionellen Rahmen bot für die Förderung der wissenschaftlichen Bearbeitung imaginativer Prozesse und für die Entwicklung einer

systematischen curricularen Weiterbildung zum KB-Therapeuten. Einige Jahre später folgte die Gründung von KB-Gesellschaften in anderen europäischen Ländern (besonders Schweiz, Österreich, Schweden, Holland). Seit 1978 finden alle zwei bis drei Jahre Kongresse über KiP statt.

Bis etwa 1970 nannte Leuner sein Verfahren manchmal Katathymes Bilderleben (KB), manchmal Symboldrama. Danach setzte sich die Bezeichnung Katathymes Bilderleben durch, bis 1994 das Gesamtverfahren Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) genannt wurde, um deutlich zu machen, daß es sich hierbei um ein ganzheitliches therapeutisches Angebot handelt. Die Bezeichnung KB wird im Rahmen dieses Textes als Abkürzung für das katathyme Bilderleben in den Imaginationphasen gebraucht. In Holland und Schweden firmiert die KiP als "Symboldrama", im angelsächsischen Sprachraum als "guided affective imagery".

3. Abgrenzung von andern Verfahren

Zur Abgrenzung von anderen Verfahren, die ebenfalls mit Imaginationen arbeiten, seien die Besonderheiten der KiP genannt:

- Imaginationen sind nicht dasselbe wie Visualisierungen. Visualisierungen sind willentlich erzeugte und gesteuerte Vorstellungen, die in der *Hypnotherapie* eine große Rolle spielen, z.B. bei der Arbeit mit Ich-Zuständen und der Arbeit mit Persönlichkeitsteilen (Kanitschar 1999, Böls 1997). Es werden dabei optische Vorstellungen und verbale Kommunikationen angeregt, kaum aber das Spüren in anderen Sinnesmodalitäten und auch kaum Handlungsvollzüge, während beim Imaginieren ein "katathymes", eben nicht willentlich gesteuertes Erleben in allen Sinnesmodalitäten entsteht mit spontanen symbolischen Verdichtungen der zentralen Beziehungskonflikte in großer emotionaler Prägnanz.
- Man kann direkt auf der Symbolebene (und nicht erst im Nachhinein wie bei der Bearbeitung von Nachträumen) arbeiten.
- Dabei entspricht der Umgang mit den Imaginationen dem psychodynamischen Verständnis-hintergrund. Es wird in der KiP dem Patienten kein konkretes Verhalten suggeriert, statt dessen setzt der Therapeut seinen suggestiven Einfluß ein, den Patienten zu ermutigen, seine individuellen Lösungen zu finden (Leuner 1985, 48, Seithe 1997a). Die suggestiven Momente der KiP, die in Motivvorgaben, Fragen, Anregungen und im Ansprechen bestimmter Inhalte und Gefühle stecken, beziehen sich vor allem auf allgemeine Suggestionen von Zutrauen in die Lösbarkeit einer Situation, ohne die individuelle Art der Lösung zu beeinflussen, Seithe (1997a) nannte das "Suggestion im Dienste des Ich".
- Die Symbole werden als Darstellung innerer Objektbeziehungen verstanden, Möglichkeiten zum Probehandeln und Problemlösen werden genutzt, sie sollen sich aber individuell kreativ entfalten, werden nicht systematisch und realistisch geplant. Das unterscheidet die KiP etwa von der Verhaltenstherapie, die z.B. bei der systematischen Desensitivierung erst eine Reizhierarchie konstruiert und dann in Entspannung eine schrittweise Konfrontation durchführt. In der KiP sorgt der Therapeut innerhalb der sich spontan entwickelnden symbolisch verschlüsselten Imagination für eine angemessene Reizdosierung.
- Das dialogische Prinzip, also daß der Therapeut jederzeit mit dem Patienten in Kontakt ist, ihn unterstützen und anregen kann, unterscheidet die KiP von der Oberstufe des Autogenen Trainings und der aktiven Imagination nach C.G.Jung.

4. therapeutische Grundhaltung und Settinggestaltung

Die therapeutische Grundhaltung und das allgemeine therapeutische Setting entsprechen dem in der psychodynamischen bzw tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie üblichen. Das Ziel der

Therapie ist die Bearbeitung des aktuellen Konflikts und die gesündere Weiterentwicklung der Persönlichkeit des Patienten in einem selbstreflexiven Prozeß. Die Frequenz der Stunden liegt meist bei einer Stunde pro Woche, KiP ist aber auch bei dichteren oder lockereren Frequenzen einsetzbar. Die meisten Behandlungen umfassen 25 - 50 Stunden, es gibt aber auch etliche längere Therapien von 80 oder 100 Stunden. Die Therapie findet im Gegenübersitzen statt. Manche Patienten legen sich für die Dauer der Imaginationsphasen gern hin, um sich besser entspannen zu können, manchen ist Liegen eher unangenehm. Daher sollte man die Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten besprechen, um zu gewährleisten, daß sich der jeweilige Patient mit dem KB wohl fühlt.

Die Therapiestunde beginnt immer mit einer Gesprächsphase, um die momentane Situation des Patienten zu erfassen, bevor man ihn imaginieren läßt, und endet auch mit einem Gespräch, in dem man den Patienten zumindest fragt, wie es ihm nun geht und was jetzt nachklingt von den Bildern, bevor man ihn entläßt. Die Imaginationsphasen können unterschiedlich lang dauern (zwischen ca. 10 und 40 Minuten, meist 15 - 25 Minuten) und unterschiedlich häufig eingesetzt werden (ca. jede zweite oder dritte Sitzung oder auch nur gelegentlich), je nachdem welche Funktion sie im therapeutischen Prozeß übernehmen sollen. - Auf diese Differenzierungen soll später eingegangen werden.

Beginn einer KiP-Therapie: tiefenpsychologische Diagnostik und initialer Tagtraum

Als erstes wird der Therapeut sich bemühen, einen Überblick über die aktuelle Lebenssituation und die Anamnese zu gewinnen und dabei z.B. gemäß den OPD-Kriterien das Strukturniveau, den dominanten Konflikt und die Beziehungsgestaltung des Patienten einschätzen. Daneben ist eine sorgfältige Exploration der Ressourcen und der äußeren und inneren Ziele des Patienten wichtig. Im Rahmen dieser Anfangsdiagnostik kann der Therapeut auch die Eignung des Patienten für die KiP überprüfen. Dafür führt er eine kurze Tagtraumübung durch, bei den meisten Patienten den sogenannten "*Blumentest*": Er bittet den Patienten, bei einer kleinen Übung mitzumachen, nämlich sich zu entspannen, eventuell die Augen zu schließen und sich irgendeine Blume vorzustellen, die gerade vor seinem inneren Auge auftaucht. Diese soll er dann beschreiben, und der Therapeut wird nachfragen, wodurch sich das Bild meist weiter konkretisiert und ausgestaltet. Nach Beendigung der Imagination stellen die Patienten oft ganz verwundert fest, daß die Art ihrer Blume etwas mit ihnen selbst zu tun hat: Es gibt ja große und kleine Blumen, strahlende und unscheinbare, Blumen mit stabilem oder mit schwachem, stützungsbedürftigen Stiel, verwurzelte und unverwurzelte, vital-üppige und halb vertrocknete, alleinstehende oder in Gesellschaft wachsende. Was für eine Blume aus der Vielfalt der Möglichkeiten erscheint, ist kein Zufall. Neben "Tagesresten" bestimmen innere Affinitäten die strukturellen Eigenschaften der Blume, und indem der Patient die Blume auf sich selbst und seine aktuelle Situation bezieht, wird ihm das Prinzip der Symbolisierung, von dem das KB Gebrauch macht, deutlich. Dadurch wird er motiviert, weiterhin mit Bildern zu arbeiten, und man kann mit ihm diese Arbeit als Teil des therapeutischen Settings vereinbaren: Alle zwei oder drei Sitzungen wird ein Tagtraum von 15 - 25 Minuten Dauer stattfinden, um die innere Situation des Patienten genauer zu spüren.

Diesen ersten, initialen Tagtraum (ITT) kann man als Pendant zum psychoanalytischen Erstinterview oder zum Initialtraum in der Psychoanalyse auffassen (Ullmann 1997). Man sollte dabei mit Deutungen zurückhaltend sein, denn "die Symbole sind vielfach kodierte Kunstwerke des Patienten, die sich kaum jemals 1:1 übersetzen lassen" (Ullmann 1997, 86) Durch voreilige Deutungen würde man den Erlebnisraum von Übergangsobjekt-Charakter verletzen, der gerade erst dabei ist, sich zu entfalten. Aus hypnotherapeutischer Sicht läßt sich die diagnostische

Wahrnehmungseinstellung bei dem ITT als der ersten Tranceerfahrung ergänzen. Während ein psychoanalytisch geschulter KiP-Therapeut seine diagnostische Wahrnehmung auf die Darstellung von Selbst- und Objektrepräsentanzen, Abwehrleistungen und Übertragungsbereitschaften richtet, sucht ein Hypnotherapeut nach Kriterien des Rapports und nach Eigentümlichkeiten, deren Kenntnis und Beachtung den späteren Kontakt mit dem Klienten erleichtern, wie Weltsicht- und Wertesystem, bevorzugte Beziehungspositionen (one-up oder one-down), innere Stärken und Kraftquellen, symptomunterhaltende Leitsätze und bevorzugte Wahrnehmungs- und Repräsentationssysteme (Ullmann 1997).

Beispiel

Eine etwa 30jährige beruflich tüchtige, massiv wirkende Bauingenieurin, die bisher den privaten und erotischen Kontakt zu Männern vermieden und nun nach einem "Nervenzusammenbruch" einen etwa 50jährigen männlichen Therapeuten aufgesucht hat, soll in der dritten Sitzung eine Blume imaginieren.

Es erscheint eine große *Sonnenblume*, die wie ein Gemälde aussieht. Die Blume hat einen langen, dicken Stiel und auffallend kleine Blütenblätter, die unproportional wirken. Sie hängt irgendwie in der Luft. Dann wandelt sich das Bild zu einem kleinen umhegten Garten, ringsherum ist Gestrüpp. In dem kultivierten Viereck steht eine zierliche Pflanze auf dunkelbraunem, lockeren Boden. Es ist auch eine Sonnenblume, eine Knospe mit dünnem Stengel.

Die Patientin steigt über den niedrigen Zaun und berührt die Pflanze. Sie fühlt sich zart und biegsam an, man muß sehr vorsichtig sein, damit sie nicht durch die Berührung abknickt. Die Patientin spürt die weichen Härchen am Stiel, die Blätter sind rau und kühl. Sie mag diese Blume, möchte sie dort stehen lassen und ist am Ende des Bildes positiv berührt.

Das Bild spiegelt sehr schön die Lebenssituation und Therapieerwartung der Patientin: Die berufliche persona wirkt stabil, ist aber nur ein Bild, das in der Luft schwebt, sie ist nicht geerdet. Die wirkliche, sorgfältig umhegte, innere Blume ist sehr zart und als Knospe noch unberührt, nicht defloriert. Die Patientin hat Angst, bei einer Berührung verletzt zu werden, die Blume könnte dadurch einknicken und dann nicht mehr im Stande sein zu blühen. Das undurchdringliche Gestrüpp außerhalb des kleinen kultivierten Beetes ist wohl eine Metapher für die unbekanntes wilden Triebe. Die Patientin signalisiert dem Therapeuten ihre Angst und ihre Hoffnung, daß die Blume in der Therapie vorsichtig gepflegt wird und sich ihr Lebensraum erweitern kann.

Weitere Beispiele

Ein 26jähriger Student, innerlich noch nicht abgelöst von den Eltern, bildert einen Rosenstrauch, der im Vorgarten des elterlichen Hauses steht.

Eine 35jährige Hausfrau, die wegen multiplen Ängsten in Therapie kommt, sieht eine Art Polster aus kleinen blauen Blümchen, die sie nicht benennen kann. Sie wachsen im Halbschatten, duften nicht, fühlen sich zart und verletzlich an. Daneben wächst eine größere rote Blume, eine Art Gerbera mit großer Blüte und schwachem Stiel. Der Stiel wird durch einen Stock gestützt, damit er nicht umknickt. - Hier sieht sich die Frau selbst in den namenlosen bescheidenen kleinen Blümchen gespiegelt, und ihren ebenfalls selbstunsicheren aber kontraphobisch kompensierenden Ehemann in der größeren, strahlenderen Blume, die aber auch allein nicht stehen kann, sondern ein stützendes Objekt benötigt.

Das Auftauchen mehrerer Blumen im KB ist relativ häufig, meist als Ausdruck widerstreitender Ich-Anteile, aber auch zur Darstellung wichtiger Beziehungen (meist symbiotischer Selbstobjekt-Beziehungen). Besonders bei Anorektikerinnen erscheinen oft zwei Blumen (Kessmann und Klessmann 1988 und 1990), z.B. eine strahlende, faszinierende Orchidee und eine Wiesenblume, die

ganz bescheiden existieren kann, aber auch nichts Besonderes ist. Die emotionale Bewertung dieser Blumen kann von einer Sekunde zur andern kippen, und die Patientinnen können sich nicht für eine Blume entscheiden, sondern pendeln lange hin und her, ehe sie das rechte Maß für sich selbst finden können.

Entspannung und Einleitung einer Imagination

Wenn innerhalb der Therapiestunde der richtige Zeitpunkt gekommen zu sein scheint, nachdem die aktuelle Situation besprochen ist und Raum ist für eine emotionale Vertiefung des Erlebens, fragt man den Patienten, ob er jetzt ein KB machen möchte, und bittet ihn, sich zu entspannen. Beim ersten Mal sollte man ihn fragen, ob er lieber sitzen oder liegen möchte, wie er sich am besten entspannen kann, und nach dem KB besprechen, was gut war und was er lieber anders machen möchte. Später kann man dann auf das Vorgehen, das sich bewährt hat, zurückkommen.

Patienten, die sich nicht gut einem andern anvertrauen können, bevorzugen meist, im Sessel sitzen zu bleiben, wollen eventuell auch nicht die Augen schließen, sondern starren vor sich hin. Andere Patienten, die es genießen, versorgt und verwöhnt zu werden, legen sich lieber hin. Bei körperlich sehr angespannten Patienten und Psychosomatikern ist eine gründliche Entspannung therapeutisch wichtig, so daß man sich dafür genug Zeit nehmen sollte. Je nach Vorliebe und Vorerfahrungen des Patienten kann sie durch Entspannungs-Suggestionen des Therapeuten eingeleitet werden oder durch den Patienten selbst mit Grundübungen des Autogenen Trainings. Sehr angespannte Patienten bevorzugen oft die Jacobson-Technik mit dem abwechselnden Spüren von Anspannung und Entspannung. Bei den Patienten, wo die Entspannung nicht ein eigenes therapeutisches Ziel ist, genügen meist einige leichte Ruhe-Suggestionen des Therapeuten, etwa derart: "Bitte setzen / legen Sie sich möglichst bequem und entspannt hin und versuchen, langsam zur Ruhe kommen und Ihre Aufmerksamkeit nach innen zu wenden, Ihren Körper zu spüren und Ihren Atem, wie er kommt und geht, und vielleicht können Sie nun allmählich wieder vor Ihrem inneren Auge Bilder entstehen lassen, etwa eine Wiese, oder was sonst kommen will, ... es ist alles recht, ... und wenn ein Bild auftaucht, dann beschreiben Sie es bitte." Die Instruktion spricht bewußt die Eigenaktivität des Patienten an, der Patient soll sich seiner Innenwelt zuwenden, der Therapeut unterstützt ihn dabei. - Im übrigen reicht die Konzentration auf ein inneres Bild aus, um quasi über die Fixationsmethode eine Trance zu induzieren (Ullmann 1997).

Umgang mit möglichen Anfangsschwierigkeiten

Sofern der Patient nicht innerhalb der nächsten 10 - 20 sec auf die Instruktion reagiert, wird der Therapeut etwas tun, um den Kontakt aufrechtzuhalten. Es ist nicht empfehlenswert, den Patienten zu lange allein zu lassen, denn man weiß nicht, wie es ihm geht, was in der Zeit der Entspannung an Körpergefühlen, Bildern oder Gedanken aufgetaucht ist. Der Therapeut kann sich mit einem "hm" bemerkbar machen, um zu zeigen, daß er da ist und auf Nachricht wartet, oder er kann nachfragen: "Was ist jetzt?" oder noch expliziter: "Wie geht es Ihnen im Moment?" Damit signalisiert er, daß er Kontakt möchte, es müssen keine Bilder sein, nur irgendetwas zur Befindlichkeit, womit man weitermachen kann. Die meisten Patienten, die nicht gleich spontan etwas sagen, haben noch kein klares Bild, und haben deshalb nichts gesagt. Hier gilt es als erstes, die gegenwärtige Befindlichkeit deutlich zu spüren und daraus vielleicht ein Bild zu entwickeln.

Beispiel 1

P: Es ist alles dunkel, ich kann nichts sehen.

T: O.k. ... Wie geht es Ihnen denn?

P: Och, gut. Ich fühle mich frei und ruhig.

T: Ah ja, gut. Möchten Sie irgendetwas?

P: Nein, nur so daliegen. Das ist gut so.

T: Was spüren Sie im Moment?

P: Die Couch fühlt sich warm und fest an, es geht mir gut da.

T: Was können Sie noch wahrnehmen?

P: Ich weiß nicht, ich habe keine weiteren Gedanken, fühle mich einfach gut und tanke Kraft. ...

T: Hm ... Wie sieht das Dunkel eigentlich genau aus, könnten Sie es etwas genauer beschreiben?

P: Es ist einfach dunkel um mich her, ... ist aber gut. ...

T: Hm, ist das eher ein warmes oder ein kaltes Dunkel, ein hartes oder ein weiches?

P: eher weich und kühl

Das Dunkel läßt sich durch die Versuche des Therapeuten, es zu konkretisieren, nicht auflockern, die Patientin fühlt sich aber anscheinend wohl darin, sie atmet gleichmäßig und hat ein entspanntes Gesicht. Obwohl sie nichts Konkretes sieht, spiegelt diese Sequenz ihren inneren Zustand (nach einer Kränkung durch ihren Mann hatte sie sich depressiv zurückgezogen), weist aber mit dem guten Körpergefühl auch auf eine gute therapeutische Beziehung hin. Offenbar fühlt sie sich bei dem Therapeuten aufgehoben.

Im Nachgespräch fällt der Patientin ein, daß sie sich in ihrer Kindheit oft in eine kleine Nische unter dem Treppenabsatz zurückgezogen hätte, dort hätte sie dann in Ruhe vor sich hin geweint. In diesen "altbewährten" spannungslindernden Zustand hat sie sich in dem für sie unbewältigbaren Konflikt mit ihrem Mann wieder zurückgezogen. Hier muß sie therapeutisch abgeholt werden.

Beispiel 2

P: Ich sehe zwei ganz verschiedene Wiesen und kann mich nicht entscheiden, das Bild springt so hin und her.

T: Können Sie denn vielleicht beide mal beschreiben?

P: Ja, die eine ist so eine saftige Frühsommerwiese mit Blumen, so etwa 25 cm hohes Gras ... die andere ist viel dürrer, so steppenartig, ein paar dürre Sträucher stehen da, sonst nichts ...

T: Hm

P: Es geht unendlich so weiter ...

T: Hm

P: Die erste Wiese ist hinten durch einen Tannenwald begrenzt.

T: Ah ja, die eine ist also schön saftig und mit einem Wald am Rand und die andere so ganz groß und ziemlich trocken.

P: Ja. Und ich kann da gar nichts dran machen, sie springen so hin und her. ...

T: Hm. Welche Wiese mögen Sie denn lieber?

P: Die saftige, ganz klar. Die andere macht mir eher Angst.

T: Hätten Sie denn vielleicht Lust, mal auf die saftige Wiese zu gehen und dort zu beginnen, vielleicht dort ein bißchen entlangzugehen oder sich erst einmal genauer umzuschauen?

P: Ja gut

Dem Patienten war es hier ohne weiteres möglich, mit Erlaubnis des Therapeuten erst einmal mit der angenehmeren Wiese zu beginnen und sich die andere für später aufzuheben. Im Nachgespräch fiel ihm zu den zwei Wiesen ein, wie unterschiedlich er sich im beruflichen und im privaten Bereich fühle. Beruflich hatte sich für den 25jährigen seine erste Stelle nach dem Studium gut angelesen, die Arbeit machte ihm Spaß. Privat aber hatte er wenig Kontakte, keine Freundin und litt an seiner Einsamkeit.

Beispiel 3

P: Es ist alles dunkel.

T: Hm. Können Sie dieses Dunkel ein bißchen genauer beschreiben?

P: Im linken Auge ist so eine Art Farbschatten, Flimmern, Pulsieren, im rechten Auge ist es gleichmäßig dunkel.

T: Hm. Also links ist irgendetwas los. Da pulsiert etwas. Warten Sie einfach einmal ab, wie es sich weiter entwickelt.

P: Jetzt kommt es mir vor, als sei da ein kleines Steinmüerchen, und als ob ich da drauf säße als kleines Mädchen, und da geht so ein Weg zum Haus.

Die Patientin kann ab hier ihr Bild weiterentwickeln. Der Beginn war für sie vermutlich deshalb schwierig, weil sie immer denkt, sie mache sowieso alles falsch. Die Mutter traute ihr nie etwas zu, machte stundenlang mit ihr Schularbeiten, verzweifelte an ihrer Langsamkeit. Die Aufforderung, ein Bild zu schildern, wirkt auf sie zunächst als Leistungsdruck, sie wird unruhig, möchte etwas mitteilen, traut sich aber nicht, erst die Aufforderung, einfach zu warten, mit der Implikation, es werde schon irgendwie gut weitergehen, beruhigt sie so weit, daß sie sich mit einem Bild exponieren kann.

Begleitung der Imaginationen

Die therapeutische Grundhaltung bei der Begleitung der Bilder sollte zurückhaltend, freundlich gewährend und empathisch mitschwingend sein. Der Patient sollte das Gefühl entwickeln können, verstanden zu werden und nicht allein zu sein. Dafür ist es wichtig, daß der Therapeut durch nonverbal-unspezifische und durch verbale Äußerungen sein Interesse an den Bildern erkennen läßt, in seinem Sprechstil die Formulierungen des Patienten aufgreift und seinen Rhythmus dem des Patienten anpaßt. Jeder Patient hat seine eigene Art, und der Therapeut sollte sich ihr anschließen. Er wird vor allem nach Details der Bilder und nach Stimmungsqualitäten fragen, damit das Bild sich weiter ausdifferenziert und intensiviert (gemäß der Grundvariable "Verbalisierung emotionaler Erlebnisqualitäten" von Rogers). Bei Bedarf kann es allerdings sinnvoll sein, stärker strukturierend einzugreifen, z.B. zu warnen (bei unüberlegtem, möglicherweise gefährlichen Verhalten) oder positiv zu unterstützen (bei kreativen Ideen und Lust, etwas Neues auszuprobieren). Er wird ihn auch fragen, was er jetzt gern tun möchte, also seine Wünsche ernstnehmen und weiterentwickeln helfen.

Durch eine solche empathisch-protective Haltung wird eine anaklitische Übertragungssituation gefördert, und der Therapeut bietet ein Modell für die Entwicklung guter Selbstfürsorge. Die Begleitung muß auf die jeweiligen Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sein, und die sind unterschiedlich je nach individuellen Vorlieben und je nach aktueller Situation. Als Orientierung für das Verhalten des Therapeuten dient seine empathische Einstellung auf den Patienten mittels emotionaler Identifikation und kognitiver Reflexion (Leuner 1989, 129f), so daß sich eine oszillierende Bewegung mit genug Nähe zum Mitfühlen und Spüren und genug Abstand zum diagnostisch-therapeutischen Auswerten des Prozesses ergibt. Durch seine Fragen fokussiert der Therapeut die Wahrnehmung (Blickrichtung) und sorgt für Innehalten und genaueres Spüren (Einfluß auf das Tempo), das sind diskrete Steuerungsvorgänge.

Beendigung der Imaginationen

Nach 15 bis 25 Minuten sollten die Bilder im allgemeinen zurückgenommen werden. Der Patient hat Zeit gehabt, seine innere Szene zu entwickeln, sich alles genau anzuschauen und auf sich wirken zu lassen, zu spüren, was ihm im Moment wichtig ist, das umzusetzen, und wieder zu spüren, wie es ihm damit geht. Der Therapeut wird ihn dann fragen, ob er allmählich das Bild beenden könnte oder was er noch möchte, und wird ihn dann bitten, noch einmal alles in sich aufzunehmen und dann das Bild zu beenden und die Entspannung zurückzunehmen.

Je nach Tiefe des inneren Abtauchens braucht der Patient einige Momente oder auch einige Minuten, um wieder ganz in der Realität zu sein. Die Imaginationen klingen allmählich aus, man kann sie noch einmal Revue passieren lassen und sich erkundigen, was ihm besonders wichtig war oder was ihn in irgendeiner Weise besonders berührt hat. Es kommen Nachträge, z.B. während des KB nicht geäußerte Bilder, Gefühle oder Einfälle, die ihm kurz durch den Kopf gingen, oder ein Sich-Wundern über etwas oder eine andere nachträgliche Bewertung. Der Therapeut kann dem Patienten auch selektiv mitteilen, was ihn in bestimmter Weise berührt hat, wo er sich gewundert hat, was er als neu empfand. - Deutungen sind zu diesem Zeitpunkt nicht angemessen, weil sie das nachklingende Erleben stören (Verletzung des entstandenen Übergangsraums) und eine zu schnelle kognitive Einordnung den Prozeß der assoziativen Anreicherung abschneidet. Besonders nach emotional aufwühlendem Erleben im KB sollte der Patient noch eine Weile spazieren gehen und die Bilder abklingen lassen, bevor er sich ins Auto setzt und nach Hause fährt.

Nachbearbeitung der Imaginationen

Das eigentliche Nachgespräch mit Verarbeitung des Erlebten findet sinnvollerweise erst in der folgenden Stunde statt, damit der Patient Zeit hat, die Imaginationen erst einmal als Bilder nachwirken zu lassen und sich noch einmal mit ihnen zu beschäftigen. Er wird gebeten, die Imagination zu Hause zu malen oder aufzuschreiben. Dadurch kommen ihm normalerweise weitere Einfälle und Ideen dazu. Zu Beginn der nächsten Stunde schaut man sich gemeinsam das gemalte Bild an und bespricht das Erlebte. Es können in der Imagination Aspekte der Selbstwahrnehmung oder der Beziehung zu Bezugspersonen deutlicher geworden sein, die man dann mit Erlebnissen aus der Realität vergleichen kann, es können typische Verhaltensmuster des Patienten (Abwehrmechanismen) hervorgetreten sein, so daß sie mit ihren Vor- und Nachteilen gut besprechbar werden, es können neue innere Ziele aufgetaucht sein o.ä. In dieser Phase ist es sinnvoll, wenn der Therapeut vom spontanen Evidenzerleben der Imagination ausgehend vorsichtig versucht, die Eigenheiten des Patienten zu akzentuieren und dynamische Zusammenhänge zwischen Affekten, Wünschen, Ängsten und Abwehrverhalten herzustellen.

5. Auswirkungen des Settings

Etablierung von Erlebnisraum und Verarbeitungsraum

Durch die Einführung des KB in den Rahmen der psychodynamischen Therapie werden zwei Kommunikationsebenen etabliert: Die *Ebene der Imagination* wird von der *Ebene des Gesprächs* abgehoben. Auf der Ebene der Imagination dominiert das Erleben, auf der des Gesprächs die kognitive Verarbeitung. Dies Arrangement hat eine Reihe von Konsequenzen. Zum einen wird der *Wechsel zwischen Erleben und Verarbeiten* als etwas Selbstverständliches etabliert und eingeübt. Jeder Bereich erhält seinen Raum und wird durch den anderen begrenzt. Diese Struktur wird im Laufe der Zeit internalisiert und steht dann als entängstigendes inneres Schema für den Umgang mit progressiven und regressiven Tendenzen zur Verfügung (Kottje-Birnbacher 1992).

Zweitens werden die beiden Ebenen durch ihre explizite Abgrenzung und durch unterschiedliches Verhalten des Therapeuten in ihrer *Unterschiedlichkeit* akzentuiert: Der Raum der Imagination wird durch Entspannung und intensive emotionale Begleitung zu einem *geschützten Erlebnis- und Entwicklungsraum*. Hier soll der Patient einfach schildern, welche Situationen sich vor seinem inneren Auge entwickeln, ohne sekundärprozeßhaft zu abstrahieren. Die Entspannung dient dem Sich-Versenken und Auf-sich-selbst-Konzentrieren, und dann wird der Patient aufgefordert, seine

innere Welt bildhaft darzustellen, seine sonst vielleicht nur diffus gespürten Körpergefühle, Bedürfnisse, Ängste, Erwartungen und Verhaltensschemata aus sich heraus in die Bilder hineinzuprojizieren, sie anzuschauen und dem Therapeuten mitzuteilen (Pahl 1980). Die Bilder reihen sich assoziativ aneinander, der Patient kann sie auf sich wirken lassen, kann sich in ihnen bewegen und mittels metaphorischer Handlungsvollzüge an seinen Konflikten arbeiten.

Dabei kann der Raum der Imaginationen zu einer Art *Übergangsraum* im Sinne Winnicotts werden: Der Patient erschafft seine Bilder, kann omnipotent über sie verfügen, sie kreativ gestalten und sie mit einem anderen Menschen teilen. Durch den Kontakt zwischen Innenwelt und Außenwelt entsteht ein Gefühl von innerer Realität und Lebendigkeit. Die Settingbedingungen im KB fördern die Entstehung eines bergenden und tröstenden Raums, denn der Patient ist in entspanntem Zustand und ist nie allein, sondern hat in der Person des Therapeuten einen unaufdringlichen und verlässlichen Begleiter, der ihm Anregungen gibt und ihm beisteht. Diese Art der Begleitung ist eine neue Erfahrung für den Patienten, die als spannungslindernde Struktur erlebt und internalisiert wird (Ullmann 1988, Lippmann 1990, Schnell 1997) und die Kohärenz der Ichstrukturen des Patienten stärkt.

Die Gesprächsebene erhält komplementäre Akzente: Auf ihr dominiert die *Metakommunikation*. Patient und Therapeut arbeiten hier erwachsen und kognitiv orientiert zusammen, um die Affekte und Beziehungskonstellationen zu verstehen, die sich in den Imaginationen (und in den realen Lebensbezügen) darstellen. - Natürlich wird durch das Erkennen eines neuen Zusammenhangs wiederum ein Gefühl ausgelöst. Wirklich trennen lassen sich Erleben und Reflektieren nicht. Aber die Art der Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut ist auf den beiden Ebenen doch deutlich verschieden.

Besonderheiten der therapeutischen Beziehung, insbesondere der Übertragungs- Gegenübertragungsdynamik in der KiP

Während in der Psychoanalyse primär die Übertragung auf den Therapeuten als Manifestationsebene für die Neurose dient, nutzt die KiP zusätzlich die Ebene der Imaginationen zur Darstellung der neurotischen Konfliktbereitschaften des Patienten. In den Imaginationen stellen sich die inneren Konflikte des Patienten dar, und der Therapeut fungiert bei der Bearbeitung als Begleiter. Leuner (1989) vergleicht die therapeutische Beziehung im KB mit einer Expedition, bei der der Patient als Taucher auf dem Meeresgrund seine Forschungen anstellt, während der Therapeut als Expeditionsleiter auf dem Schiff die Sauerstoffzufuhr überwacht und per Funk Hinweise geben kann. In seiner Aufmerksamkeit oszilliert dabei der Therapeut zwischen innerem Mitgehen (in konkordanter und komplementärer Gegenübertragung im Sinn von Racker) und kognitiver Distanzierung durch selbstkritische Reflexion. - Dies ist das Grundmodell: Die Bilder ermöglichen ein Wiedererleben der ursprünglichen Objektbeziehungen im haltgebenden Rahmen der symbolisierenden Imagination und der schützenden therapeutischen Beziehung. Die mit dem Therapeuten geteilte Bildebene übernimmt sozusagen eine Containerfunktion (Dieter 1999), die die therapeutische Beziehung von affektivem Druck entlastet, so daß - zumindest bei der Therapie von Patienten mit neurotischem Strukturniveau und bei angemessen empathischem Verhalten des Therapeuten - eine stille, positiv getönte Eltern-Übertragung über weite Strecken uninterpretiert als Hintergrund der Entwicklung dienen kann, bei der sich Therapeut und Patient gemeinsam um das Verständnis der inneren Strukturen des Patienten bemühen. (Leuner 1985/1994, Lang 1982). Leuner nannte dies die "zweidimensionale Übertragung" im KB, die sich einerseits in der Peer-Beziehung, andererseits als "Projektionsneurose" auf der Bildebene entfaltet (Leuner 1985, 418). Die positiven Anteile der Übertragung können in der Peer-Beziehung das Arbeitsbündnis festigen, während die konflikthafteren auf der Bildebene einer Bearbeitung zugänglich sind. Durch die

Hausaufgabe, das Bild zu malen, wird ferner eine zweite Bearbeitung angeregt, die manches vertieft und noch besser verstehbar macht. - Gegen dies Modell kann man natürlich mit Recht einwenden, daß es weder vorhersehbar noch vom Therapeuten festlegbar ist, welche Kommunikationskanäle die Übertragung wählt und wie unbewußte Objektbeziehungen zutage treten (Zwettler-Otte 1999). Allerdings kann man nicht leugnen, daß die Besonderheiten der KiP zusätzliche therapeutische Möglichkeiten zum Verständnis der Übertragung schaffen: die Evidenz ist eindrucksvoll, wenn sich die Übertragung übereinstimmend im KB und in der Beziehung zum Therapeuten äußert, und sie kann auch allein auf der KB-Ebene schon eindrucksvoll sein, wenn sie sich in der direkten Interaktion noch nicht so klar zu äußern wagt.

Hierzu ein Beispiel von E. Klessmann (2001): Durch Terminverschiebungen und Urlaubszeiten, besonders aber dadurch, daß die Therapeutin mit Wohnung und Praxis umzog und dadurch sehr absorbiert war, war die Konstanz der therapeutischen Beziehung beeinträchtigt. Die Patientin signalisierte, sie käme zurecht, die Therapeutin brauche sich keine Sorgen zu machen. Es ging ihr aber eigentlich sehr schlecht in dieser Zeit. Dann im ersten KB bildete sie einen *Wolkenkratzer* aus Beton und Glas, sie selbst war auf einer Betonplatte ganz oben. Hier könne sie durch die Glaswände hindurch alles sehen und kontrollieren. Die winzigen Menschen dort unten wußten sowieso nichts von ihrem Zufluchtsort. Sie könne hier auch länger bleiben, ein Aufzug würde die Verbindung zur Erde herstellen. Unten am Aufzug säße ein alter Zwerg und würde sie notfalls mit schriftlichen Botschaften versorgen, denn mündlich könne man sich bei der Entfernung nicht verständigen. - Der alte Zwerg, den die schon ältere Therapeutin als Übertragungsbild auffaßte, war so winzig und unbedeutend, daß er in dem gemalten Bild gar nicht zu sehen war. - Die Patientin hatte bis dahin in der Therapie immer vermittelt, daß sie gut allein zurechtkäme, sie imaginierte auch im KB immer selbst Hilfgestalten, falls sie Hilfe brauchte. Sie hatte sich also immer als "selbständiges Kind" dargestellt, das sie wegen der Depressivität ihrer Mutter auch immer hatte sein müssen. Diese Haltung wurde nach der Überforderung im Rahmen der Therapie und deren Darstellung im Bild erstmals bewußt und bearbeitbar.

Die Imaginationen bieten eine Hilfe bei dem Verständnis der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik, sie entlasten den Therapeuten allerdings nicht davon, diese Dynamik ständig im Blick zu haben, sie bewußt als Orientierung bei seinen Interventionen zu verwenden (alle seine Vorschläge stammen aus seiner Gegenübertragung, z.B. ob und wann er ein KB anregt, welches Motiv er vorgibt, wie er interveniert - Pahl 1982) und sie bei Bedarf explizit zu bearbeiten (Dieter 2000a, Hennig 1999, Rosendahl 1999). Die Beziehung sollte immer dann explizit bearbeitet werden, wenn Anzeichen für spezifische noch nicht analysierte Übertragungen wahrnehmbar sind. Diese können sich in der Symbolik der Bilder (Übertragungsbilder auf den Therapeuten wie in dem Beispiel oben) oder im Umgang miteinander in den Gesprächen äußern oder auch in Diskrepanzen zwischen der Beziehung im KB und im Gespräch.

Rosner (1998) gibt hierfür einige Beispiele:

1. Ein depressiver Patient ist sehr angenehm im Umgang, seine Bilder sind allerdings emotional recht flach, aber er zeigt viel Initiative und Bemühen, die sich einstellenden Situationen im KB gut zu bewältigen. Daher ist er in der Therapie durchaus mit sich zufrieden. Seine Depression findet nur außerhalb der Therapie statt, und zwar in emotionalen Mangelsituationen. Im KB, in Anwesenheit des Therapeuten, zeigt er sich als selbständiges Kind, das allein zurechtkommt. - Erst als der Therapeut diese Situation mit ihm bespricht und dann auch anders interveniert, nämlich versucht, den Patienten im KB stärker an einem Ort zu halten statt ihn sofort weitergehen zu lassen, spürt dieser mehr und beginnt, sich einsam zu fühlen, aber auch gehalten.

2. Ein anderer Patient genießt das Bildern ausgesprochen, er erlebt es nämlich als eine Welt, über die er autonom verfügen kann und wo ihm keiner hineinredet. Im Gespräch mit dem Therapeuten fühlt er sich dagegen leicht unterlegen und in eine Ecke gedrängt. In den Bildern akzeptiert er den Therapeuten als Gast (bei seinem Haus war er der einzige, der einen Schlüssel dazu hatte). - Diese Aufspaltung mußte angesprochen werden, danach wurde die Therapie auf beiden Ebenen für einige Zeit ungemütlicher aber auch fruchtbar.

Das "Mitlesen" der Übertragung und die Reflexion aller therapeutischen Entscheidungen innerhalb des komplexen Beziehungsgeflechts zwischen Therapeut und Patient ist für eine gelingende Therapie von entscheidender Bedeutung (Pahl 1982, Rosner 1998, Dieter 1999, Hennig 1999, Rosendahl 1999). Besonders bei der Behandlung von Patienten mit strukturellen Ich-Störungen ist eine beständige Reflexion der Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung unbedingt notwendig. Das Leunersche Tauchermodell deckt diese Konstellationen nicht ab, weil eben keine problemlose Kooperation gegeben ist sondern projektive und introjektive Vorgänge die Beziehung ständig erheblich beeinflussen. Allerdings ist auch hier das KB eine Hilfe, denn auf der imaginativen Ebene sind diese Vorgänge oft sofort sichtbar, z.B. wenn eine Enttäuschungswut über ein Nichtverstandenwerden sich plötzlich auf der Bildebene darstellt, indem ein bisher harmloser friedlicher Bach sich plötzlich in eine reißende zerstörerische Sturzflut verwandelt (Dieter 1999). Insofern wird auch hier die Wahrnehmung der aktuellen Gefühle durch die zusätzliche Informationsquelle der Bilder mit ihrer emotionalen Prägnanz erleichtert. Gerade schwer gestörte Patienten können von der KiP profitieren, die ihnen auf der Bildebene einen Raum zur Verfügung stellt, in dem die Fähigkeit des Therapeuten, Angst zu ertragen, vom Patienten genutzt werden kann, und in dem eine direkte übende Arbeit am symbolischen Substrat möglich ist (Dieter 1996). Der Patient kann im KB die Erfahrung machen, daß der Therapeut seinen Wünschen nach Individuation wohlwollend gegenübersteht, und kann im Probehandeln seinen Autonomiekonflikt inszenieren und lösen, was den Umgang mit Ängsten in der Realität enorm erleichtert. Oder er kann die Erfahrung machen, daß er mit seiner Aggression weder das Objekt noch das Subjekt der Imagination endgültig vernichtet. Auftanken von guten und Loswerden von schlimmen Affekten ist beides im KB möglich. Der Therapeut muß sich allerdings affektiv auf den Patienten gut einstimmen, ihm antworten, sich auf ihn einlassen, versuchen, in seinen Symbolen einen Sinn zu verstehen. "Die symbolische Repräsentation entlastet die Übertragungsbeziehung erheblich und macht für viele Borderline-Patienten ein affektgetragenes Erleben in einer nahen Beziehung überhaupt erst erträglich." (Dieter 1996, 17)

Auch für den Umgang mit der Gegenübertragung ergeben sich in der KiP zusätzliche Möglichkeiten, nämlich "Supervisions-KBs" (Bölcs 1989, Dieter 1995). Dabei dient eine Problemsituation mit einem Patienten als Ausgangspunkt für ein KB des Therapeuten, in dem sich seine Gefühle dem Patienten gegenüber präzisieren und auf eine Szene aus seiner Lebensgeschichte zurückgeführt werden können. Nach Bearbeitung dieser alten Szene folgt eine Rückführung in die Behandlungssituation mit dem Versuch, eine neue Lösung für das Eingangsproblem zu finden.

6. Vorgabe von Motiven

6.1. Standardmotive

Als Ausgangspunkt für die Imaginationen werden den Patienten Motive vorgegeben, zu Beginn der Therapie meist als erstes die von Leuner entwickelten sogenannten *Grundmotive des KB* Wiese, Bach, Berg, Haus und Waldrand. Durch die Vorgabe dieser Motive erhält der Therapeut - wegen

der Breite der Themen, die sich in ihnen entfalten können - einen vielschichtigen Eindruck von der Persönlichkeit des Patienten. Besonders Wiese und Bach implizieren in unserem kulturellen assoziativen Kontext normalerweise angenehm-wohlthuende Erlebnisse, was als Anfangserfahrung mit dem neuen Medium erwünscht ist, es können sich aber auch Konflikte in symbolisch verschlüsselter und damit meist gut erträglicher Form darstellen.

Das symbolische Mitlesen der Bilder ist bei diesen Motiven relativ einfach, weil jeder Therapeut im Lauf seiner Ausbildung und seiner Arbeit mit Patienten viele verschiedene Wiesen, Bäche, Berge und Häuser gesehen hat und auf Grund dieser Erfahrung die individuelle Ausgestaltung des neuen Patienten gut diagnostisch einordnen kann. So kann er seine Aufmerksamkeit in den ersten KB-Sequenzen primär auf den sich entwickelnden Dialog mit dem Patienten richten und an Hand der averbalen Signale und der Veränderungen der Bildinhalte herausfinden, auf welche Art der Patient im KB begleitet werden will, ob Fragen auf ihn ermunternd oder fordernd-bedrängend wirken; ob er Zeit braucht, um sich zu orientieren, und solange in Ruhe gelassen werden will, oder ob er sich schnell alleingelassen fühlt; ob er die Szene weitgehend selbständig entwickelt und aktiv an die Welt herangeht, oder ob er eher passiv verharrt oder abwartet. Bei jedem neuen Patienten muß der Therapeut eine für ihn passende, hilfreiche Art des Dialogs finden - so wie eine Mutter ihr Baby in seinen Eigenarten kennenlernen muß und sich aus der Wechselwirkung beider ein *attunement*, eine Abstimmung des Umgangs miteinander, entwickelt.

Die Standardmotive sollen nun im einzelnen dargestellt werden, um einen konkreten Eindruck von der Spannbreite der möglichen Symbolisierungen zu geben.

Wiese

Auf der *Wiese* kann sich die gegenwärtige Gestimmtheit in Form von Üppigkeit oder Kargheit, Weite oder Begrenztheit, Art des Wetters und der Jahreszeit darstellen. Der Patient zeigt dabei seine momentane Stimmung und seine übliche Art des Herangehens an die Welt (manche Menschen möchten es sich gemütlich machen, manche möchten sich nützlich machen, manche etwas erleben, manche wissen nicht, was sie wollen, können sich nicht so recht entscheiden). Auf der Wiese können auch Symbolgestalten, Selbst- oder Objektpräsentanzen, in Form von Bäumen, Tieren oder Menschen auftauchen, mit denen der Patient in Kontakt treten kann. Es kann auch zu spontanen Altersregressionen kommen, in denen sich der Patient wie früher als Kind fühlt und sich plastische Erinnerungsszenen oder lang vergessene Gefühle wiederbeleben.

Die Instruktion wird möglichst allgemein gehalten, um dem Patienten volle Freiheit zu lassen, etwa so: "Versuchen Sie doch bitte einmal, sich eine Wiese vorzustellen. Auch jeder andere Inhalt ist recht." (Leuner 1989, 50)

Beispiele

1. Eine 40jährige Colitis-Patientin findet sich auf einer schönen Sommerwiese mit blauen und gelben Blumen. Sie legt sich hin und genießt die Situation, wird aber bald unruhig und meint, sie müsse nun nach Hause, die Hausarbeit warte.

Diese Patientin hat die Formel "erst die Arbeit und dann das Vergnügen" so weit verinnerlicht, daß für das Vergnügen nie Zeit übrig bleibt. Zu Hause und im Beruf erledigt sie in stummem Groll einen großen Teil der anfallenden Arbeit, findet, die anderen könnten eigentlich ruhig auch ein bißchen tun, statt alles ihr zu überlassen, wehrt sich aber nie und bittet nie um Unterstützung. Durch dies KB wird ihr sehr deutlich, was sie selbst zu diesem Muster beiträgt, denn hier wartete eigentlich keine Arbeit auf sie und niemand außer ihr selbst hat sie von der schönen Wiese weggeholt.

2. Eine 35jährige recht gesunde Frau, die seit 14 Jahren verheiratet ist und zwei Kinder hat, kommt in Therapie, weil sie sich heftig in einen andern Mann verliebt hat. Beim Thema Wiese erscheint eine schöne sommerliche Landschaft. Sie möchte einen Spaziergang machen. Bald gabelt sich der Weg, sie kann abbiegen in einen lichten, schönen Wald oder auf der sommerlichen Wiese bleiben. Sie geht in den Wald hinein und kommt zu einer alten Hütte mit einer Sonnenbank davor. Man kann die Tür aufklinken. Drinnen steht ein Tisch mit zwei Stühlen. Zuerst wirkte die Hütte alt und etwas vergammelt, nachdem sie aber die Fensterläden geöffnet hat, wirkt sie, als sei sie eben erst verlassen worden. Die Teekanne steht noch auf dem Tisch. Im Hintergrund sieht sie einen Herd und ein breites Bett. Die Patientin geht schnell wieder hinaus.

Im Nachgespräch meint sie, die Hütte sei ihr wie ein heimliches Liebesnest vorgekommen. Dieser Bereich hat lange brachgelegen (vergammelt), indem sie aber von dem geraden sonnigen, etwas eintönigen Weg über die Wiesen abgewichen ist, hat sie ihn wiedergefunden.

3. Bei einer Frau von mäßigem Strukturniveau erscheint eine Erinnerungswiese aus der frühen Kindheit. Dort gibt es schöne Plätze zum Verkriechen in einem Gebüsch. Aber drinnen im danebenliegenden Haus sei nur Horror, ganz viele Verwandte leben dort in der Nachkriegszeit eng zusammengepfercht, es herrscht Armut, Gekeife und Gezänk, wer wem was weggenommen hat. Es gibt nichts Schönes da. Sie sieht die Küche, die sich alle teilen mußten, und das Zimmer ihrer Familie mit drei Betten für die Eltern und den älteren Bruder. Für sich selbst kann sie kein Bett entdecken. Sie fühlt sich recht klein, etwa 5 Jahre alt. Es erscheinen Gestalten in der Küche, die wirken wie Zombies, bleich, grau und lautlos. Die Patientin ist starr vor Angst und will dort weg. Die Therapeutin bittet sie, wieder hinaus auf die Wiese zu gehen und sich dort einen geschützten Ort zu suchen. Die Patientin verkriecht sich in der hintersten Ecke im Gebüsch, dichtet ihre Nische mit Zweigen ab, rollt sich in eine Decke und kann dort erst einmal bleiben.

Die Patientin fühlt sich bei der Therapeutin relativ geborgen: es gelingt ihr, bei der Motivvorgabe eine ihrer wenigen guten Erinnerungen zu aktivieren, und auf die Anregung der Therapeutin, sich einen geschützten Ort zu suchen, einzugehen. Aber die negativen Introjekte üben einen regelrechten Sog aus, die Patientin kann nicht auf der Wiese bleiben, sondern gerät wider Willen in das bedrohliche Haus. Sie braucht Hilfestellung, um vorübergehend zur Ruhe kommen und auftanken zu können. Die Therapeutin übernimmt die Rolle einer sich kümmernden Mutter, die die Patientin früher nicht hatte.

Es ist sinnvoll, die ersten KBs ressourcenfördernd zu begleiten, d.h. gute Stimmungen unhinterfragt zu teilen und schwierige Situationen lösen zu helfen, da dadurch die therapeutische Beziehung gestärkt wird und wohlthuende Erlebnisse im Imaginationsraum auch eine beruhigende, heilende Wirkung haben, die sich z.B. bei psychosomatisch erkrankten Patienten sofort in einer Besserung der Symptomatik auswirkt (Wilke 1990 und 1996).

Bach

Das zweite Motiv, der *Bach*, ist ein Symbol für den Fluß des Lebens, für die Entfaltung der seelischen Entwicklung. Menge, Strömungsgeschwindigkeit und Qualität des Wassers sagen etwas aus über die Einschätzung der eigenen Vitalität und Affektivität, auch der Verlauf des Baches und seine Umgebung sind interessant (abwechslungsreiche natürliche Ufer, Kanalisierung, Wasserfälle und Stromschnellen, Versickern, Versumpfen). Das Trinken aus der Quelle als einem mütterlichen Symbol des Ursprungs und Genährtwerdens kann gut tun, auch das Sich-Erfrischen und Waschen am Wasser. Der Weg Richtung Quelle kann ein Weg in die Vergangenheit sein, der Weg Richtung Mündung eine Phantasie über die zukünftige Entwicklung.

Zur Instruktion: Man kann die dem Patienten schon bekannte Wiese noch einmal einstellen und ihn von da aus einen Bach suchen lassen ("Schauen Sie doch bitte einmal, ob da irgendwo in der Nähe

auch ein Bach ist") oder man kann ihn gleich bitten, sich einen Bach vorzustellen oder was sonst auftauchen will. - Es ist immer jedes auftauchende Bild recht. - Dann bittet man ihn, die Einzelheiten zu beschreiben, die Stimmung auf sich wirken zu lassen, und vielleicht möchte er dann auch irgendetwas tun, z.B. im Wasser waten und sich erfrischen, sich neben den Bach setzen und hineinschauen, auf eine Brücke treten, am Wasser entlanggehen oder ähnliches. Man kann ihn dann auch bitten, am Wasser entlangzugehen, um entweder die Quelle zu suchen, oder dem Lauf des Baches zu folgen.

Beispiele

1. Ein 47jähriger Patient sieht sich zunächst an einem reißenden Gebirgsbach, das Rauschen nimmt ihn gefangen, der Weg zwischen glitschigen Felsen ist gefährlich. Er möchte lieber bachabwärts gehen, dort wird es ruhiger. Nach einer Zeit weitet sich der Bach zu einem kleinen Fluß, Schilf und alte Bäume wachsen am Ufer, ein Boot mit einem Paddlerpaar gleitet mühelos dahin, die beiden winken. Er setzt sich unter eine Trauerweide, sieht ein älteres Ehepaar kommen mit einem Dackel, der immer wieder zu den Kühen rennt und bellt. Spielende Kinder lassen Schiffchen schwimmen, flußabwärts liegt eine kleine Stadt, eine Barockbrücke mit Broncenymphen führt über den Bach zum Marktplatz. Der Platz ist ganz rund, es gibt dort ein Rathaus, eine Kirche und in der Mitte zwischen vier alten Bäumen einen schönen Brunnen.

Der Patient schien von dem letzten Bild ganz ergriffen zu sein, meint aber im Nachgespräch, da hätte er sich ja eine Spitzweg-Idylle zusammengebildet. Er kam in Therapie wegen einer ihm wichtigen, aber schwierigen Beziehung zu einer Frau, der ersten in seinem Leben, die eine gute Zukunftsperspektive enthalten könnte. Er war in engem, katholischen Milieu aufgewachsen, wollte eigentlich gemäß dem Wunsch der Mutter Priester werden, hatte sich also mühevoll mit seinen unerlaubten Trieben herumgeschlagen (glitschiger Weg am Wasserfall entlang), hatte dann aber doch die Ausbildung abgebrochen, weil er sich in eine 20 Jahre ältere Frau verliebt hatte. Diese ganzen Irrungen und Wirrungen seiner Jugend möchte er im KB nicht noch einmal erleben, sondern lieber in die Zukunft wandern bachabwärts. Hier zeigt sich mehrfach seine Faszination durch das Paar-Sein, im Paddler-Paar und in dem geruhsamen älteren Paar, und auch seine Faszination durch das Weibliche: Der Dackel rennt immer wieder aufgeregt zu den Kühen, die Nymphen der Brücke schaut er gern an, und der Brunnen, der mitten auf dem Marktplatz steht - wie in einem Mandala umgeben von Bäumen und Häusern - berührt ihn tief. Im KB kann er sich auf solche Gefühle einlassen, die er dann im Gespräch sofort wieder zurücknimmt.

2. Eine 32jährige depressive Patientin, die noch kein eigenes Lebenskonzept entworfen hat, sondern innerlich noch sehr mit ihren Eltern verbunden ist, obwohl sie seit Jahren entfernt von ihnen lebt, sieht sich beim Thema Bach auf einem Weg, der an einem matschigen Acker entlangführt. Von links stößt ein Graben auf den Weg mit etwas Wasser drin. Rechts ist er allerdings nicht weiter zu sehen, das Wasser fließt offenbar unterirdisch durch ein Rohr weiter. An der Überquerungsstelle liegen alte Flaschen und anderer Müll in dem Graben.

Dieser Lebensbach ist früh in enge Bahnen kanalisiert worden, die Patientin mußte von klein auf den Eltern helfen, für eigene Wünsche war kein Raum. Sie mißachtet sich selbst (Müll) und kann noch gar keine Richtung für ihr zukünftiges Leben entdecken.

Berg

Den *Berg* kann man zunächst aus der Ferne betrachten, seine Höhe und Form sagt etwas aus über das Anspruchsniveau des Patienten. Narzißtisch strukturierte Menschen pflegen eindrucksvolle Hochgebirgsberge zu imaginieren, die manchmal völlig unbesteigbar wirken (z.B. in der Form eines glatten steilen Zuckerhuts), umgekehrt äußern sich depressive Kleinheitsgefühle in uninteressanten kleinen Hügelbergen. Bei dem Aufstieg auf den Berg zeigt sich der Umgang mit

einer Leistungsaufgabe: Akzeptiert der Patient die Aufgabe oder versucht er auszuweichen, indem er sich z.B. gleich auf dem Gipfel sieht, ohne den Weg bewältigt zu haben, oder indem er es nicht als lohnend erachtet hochzusteigen? Glaubt er, daß er seinen Weg leicht bewältigen kann oder daß er ihn Mühe kostet? Gibt er bei Hindernissen leicht auf und kann sich nicht vorstellen, erfolgreich eine schwierige Aufgabe zu bewältigen, oder ist er ehrgeizig, liebt die Herausforderung, tendiert vielleicht auch dazu, seine Kräfte zu überfordern oder erachtet nur die schwierigsten Weg als lohnend? Schließlich ist noch der Gipfel interessant: Wie geht es dem Patienten, wenn er sein Ziel erreicht hat, ist er dann befriedigt, oder fühlt er sich einsam und fern von andern, oder völlig erschöpft von der Anstrengung? Wie ist der Rundblick, was für andere Berge gibt es noch (Konkurrenzthematik)?

Zur Instruktion: Es gibt zwei Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit dem Berg (Leuner 1989, 67), man kann den Berg aus der Ferne betrachten und in seiner Art auf sich wirken lassen ("Bitte versuchen Sie, sich doch einmal einen Berg vorzustellen, den Sie aus der Ferne betrachten"), oder man kann ihn von der Wiese ausgehend besteigen ("Bitte blicken Sie sich einmal um. Vielleicht können Sie irgendwo einen Weg finden" ... dem Weg kann er dann folgen ... er wird durch einen Wald und dann auf einen Berg führen, von wo er dann einen Rundblick über die Landschaft haben kann). Der Berg sollte als erstes genau beschrieben werden in seiner Form, Höhe, mit Baumbestand, Gestalt- und Stimmungsqualitäten. In der Art der Beschreibung ergeben sich oft deutliche metaphorische Übereinstimmungen mit der Schilderung wichtiger Bezugspersonen. Sofern der Berg bestiegen werden soll, ist im Sinne der Förderung guter Selbstfürsorge auf gute Ausrüstung zu achten (nach soliden Schuhen und etwas zu Trinken fragen), dann sollte der Weg bis auf den Gipfel genau beschrieben werden.

Beispiele

1. Eine 36jährige Patientin, die ihre Eltern inzwischen (nach 8 Stunden Therapie) als verunsichert und durch ihr mühseliges und wenig erfolgreiches Leben gebrochen wahrnimmt, sieht einen künstlich wirkenden Berg, wie von einer großen elektrischen Eisenbahnanlage. An der linken Seite ist eine Stelle herausgebrochen, da kann man sehen, daß er hohl ist. Sie will aus dem Raum mit dieser Modell-Eisenbahn herausgehen. Draußen ist schönes Wetter, sie setzt sich an das Ufer eines kleinen Sees.

Die Werte der Eltern kann sie nicht mehr als für sich naturgegeben und maßgeblich akzeptieren. In der bizarren Künstlichkeit der Situation zeigt sich indirekt eine sonst noch nicht spürbare Wut auf die Eltern. Der dominante Impuls ist aber im Moment das Weggehen und Auftanken, später kann sie sich dann erneut mit den Eltern auseinandersetzen.

2. Eine 28jährige Patientin, die sich wegen einer engen ödipalen Vaterbeziehung bisher nicht auf eine intime Beziehung zu einem gleichaltrigen Mann einlassen konnte, sieht in der 33. Sitzung, nachdem sie diese Beziehung ein Stück bearbeitet hat, im KB den früheren "Hausberg", den sie in der Kindheit sonntags immer hochwanderten. Sie wandert im KB wieder den Berg hinauf, findet oben aber nicht die dort real stehende Burg mit ihrem mächtigen Turm, sondern eine teilweise mit Efeu überwachsene Ruine. Sie begreift sofort, was das symbolisch bedeutet, ist betroffen und traurig, findet es aber auch gut, daß das mächtige Gebäude ihr nicht den Rundblick verstellt. Sie setzt sich auf der Sonnenseite an eine geschützte Stelle, sieht unten einen Wanderer aufsteigen und hofft, daß das ihr neuer Freund ist.

3. Ein 35jähriger Mann, der immer noch sehr verschüchtert wirkt, nachdem seine Mutter ihn wohl laufend kritisierte und der Vater unerreichbar fern erschien, sieht einerseits eine karge Bergwiese, andererseits eine schneebedeckte Bergspitze über den Wolken ohne jeden Bodenkontakt. Er geht über die Wiese, die Therapeutin fordert ihn auf, alles in Ruhe zu betrachten

und sich einen guten Weg zu suchen, daraufhin findet er bald eine kleine Mulde mit einem Stein, der sich von der Form her gut zum Drauf-Sitzen eignet, und macht dort Rast. Die Therapeutin fragt, ob er etwas zum Picknicken bei sich hat. Er hat einen Apfel.

In der kargen Wiese und der fernen Bergspitze sieht der Patient Verkörperungen seiner Eltern. Im Nachgespräch sagt er dann noch spontan, daß er die ruhige gewährende Haltung der Therapeutin und ihr Zutrauen in ihn, daß er seinen Weg schon finden werde, als sehr wohltuend empfand. Die Mulde mit dem Sitz-Stein und dem Apfel ist also wohl ein Übertragungsbild.

Haus

Im *Haus* können sich unterschiedliche Persönlichkeitsanteile und Lebensbereiche darstellen, es wird sowohl durch die aktuelle Selbstrepräsentanz beeinflusst als auch durch alte Erfahrungen von Behaustheit oder Unbehaustheit (Klessmann und Eibach 1993). Es gibt wohnliche, gemütliche Häuser, genauso gestylte oder brüchige. Ein Haus kann von außen zunächst ganz anders wirken als von innen, oder die Vorderfront kann gepflegt sein, während die Rückseite verschmutzt und vernachlässigt wirkt. Ein Haus kann wie eine Person leicht zugänglich oder verschlossen sein, hell oder düster, es kann allein stehen oder gesellig in einer Straße neben andern Häusern. Manche Menschen betreten ihr KB-Haus ganz selbstverständlich, während andere zögern, ob sie es betreten dürfen, ob sie willkommen sind. In der Küche zeigt sich der Bereich der Oralität; die Einrichtung der Schlafzimmerräume gibt Aufschluß über sexuelle Wünsche und Phantasien; auf dem Speicher kann man alte Gegenstände finden (Möbel, Kleider, Spielsachen, alte Briefe und Fotoalben), zu denen Erinnerungen aufsteigen; im Keller können Vorräte lagern, es können sich auch unheimliche Gewölbe auftun, in denen halbverhungerte, vom Leben ausgeschlossene, abgewehrte Gestalten hausen. Bei jugendlichen Patienten erscheint oft noch das Elternhaus, was ein Zeichen für noch nicht geleistete innere Ablösung von den Eltern sein kann. Es kann auch ein anderes Haus aus der Kindheit auftauchen, das mit Erinnerungen an Geborgenheit und Gemütlichkeit besetzt ist und sich eignet, entsprechende Sehnsüchte und Übertragungsgefühle auszudrücken.

Zur Instruktion: Man kann den Patienten direkt bitten, sich ein Haus vorzustellen, oder man kann eine Gelegenheit nutzen, wenn er im KB unterwegs ist und an einem Haus vorbeikommt, daß man dies dann genau beschreiben läßt, zunächst von außen und dann von innen. Dazu fragt man den Patienten, ob er Lust habe, das Haus auch von innen zu besichtigen. Selten ist die Tür verschlossen. Dem Patienten ist überlassen, welche Räume er betritt und sich genauer anschaut, man registriert aber, welche er meidet oder welche in dem Haus fehlen, und man regt ihn durch Fragen zu genauem Hinschauen, eventuell auch zum Öffnen der Schränke an, in denen sich oft interessante Gegenstände finden lassen. Auch auf dem Dachboden und im Keller sind oft in Truhen und Kisten alte Kleider, Spielzeug, Photoalben, Bilderbücher und andere Dinge zu finden, die wichtige Erinnerungen wieder zugänglich machen. - Oft braucht man zur Besichtigung eines Hauses mehr als eine KB-Sitzung.

Beispiele

1. Eine 42jährige Patientin kommt nach der vierten zerbrochenen Partnerbeziehung und der vierten abgeschlossenen Berufsausbildung in Therapie, weil sie ihr dauerndes Bedürfnis nach Bewegung und Herausforderung in Frage stellt. Ob es mit ihrer Kindheit zusammenhängen könnte, ihre Mutter sei manisch depressiv gewesen und habe mehrfach Suicidversuche gemacht, der Vater habe sich aber enorm um die Familie gekümmert und die Mutter kompensiert.

Beim Thema "Haus" sieht sie ein merkwürdig unharmonisches Haus, es wirkt wie halbiert, statt eines Giebels hat es nur eine nach rechts geneigte Dachschräge. Sie geht zögernd hinein, in dem Vorbau vorn ist ein kleiner Raum, wo man sich mal hinsetzen kann, dahinter ein großer düsterer Raum, fast ohne Möbel. Sie mag das Haus nicht, will weg, geht nach rechts in einen Wald hinein, wo sie ein gemütliches kleines Haus findet, in dem sie bleiben möchte.

Ihr selbst fällt zu dem Haus nichts ein, es war ihr nur unangenehm. Aber als die Therapeutin fragt, ob das Halbiertsein etwas mit der fehlenden Mutter zu tun haben könnte, die doch wegen ihrer Krankheit den Kindern kein schützendes Dach bieten konnte, ist sie wie erschlagen. Sie weint in den folgenden Wochen sehr viel und erzählt, wie furchtbar es immer war, die Mutter in der Klinik so einsam zurücklassen zu müssen, und wieviel Düsternis von dem asketisch-pflichtbewußten, bisher idealisierten Vater ausging.

2. Eine Frau, die als achtjähriges Kind mit den Eltern in ein anderes Land auswandern mußte, sieht beim Thema "Haus" ein verlassenes Haus mit geschlossenen Schlagläden. Die Tür ist nur zugeklinkt, sie kann leicht hineingehen. Drinnen ist es verstaubt, dunkel und muffig, aber von gediegener Eleganz. Im Wohnzimmer hängen große Portraits an der Wand. Sie öffnet alle Fenster und findet das Haus sehr schön, überlegt, ob sie es vielleicht mieten könnte. Im Arbeitszimmer sieht sie einen Schreibtisch, Bücher und eine alte Truhe. Darin sind alte Zettel und ein Schädel wie in dem Arbeitszimmer ihres Opas in ihrem ersten Heimatland. Sie geht die Treppe hoch, da steht plötzlich die Oma vor ihr, weiß wie ein Gespenst, aber nicht bedrohlich. Die Therapeutin regt die Patientin an, mit ihr zu sprechen. Daraufhin wird die Patientin ganz traurig, fragt, wieso das wohl alles so hat kommen müssen. Sie weint sehr, die Oma sieht auch ganz traurig aus. Sie gehen zusammen hinunter in das Wohnzimmer und reden miteinander.

Im Nachgespräch erzählt sie, daß sie als Kind eine gute Beziehung zu ihrer Oma hatte. Nach der Auswanderung brach der Kontakt ab, von den Eltern hörte sie nur Schlechtes über die Oma. Sie konnte das mit ihren eigenen Erinnerungen nicht recht vereinbaren, äußerte sich aber nicht dazu, sondern schob ihre Gefühle beiseite, weil sowieso keiner Zeit hatte, sich darum zu kümmern. In dem KB werden die alten Gefühle wieder wach, die Trauer, Verlorenheit und Verunsicherung des kleinen Mädchens werden wieder zugänglich, und die erwachsene Frau kann dem nachspüren und anfangen zu sortieren.

3. Eine 34jährige Patientin konnte zunächst überhaupt kein Haus finden, als ihr in der 7. Sitzung dies Motiv vorgegeben wurde. Es erschien einfach kein Haus, sondern sie fand sich auf einem Weg zwischen Feldern und Weiden, und wenn sie ihn entlang ging, ging es immer so weiter, auch in der Ferne konnte sie kein Haus entdecken.

In der 10. Sitzung begegnet ihr unterwegs eine stillgelegte Baustelle: An einem soliden Fundament mit einer massiven Beschädigung auf der linken Seite ist nicht mehr weitergebaut worden. Sie fragt sich im Nachgespräch, was wohl ihr Fundament so beschädigt hat. In Gesprächen mit ihren älteren Geschwistern über ihre Kindheit erfährt sie, daß sie im Alter von fünf Jahren während einer Risiko-Schwangerschaft der Mutter für ein halbes Jahr zu Verwandten gegeben worden und ganz still und verändert zurückgekommen sei. Bei weiteren Recherchen über diese Verwandten, zu denen seither kaum noch Kontakt bestanden hatte, kann sie einen sexuellen Mißbrauch nicht nur an ihr sondern auch noch an zwei anderen Kindern rekonstruieren. Das frühere Erleben konstatiert sich wiederholt in KB-Sequenzen und läßt sich hier dosiert verarbeiten.

In der 38. Sitzung taucht im KB zum ersten Mal wieder spontan ein Haus auf, diesmal ein Gasthaus. Die Therapeutin bittet sie, hineinzugehen und sich umzuschauen. Es hat eine große, etwas ungemütliche Gaststube mit viel Kommen und Gehen, einige Gastzimmer und einen sehr kleinen wenig persönlich wirkenden Privatrakt im Hinterhaus für die Wirtin und ihren Mann. - Die Patientin findet, daß das Haus gut zu ihr passe, sie versorge schließlich auch viele Menschen, effektiv und schnell, ohne Mätzchen, und habe wenig Privatleben.

In der 53. Sitzung wird ihr das Thema Haus noch einmal vorgeschlagen. Inzwischen hat sie sich erstmals in ihrem Leben richtig verliebt. Sie sieht ein reedgedecktes kleines weißes Haus, das in den Dünen liegt mit einem kleinen umhegten Garten drumherum. Innen findet sie eine Küche, ein Wohnzimmer mit einem großen Kuschelfell auf dem Boden, oben im Giebel ein schönes Schlaf-

zimmer mit einem breiten Bett und einem Bad daneben. - Dies Haus ist sicher zu diesem Zeitpunkt noch ein Wunschhaus, aber es kann sich innerlich schon einmal konkretisieren, was vorher nicht möglich war.

Waldrand

Das Motiv des *Waldrandes* schließlich eignet sich als Bühne für das Auftauchen von Symbolgestalten. Der Wald ist ein Symbol des Unbewußten, ein dunkler Bereich, in dem wilde Tiere frei leben, im Märchen auch Räuber, Riesen, Zwerge, Feen und Hexen ihr Wesen treiben. In der Motivvorgabe wird angeregt, daß der Patient sich eine Wiese vorstellen möge, die auf einer Seite durch einen Wald begrenzt ist. Wenn er dort ist, soll er in 10 - 20 m Entfernung stehen bleiben und in das Dunkel des Waldes blicken. Man sagt ihm voraus, daß vermutlich irgendetwas aus dem Wald her austreten werde, eine Gestalt, ein Mensch oder ein Tier. Er soll geduldig warten, vielleicht nimmt er zunächst auch nur etwas Vages, Schemenartiges wahr. Falls er Angst hat, soll er sich einen Busch oder etwas derartiges suchen, um sich dahinter zu verstecken. (Leuner 1989, 91) - Es ist wichtig, daß die Gestalten aus dem Dunkel des Waldes auf die Wiese hinaustreten, so daß der Träumer sie an einem ihm schon vertrauten hellen Ort genau anschauen und mit ihnen in Kontakt treten kann, ohne ihre Welt, den Wald, betreten zu müssen. Der Therapeut unterstützt ihn durch Anteil nehmendes Dabeisein und Nachfragen, bei Bedarf auch durch Anregungen. Es können sehr unterschiedliche Gestalten aus dem Wald her austreten, je nach Persönlichkeitsstruktur und zu bearbeitendem Problem können ängstliche und zarte oder bedrohlich-aggressive Aspekte dominieren. - Auf die im Umgang mit Symbolgestalten eingesetzten Interventionstechniken (bei Leuner: "Regieprinzipien") soll später genauer eingegangen werden.

Beispiele

1. Ein schizoider junger Mann sieht zunächst ein scheues Reh aus dem Wald kommen, das aber wegläuft, als es ihn sieht. Eine Kontaktaufnahme ist nicht möglich. Dann tritt seine Freundin aus dem Wald heraus, beide freuen sich, sich zu treffen. Sie legen sich nebeneinander in die warme Wiese und genießen die Situation. Bald fürchtet er aber, die Freundin könnte ungeduldig werden und weitergehen wollen. Die Therapeutin fordert ihn auf, Kontakt zu halten, etwa ihre Hand zu nehmen, um zu spüren, wie es ihr geht. Das gelingt, er beruhigt sich wieder, es entwickelt sich ein zartes Spiel der Hände.

2. Eine Patientin, die gerade an der Beziehung zu ihrer Mutter arbeitet, von der sie sich zu wenig geliebt fühlte (die Mutter habe die ihr ähnlichere Schwester immer massiv vorgezogen), sieht ein riesiges Wildschwein aus dem Wald stürzen. Es könnte sie niedertrampeln. Die Therapeutin bittet sie, hinter einem großen Baum Schutz zu suchen, aber das Tier nicht aus den Augen zu lassen sondern genau zu beschreiben. Es tobt auf der Wiese herum, hinterläßt tiefe Spuren, guckt wütend-erregt, beruhigt sich dann aber allmählich etwas. Die Therapeutin fragt, ob die Patientin ihm etwas zu fressen hinwerfen könnte. Sie will erst nicht, tut es dann aber, gibt ihm Fleischbrocken, besonders Stücke von Leber und Herz. Das Tier frißt alles auf, guckt immer noch hungrig, bekommt mehr. Schließlich tritt es in den Wald zurück. Die Patientin fühlt sich nach dieser Szene erschöpft, aber ruhig. Im Nachgespräch sagt sie, sie fühle sich auch manchmal so, wie dies Wildschwein, das sei ganz erschreckend, sie könne dann über Leichen gehen. Sie erkennt also einen Selbstaspekt, ihre eigenen abgewehrten heftigen Neid-, Wut- und Haßgefühle.

6.2. Implikationen der Motivvorgabe

Die Vorgabe eines Motivs ist eine Intervention des Therapeuten, mit der er dem Patienten den Einstieg in Imaginationen erleichtert. Die Motive wirken als Kristallisationskerne, mit ihnen ist

etwas Konkretes vorgegeben, mit dem der Patient beginnen kann, das sich dann gemäß seiner inneren Dynamik ausgestaltet. Die Motivvorgabe bedeutet insofern eine Versorgung durch den Therapeuten und eine Strukturierung der inneren Situation, damit eine Entlastung: Aus der kaum überblickbaren Fülle der Möglichkeiten wird ein Bild abgerufen, der Patient kann sich dem Fluß der entstehenden Bilder überlassen und dem Therapeuten einen Teil seiner sekundärprozeßhaften Kontrolle übergeben. - Das gelingt aber nur, wenn das Motiv von seiner Symbolik her sich zur Darstellung der Situation des Patienten eignet. Die Vorgabe unpassender Motive evoziert Widerstände und belastet die therapeutische Beziehung, der Patient wird dadurch irritiert und kann sich nicht mehr der Situationseinschätzung des Therapeuten anvertrauen, der gerade seine mangelhafte Empathie unter Beweis gestellt hat. Der Therapeut zeigt sich also auch mit seiner Motivvorgabe, er bietet dem Patienten als Verständnisangebot eine Symbolisierung der Situation statt einer Deutung an.

Es wäre z.B. völlig unpassend, wenn man einem Patienten als erstes Motiv in einer Therapie ein Sumpfloch oder einen Vulkan anbieten würde, er würde auch sicher nicht darauf eingehen; es wäre wenig einfühlsam, einem Patienten in depressiver Stimmung einen Biergarten anzubieten. Es wäre kontraindiziert, einen ängstlichen Patienten zu einem Spaziergang in einen Wald hinein aufzufordern. Es wäre auch unpassend, einer Patientin, die in der letzten Stunde im KB Pferden begegnet war und gern geritten wäre, in der nächsten Sitzung das Motiv "geschützter Raum" anzubieten - das wäre vielmehr ein Hinweis auf einen durch Expansionswünsche und Triebsymbole verängstigten Therapeuten, der versäumt hat, seine Gegenübertragung zu überprüfen (I Lang 1998).

Der Therapeut setzt seine diagnostische Einschätzung der Situation in ein seiner Meinung nach geeignetes Motiv um, wobei er mit der Auswahl des Motivs auch eine bestimmte Regressionstiefe ansteuern und eine gewisse Dosierung der Affekte anstreben kann. Wenn der Patient das Motiv als gut passend empfindet, fühlt er sich verstanden und wird mit der Ausgestaltung des Bildes beginnen. Wenn er aber das Motiv als nicht passend empfindet, wird er Mühe haben mit der Umsetzung. Je nach Ich-Stärke und Persönlichkeitsstruktur und nach dem Grad der Unangemessenheit kann der Patient massiv irritiert reagieren, nichts sehen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Anspannung und Angst entwickeln, also Anzeichen von Verlassensein. Am entgegengesetzten Pol der Reaktionsmöglichkeiten kann ein Patient sein eigenes Bild entwickeln, ohne sich weiter um die Anregung des Therapeuten zu kümmern. Dazwischen liegen viele mögliche Varianten von "Widerstand", besonders häufig sind Anfangsirritationen, z.B. anfänglicher Nebel, oder anfänglich rasende Bilder, die sich dann allmählich verlangsamten, bis der Patient bei einem Bild bleiben kann, oder eine Verfremdung der Situation, etwa indem es dem Patienten scheint, er sitze im Kino und sehe einen Film; es können auch Bilder auftauchen, die die momentane Übertragungssituation spiegeln, im Extremfall etwa ein bizarrer, künstlich wirkender Eisberg. Am schwersten zu erkennen ist die Entgleisung des Dialogs, wenn der Patient Bilder produziert, die irrelevant sind: Der Patient kommt damit brav seiner Aufgabe nach, ohne daß er irgendetwas Wesentliches erlebt - Langweiligkeit und geringe innere Kohärenz sind Indikatoren für die im Nachgespräch notwendige Frage, was hier los ist und was vermieden wird.

6.3. Weitere Standardmotive

Neben den oben besprochenen Grundmotiven gibt es noch vier Motive, die als *Mittelstufenmotive* zum Kanon der sogenannten Standardmotive gehören und damit innerhalb der Weiterbildung zum KB-Therapeuten besonders geübt werden. Sie sind nicht so offen gehalten wie die Grundstufenmotive sondern versuchen, gezielt wichtige Konfliktbereiche an, nämlich Aggression, Sexualität, Selbstbild und Objektrepräsentanzen anzusprechen. Die ursprünglichen Motive von

Leuner, "Löwe", "Rosenbusch" und "Autostop", "Ich-Ideal" und "Begegnung mit Bezugspersonen", wurden inzwischen durch neue Anregungen teilweise ergänzt und ausdifferenziert.

Konfliktbereich Aggression und Expansion

Leuner schlug das Motiv "*Löwe*" vor, um aggressive und expansive Tendenzen anzusprechen. Ein Löwe kann töten, wenn es notwendig ist, er ist nicht notwendig aggressiv, aber er verfügt souverän über aggressive Möglichkeiten. - Der Patient wird gebeten, sich irgendeinen Löwen vorzustellen und ihn genau zu beschreiben und zu beobachten. Die sich dabei ergebenden Bilder sind höchst unterschiedlich: Der Löwe kann in freier Wildbahn leben oder auch hinter Gittern im Zoo oder im Zirkus. Er kann faul und träge daliegen und schlafen, er kann auch hungrig eine Beute reißen oder einen Menschen angreifen. Manchmal wird er auch eher wie eine große Katze gesehen mit schönem weichen Fell, der Patient will ihn dann vielleicht streicheln oder auf ihm reiten. Es können auch steinerne Löwen (Skulpturen) auftauchen.

Wenn man die Begegnung mit der Aggression konfrontativer gestalten will (etwa bei angstneurotischen Patienten, die bei weniger eindeutiger Motivvorgabe das Thema lieber vermeiden), kann man "*ein aggressives Tier*" vorschlagen (Krippner). Das auftauchende Tier muß dann mit Hilfe der Technik der Symbolkonfrontation bearbeitet werden. Zur Assimilation stark abgewehrter "böser" aggressiver und sexueller Impulse schlug Leuner noch das Motiv der "*Höllenfahrt*" vor (Leuner 1994, 185), das besonders bei sehr streng erzogenen Patienten mit charakterneurotischer Abwehr indiziert ist.

Konfliktbereich Sexualität

Den Bereich der Sexualität versuchte Leuner durch die Motive "*Rosenbusch*" und "*Autostop*" anzusprechen. Männer sollen sich am Rand einer Wiese einen Rosenbusch vorstellen. Die Büsche unterscheiden sich in ihrer Üppigkeit und Stacheligkeit (Leuner 1994, 177f), der Busch eines jungen unerfahrenen Mannes hatte z.B. ganz zarte Blüten, die dürfe man nicht brechen; bei einem Mann, der seit 15 Jahren verheiratet ist, hatte der Busch nur noch eine Blüte und auch die war schon etwas verwelkt; bei einem Handlungsreisenden, der sexuell viel herumgekommen war, stand ein großer Strauß Rosen zu Hause auf dem Tisch; der Busch eines verheirateten Mannes hatte zwei wilde Triebe, die abgeschnitten werden müßten; ein muttergebundener Mann wollte eine Rose pflücken und seiner Mutter mitbringen. - Frauen dagegen sollen sich vorstellen, sie gingen nach einer langen Wanderung ermüdet auf einer Straße nach Hause, anschließend wird ihnen suggeriert, es werde gleich eine Kutsche oder ein Auto vorbeikommen und der Fahrer werde anhalten und fragen, ob sie mitfahren wolle. Interessant ist dann, was für ein Mensch der Fahrer ist, ob die Frau mitfährt und wie sich die Szene weiter entwickelt.

Diese Motive werden inzwischen kontrovers diskutiert, weil sie an traditionellen Geschlechtsrollen ausgerichtet sind, die heute so nicht mehr gültig sind. Frauen haben heute eigenes Geld und ein eigenes Auto; ein Einsteigen in ein fremdes Auto ist potentiell gefährlich, das Motiv Autostop bringt Sexualität assoziativ in die Nähe von Gewalt. Und im Motiv Rosenbusch wird die Frau nicht als Gegenüber gesehen sondern verdinglicht, der eigenen Bewegung und Sprache beraubt, das Motiv bietet keine Anregung oder Überprüfung der Hingabe- und Beziehungsfähigkeit eines Mannes gegenüber einem menschlichen Wesen, sondern evoziert eher ein In-Besitz-Nehmen (Ebermann 1999).

Diese Motive sind inzwischen z.T. durch andere ersetzt oder ergänzt worden. Um weibliche Aspekte des Selbstbilds zu erfragen, eignet sich ein *Rosengarten* oder auch ein *Früchtebaum*. Eine *Hexe*, die über geheimes Wissen verfügt, kann den Zugang zu unangepaßten, autonomen Seiten

eröffnen (Ebermann 1999). Zur Darstellung männlicher Selbstaspekte eignet sich die Vorstellung eines *Ritters* oder eines *Motorradfahrers*. In der zärtlichen Variante des *Löwenbildes* können sich bei beiden Geschlechtern erotische Phantasien zeigen. Mit einer *Bootsfahrt* läßt sich Hingabebereitschaft und Eroberungslust beider Geschlechter ansprechen (erst läßt man eine gegengeschlechtliche Gestalt erscheinen, dann schlägt man eine gemeinsame Bootsfahrt vor), Kontaktfreudigkeit oder Gehemmtheit zeigt sich in dem Motiv eines *Biergartens* oder ähnlichem. In der Ausgestaltung des Hausmotivs sind immer Hinweise auf die Sexualität zu finden (Atmosphäre des Schlafzimmers). Man kann auch ganz direkt eine Begegnung anregen mit "*einem Mann (bzw für Männer mit einer Frau), der (die) einen erotisch interessiert*" - oder symbolisch verschlüsselt eine "*Begegnung mit einem Ritter, einer Zigeunerin, einer Prinzessin, oder einem Motorradfahrer*" - je nachdem, was für eine Figur man als Gegenüber für geeignet hält. Man kann auch noch indirekter anregen, einen *Maskenball* zu imaginieren. Sofern es um die Verdeutlichung realer Beziehungsschwierigkeiten mit dem Partner geht, kann man im KB eine Begegnung vorschlagen, wobei man Nähe und Initiative genau dosieren und spüren lassen kann, um Ängste und Blockierungen zu lokalisieren ("stellen Sie sich bitte sich selbst und Ihren Partner vor, in einiger Entfernung voneinander. ... Und nun gehen Sie bitte sehr langsam ein Stück auf Ihren Partner zu ... Dann stoppen Sie und spüren Sie, wie es Ihnen an diesem Platz geht. ... Schauen Sie Ihren Partner an ... Nun lassen Sie bitte Ihren Partner ein Stück auf Sie zugehen. ... Wie geht es Ihnen damit? ... Nun lassen ihn stoppen ... Nun suchen Sie bitte eine Haltung, die von der Nähe und von der Geste her im Moment für Sie stimmt, die sich gut anfühlt").

Konfliktbereich Selbstbild

Selbstanteile, besonders auch Ich-Ideal-Vorstellungen, also Eigenschaften, die man gern hätte aber nicht glaubt zu haben, können sich in Leuners Motiv "Ich-Ideal" prägnant zeigen. Man bittet dafür den Patienten, ohne nachzudenken einen *gleichgeschlechtlichen Vornamen* "kommen zu lassen" und sich dann den dazugehörigen Menschen vorzustellen (Leuner 1994, 186). Der Patient kann dann entweder diese Gestalt beobachten und schauen, was sie tut, wem sie begegnet, wie sie sich dabei verhält, was ihr wichtig ist - dabei entsteht eine unterschwellige oder auch ganz explizite Identifikation - oder er kann der Person begegnen und selbst mit ihr in Kontakt treten. Die entstehenden Szenen können zur Klärung von Identitäts-, Konkurrenz- und Neidproblemen beitragen.

Es gibt aber noch eine ganze Reihe weiterer Motive, die dazu anregen, Selbstanteile ins Bild zu setzen. Einige davon wurden schon genannt: Blume, Baum, Tier, Haus, Rosengarten, Früchtebaum, Ritter, Motorradfahrer. Ein wichtiges Motiv ist noch das "*innere Kind*". Horn (1990, 233) schlägt für Seminare folgende Instruktion vor, in der die Aspekte, auf die besonders geachtet werden sollte, vorgegeben sind: "Stellen Sie sich vor, Sie sehen ein Kind. Beobachten Sie es genau: wie es aussieht, wo es sich befindet, was es tut und wie es ihm geht. Achten Sie darauf, wie weit das Kind von Ihnen entfernt ist, wie es Ihnen selbst geht, und was Sie empfinden. Vielleicht möchten Sie mit dem Kind in irgendeiner Weise in Beziehung treten. Wenn ja, versuchen Sie dies." Man kann das Thema in dieser allgemeinen Form vorschlagen oder auch ein bestimmtes Alter oder bestimmte Eigenschaften des Kindes vorgeben (z.B. ein *neugieriges* oder ein *spielerisches* oder ein *verletztes* Kind vorschlagen (vgl. Seminare bei Seithe, oder "*ein Kind findet eine Lösung*" - Jacobshagen 2001). Mit diesem Thema wird eine Regression in einen Konflikt oder in eine Ressource hinein angeregt. Das spielende Kind läßt sich auch mit Motiven wie "Ball" (Lippmann) oder "Rummelplatz" ansprechen.

Ein weiteres wichtiges Thema, das die inneren Ressourcen der Selbstrepräsentanz bündelt, ist das "*innere Team*" (Krägeloh, Motiv stammt aus der Hypnotherapie). Der Patient soll dabei sich selbst

vorstellen, so wie er heute ist, dann etwa 10 Jahre zurückgehen und sich die Person vorstellen, die er damals war, dann den Teenager, der er einmal war, und das kleine Kind, das er einmal war, schließlich noch das Wesen, das er auch hätten werden können, wenn er in einer andern Zeit oder in einer andern Kultur oder Art geboren worden wäre, und die alte Frau oder den alten Mann, so wie er sich wünscht, im Alter zu sein.

Schließlich gehört zum Bereich des Selbstbildes auch das eigene Körperschema und seine affektiven Besetzungen. Hierfür hält die KiP das Motiv "*Inspektion des Körperinneren*" bereit, das jedoch nur von erfahrenen Therapeuten verwendet werden sollte. Bei psychosomatischen und funktionellen Erkrankungen ist besonders interessant, wie weit sich die Symptome in die Sprache der Imagination übersetzen lassen, so daß der Zusammenhang zwischen Symptom und Konflikt deutlich wird. Meist wird das Körperinnere von einem Däumling erkundet, während das erwachsene Ich in therapeutischer Ich-Spaltung als Berater und Führer des Däumlings dient und vom Therapeuten angesprochen werden kann (würden Sie ihr raten, da weiterzugehen? Kann man sie da einfach zuschauen lassen oder möchten Sie ihr eine Weisung geben? Wie reagiert sie darauf? Was möchten Sie ihr vorschlagen? Beobachten Sie gut, wie sie damit umgeht, ob sie Hilfe braucht oder sich selbst befreit. Wie geht es ihr dabei? Anregungen von Eibach in Seminaren). Während der Imagination sollte man die aktuellen Körperreaktionen (Atemrhythmus, Entspannungstiefe, Mimik) genau beobachten.

Ein Beispiel von Klessmann (1987) soll dies zunächst etwas abstrakt wirkende Motiv veranschaulichen: In der Therapie eines jungen Mädchens mit psychogener Polyurie spielte das Motiv "*Inspektion des Körperinneren*" eine ganz entscheidende Rolle, insofern 14 KB-Sitzungen dieses Motiv nutzten (von insgesamt 30 KB-Sitzungen im Lauf der zwei Jahre dauernden Therapie). Die Patientin wanderte als kleiner Däumling in dem Körperinneren herum und schaute sich alles an. Verdauungstrakt, Herz und Lungen wirkten von der Stimmung her freundlich, aber Gehirn und Urogenitalbereich waren schwierig. "Das Gehirn erlebte die Patientin als unpersönliches kaltes Informationszentrum. Es war ein heller, kahler Kuppelsaal mit vielen Röhren, in denen schwarze Geschöpfe wie Ameisen hin- und herliefen. In einem Info-Stand befand sich ein weißgekleideter Mensch, der so schnell redete, daß sie nichts verstand. Pötzlich fiel sie dort in ein Loch und landete direkt in der Gebärmutter. Hier war es grau, langweilig und eng. Es beschlich sie ein Gefühl, das zu ihrem Symptom paßte: Eingequetscht zu sein." (1987, 208) - Die emsigen Ameisen und der schnell sprechende Informant erinnerten sie an ihren rastlosen Lernehrgeiz. Die Gebärmutter erlebte sie weder männlich noch weiblich, sondern als "personlos". An einer Stelle war ein schwarzes Loch (später erwies es sich als Scheide), sie mußte aufpassen, da nicht hineinzufallen. - Als sie das nächste Mal "die Gebärmutter aufsuchte, entdeckte sie, daß diese von außen ein Gesicht wie eine alte, weise Frau hätte. Der ging es aber nicht gut. Alles sei gelb und schlecht durchblutet." Sie machte sich daran, die Wände zu schrubben, das Gelbe bröckelte ab, darunter wurde es rosa, ein schlafendes Gesicht "Dornröschen" fiel ihr dazu ein. Der Ausgang zur Scheide blieb jedoch weiterhin schwarz. - "Bei einer weiteren Körperinnenwanderung sah sie die Blase, die "wie ein gelber Luftballon aufgeblasen im Raum schwebte". Sie hatte ein bedrohlich-arrogantes Gesicht. In dieser Zeit hatte sie den Harndrang einige Male beherrschen können, traute dem Frieden aber noch nicht und erlebte sich von ihrem Leistungsehrgeiz völlig über"mannt", der Neid nagte an ihr, wenn sie nicht die Beste war, und sie konnte sich nicht vorstellen, wie sie jemals Beruf und Privatleben mit Familie zusammenbringen könnte. Im nächsten KB sah sie ihre Blase plötzlich außerhalb ihres Körpers, sie war an einem Pflock neben einem Bach wie ein Luftballon angebunden. Eine weibliche Gestalt in einem roten Kleid ging zu ihr hin. Die wirkte wie eine mit sich zufriedene selbstbewußte Frau, so wie sie selbst gern wäre. - Im nächsten KB tat ihr der Luftballon in seiner Aufgeblasenheit und in seinem Nach-oben-Steigen-Müssen leid. Sie holte ihn

herunter, legte ihn an ihre Wange und ließ seine Luft ab. Während der Faden starr in der Luft stehen blieb, ergriff die Patientin die schrumpelige, leere Luftballonhaut, das "komische kleine Geschöpf" und fand es schön, daß sie Kleinheit und Lächerlichkeit zum ersten Mal akzeptieren konnte. - Im nächsten KB war die Blase freundlich. Sie arbeitete im Körperinneren an ihrem Platz. Weiter ging es dann mit der Untersuchung der Nieren, die sie noch gar nicht aufgesucht hatte (die eine war groß, häßlich und verkrampft, die andere war klein und völlig verschreckt, die Harnröhre hörte irgendwo im Trüben auf, und es tropfte etwas Bräunliches heraus, wie Menstruationsblut). Dann begann sie Ordnung zu schaffen, im Gehirn richtete sie sich ein gemütliches Zimmer ein und sie stöpselte die Harnleiter in der Blase ein. - Währenddessen normalisierte sich ihr Leben, sie hatte auch einen Freund gefunden, mit dem sie Intimität zulassen konnte.

Konfliktbereich Bezugspersonen

Hier geht es um die Verdeutlichung der emotionalen Facetten von Beziehungen. Oft tauchen im KB spontan Symbolgestalten auf, die man fokussieren kann: Sie erscheinen als Berg, Quelle, Brunnen, Baum, Haus, Turm, Tier, Menschen oder auch Objekte, die mit einem bestimmten Menschen assoziiert sind oder ihn symbolisieren können. Man kann solche Gestalten aber auch herbeirufen, sowohl *in realer oder in symbolisch eingekleideter Form*: auf der Wiese, am Waldrand, aus dem Meer, aus der Höhle, aus dem Sumpfloch oder aus einer Kirche können Gestalten auftauchen, wobei die Wahl des Ortes bestimmte Konnotationen impliziert, und man kann auch ganze Szenen einstellen, Realszenen aus Partnerschaft oder Familie oder Berufsalltag in der Gegenwart oder in der Vergangenheit (Steiner 2000).

Wenn eine *konkrete Auseinandersetzung mit Bezugspersonen* (Vater, Mutter, Geschwister, Vorgesetzte o.ä.) in naher Zukunft ansteht, wird man diese direkt *als reale Personen* auftreten lassen und zu einer Begegnung und Auseinandersetzung anregen, wobei man dann als therapeutisches Hilfs-Ich fungiert, um zu gewährleisten, daß der Patient seine Position klar und angemessen vertritt, nicht zu schnell aufgibt, seine Gefühle deutlich spürt und sich in sein Gegenüber einfühlt (eventuell auch mittels Techniken wie Identifikation, Rollenübernahme, Rollentausch und Doppeln - Ladenbauer 2000). Man kann dabei auch Anregungen aus der Hypnotherapie nutzen, etwa indem man vorher einen Ressourcenzustand herstellt und dort den Patienten auftanken läßt, oder indem man die notwendige Ressource in Form einer helfenden Gestalt einführt (Kanitschar 1999). - In diesen Situationen hat das KB die Aufgabe, Probehandeln zu ermöglichen.

Wenn die Gefühle, um die es geht, noch nicht so deutlich spürbar sind und erst einmal bewußt werden müssen, ehe sie weiter bearbeitet werden können, wird man die Objekte erst einmal *in symbolisch eingekleideter Form* erscheinen lassen, sofern sie noch nicht von selbst aufgetaucht sind, etwa als Baum, Elefant, Kuh, Berg o.ä. Alle Symbole sollten immer genau beschrieben werden, weil in den Einzelheiten (Aussehen, Farbe, Form, ganzheitlicher emotionaler Eindruck, Körperhaltung, Mimik, Gestik, Augenausdruck) die Gestalt- und Gefühlsqualitäten wahrgenommen werden und dann auf andere Erlebnisse bezogen werden können. - Man kann auf der Symbolebene auch ganze Szenen einstellen, die der Patient erst einmal in Ruhe auf sich wirken lassen kann, etwa indem man ihn bittet, sich eine *Waldlichtung* mit einem Hochsitz vorzustellen, von wo aus er beobachten kann, was für Szenen sich zwischen den verschiedenen dort auftauchenden Tieren entwickeln. Noch vorsichtiger ist die Einstellung von *drei Bäumen*, um die Darstellung der emotionalen Beziehungen in einer Familie anzuregen (Klessmann 1980). Die Bäume können kräftig und vital oder karg und halbvertrocknet sein, ganz eng zusammenstehen, so daß sich Wurzeln und Kronen durchdringen, oder unbezogen weit voneinander entfernt stehen, sie können sich ähneln oder unterschiedlich sein.

Man kann auch eine Altersregression anregen, um noch einmal in die reale frühere Familienatmosphäre einzutauchen, indem man den Patienten bittet, sich seine Kindheitsfamilie sonntags mittags bei Tisch vorzustellen, oder sich selbst früher abends beim Ins-Bett-Gehen. Falls das Kind in diesen Situationen Schutz und Hilfe braucht, kann sich der Therapeut als Hilfs-Ich einschalten oder den Patienten anregen, als Erwachsener hinzu zu kommen.

Als sogenannte "*Oberstufenmotive*", die viel KB-Erfahrung voraussetzen, da es zu heftigen emotionalen Reaktionen kommen kann, werden *Höhle*, *Sumpfloch*, *Vulkan* bezeichnet. Aus der Höhle und aus dem Sumpfloch können archaische Gestalten auftauchen, und der Vulkan ist selbst ein Symbol archaisch-undifferenzierter Eruptivität. Schließlich kann man auch *Nachträume* im KB noch einmal einstellen, um unter dem Schutz des Therapeuten noch einmal genauer hinzuschauen und eventuell eine befriedigendere Lösung zu finden.

6.4. Neue Motive

Zu diesen Motiven sind inzwischen viele weitere hinzugekommen. Ich möchte sie versuchsweise in folgende thematische Bereiche gruppieren: 1. Klarifizierung wichtiger Etappen des Individuationswegs, 2. Stimulierung von Ressourcen, 3. Klarifizierung von Symptomen und 4. individuelle situationsspezifische Motive.

Klarifizierung wichtiger Etappen des Individuationswegs

Zwei Motiven sind ganze Bücher gewidmet worden, dem "*Haus*" und dem "*Weg*" (Klessmann und Eibach 1993: "Wo die Seele wohnt." Und 1996: "Traumpfade. Weg-Erfahrungen in der Imagination"). Das ist nicht zufällig, können diese Motive doch in gegenseitiger Ergänzung als Leitbilder für den gesamten Verlauf einer Therapie dienen: die Fähigkeit, in sich ruhen zu können, Nähe und Bindung zuzulassen, und Fähigkeit, sich wieder lösen zu können, Trennungen auszuhalten, Neubeginne zu wagen, sind essentielle Grundlagen eines befriedigenden Lebens, und die beiden Motive sind universale Symbole (Klessmann 1998), die die Sicherheits- und Erregungsbedürfnisse (Bischof 1993) spiegeln, die Gegenpole des Individuationswegs. - Das Anfangsmotiv "*Wiese*" impliziert dagegen beide Möglichkeiten und ermöglicht damit eine erste Diagnostik, ob der Patient spontan eher dazu neigt, sich niederzulassen und bei sich zu sein oder sich aufzumachen und nach Neuem zu suchen.

Eine Wiese oder ein Haus als Ausgangspunkt für Expeditionen in die Welt ist aber manchmal nicht sicher genug: Besonders traumatisierte Patienten und viele Patienten mit ich-strukturellen Störungen müssen erst einen Ort finden, wo sie sich sicher fühlen und zur Ruhe kommen können, und dieser Ort muß geankert werden und verfügbar sein, ehe sie sich auf den Weg machen können. Dafür sind eine Reihe von Motiven entwickelt worden: "*sicherer Ort*" oder "*Situation, in der man sich wohlfühlt*", "*geschützter Raum*" oder "*Schutzburg*". Diese Motive unterstützen den Spaltungsmechanismus und bieten dadurch eine erste Strukturierungshilfe (Dieter 1996): Wenn das Gute drinnen lokalisiert werden kann und das Böse draußen, ist das bedrohte Selbst abgegrenzt sowohl von eigenen unerträglichen Aggressionen als auch von realen Angreifern, so daß ein Gefühl von Sicherheit und Schutz entstehen kann.

Beim Motiv "*Weg*" sind manche Etappen besonders wichtig, so daß dazu auch Einzelmotive vorgegeben werden können, z.B. eine "*Wegkreuzung*" oder eine "*Brücke*". Man kann hier auf Vergangenes zurückblicken und im Probehandeln Zugang zu Zukunftsperspektiven finden mit Wahlmöglichkeiten, Freiheitsgefühl, Neugier (Klessmann und Klessmann 1990). Ein "*Tor*" kann einen Übergang in eine andere Welt markieren, ein "*Labyrinth*" bisherige Suchbewegungen des Lebens nachzeichnen und die Suche nach Zielen stimulieren (Eibach 1997). Abschied und

Neuanfang können durch "*Rucksack packen für die Wanderschaft*" und "*Neubau eines Hauses*" (Leuner) markiert werden, aber auch durch die Imagination eines "*Bahnhofs*", wo man selbst wegfährt oder andere ziehen läßt.

Stimulierung von Ressourcen

Leuner hatte schon früh versucht, Ressourcen des Patienten im KB verfügbar zu machen, zunächst über die *Gewinnung innerer Helfer oder Führer* ("Schrittmacher"). Das konnten Menschen, Tiere oder Märchengestalten (Riesen, Zwerge, Feen, Schutzengel etc) sein, die den Patienten dann bei seiner Wanderung durch die imaginierte Welt begleiteten. Diese Überlegungen sind besonders bei der Arbeit mit strukturell ich-gestörten Patienten weiter entwickelt worden (Sachsse 1997, Krippner 2001). Wichtig ist, daß die inneren Helfer der Kontrolle des Patienten unterstehen, also tun, was er will, und immer da sind, wenn man sie ruft. Man kann sie auffassen als Repräsentanten guter innerer Objekte (Sachsse und Reddemann 1997). Als Motivvorgaben eignen sich z.B. "*ein geheimnisvolles oder ein faszinierendes Tier*" oder "*Begegnung mit einem Weisen*".

Weitere Möglichkeiten, Ressourcen zu stimulieren, liegen in der Vorgabe anreichernder Motive, z.B. die "*Baumübung*" (Sachsse und Reddemann 1997: der Patient soll sich in einer positiv getönten Landschaft einen Baum vorstellen, dann wird die Verschmelzung mit dem Baum induziert mit Anregung, die Kraft der Wurzeln zu spüren, und die Nahrung der Erde ebenso wie das Licht und die Wärme der Sonne aufzunehmen - die Verschmelzung mit dem nur guten mütterlich-väterlichen Objekt macht unabhängiger von äußerer Unterstützung). Alle guten Orte ermöglichen ein inneres Auftanken: "*Ort der Einkehr*", "*Tempel der Stille*" (Krippner 2001), "*eigenes Reich*" (Jacobshagen 2001), "*Zimmer für Sie allein*". "*Sonnenaufgang*" oder "*Samenkorn*" können Hoffnung mobilisieren (Eibach, Arbeit mit Krebskranken), ein "*Bad im warmen Moor*" (Lang) kann stärken, die Vorstellung von "*Kraftquellen*" (Rosenberg 1998) auf breiter Ebene innere Kräfte bewußt machen.

Zur emotionalen Lockerung für Patienten, die sich schwer tun mit Phantasien eignen sich Motive wie "*Land der Phantasie*", "*Haus der 1000 Möglichkeiten*", "*Mittelalter*", "*Steinzeit*", "*anderer Planet*" - je nach Ansprechbarkeit des Patienten.

Um Strukturverhärtungen aufzuweichen, kann man Motive vorgeben, die ein Erleben implizieren, das der Symptomatik entgegengesetzt ist (Rosenberg 1995), z.B. ein Moorbad bei einem Patienten mit Waschzwang, einen Löwen bei einem Phobiker, ein Motorrad bei einem selbstunsicheren Mann. Schließlich gehört es auch zu den eigenen Ressourcen, sich distanzieren zu können. Ein schönes Motiv dazu ist, sich vorzustellen, mit viel Gepäck beladen eine Wanderung zu unternehmen und dann einen Platz zu finden, an dem man das *Gepäck ablegen* kann. Von da aus sollte man einen Ort der Erholung aufsuchen und danach prüfen, was man alles mitgeschleppt hat und was davon man benötigt, um die Wanderung gut fortsetzen zu können. (Sachsse und Reddemann 1997).

Klarifizierung von Symptomen

Es gibt viele Motive, um Symptome oder Konfliktsituationen plastisch darzustellen, von denen hier nur einige wenige aufgeführt werden, weil man die meisten individuell aus der Situation heraus entwickelt. Z.B. kann eine "*Mauer*" eine Blockade symbolisieren, ein "*Käfig*" läßt das Gefühl des Eingengtseins durch das Symptom erleben (aber auch den Schutz, den es bietet) und ist besonders bei Angst- und Zwangspatienten indiziert. Man kann Symptome (z.B. depressive und zwanghafte Grübeleien) als "*Quälgeist*" auf einer Bühne auftreten lassen und über Dialog und Rollentausch versuchen, in Kontakt zu kommen (diese Motive stammen alle von einem Erfahrungsaustausch der KB-Therapeuten, vgl. KiP aktuell 1998). Das allzu strenge Über-Ich läßt sich vorstellen als

"innerer Zensor" (Gehring Schreibwerkstatt, Ullmann und Teichmann Seminar 2001) oder, wenn es sich so auswirkt, als "Zerstörer", mit dem man sich nach genügend Vorbereitung auseinandersetzen muß (Rasch 1999). "Schuld und Verantwortung" kann man, wie auch andere Gefühle, erfahrenen Patienten direkt als Motiv vorgeben, mit der Bitte, ein Bild dazu aufsteigen zu lassen, auch Verhinderungen wie "die graue Schicht, der Schleier", die von der Außenwelt trennen (Rasch 1999), oder der "Fleck" (Ullmann Seminar 2001) als Symbol des Nicht-Stimmigen, mit dem man irgendwie umgehen muß und von dem man sich mehr oder weniger gefangen nehmen lassen kann. Auch das Motiv "Inspektion des Körperinneren", das schon beim Selbstbild diskutiert wurde, gehört mit hierhin.

Individuelle situationsspezifische Motive

Die Alltagssprache enthält viele Sprachbilder "sich hineingezogen fühlen", "aus der Haut fahren", "Morgenluft wittern", "über den Berg kommen", "am Rand eines Abgrundes stehen", "jemandem das Maul stopfen wollen", "einen Riegel vorschieben". Wenn ein Patient eine solche Metapher anbietet, kann man ihn bitten, diese als Ausgangspunkt für eine Imagination zu verwenden. Damit greift man das auf, was ihn gerade gefühlsmäßig besonders stark beschäftigt, und das Hineingehen in eine Szene fördert die Einsicht in die aktuelle psychische Situation (Seithe 1997b).

Beispiel: Eine anorektische Patientin schafft es nicht, mehr zu essen, obwohl sie das möchte, sie "kommt einfach nicht über diese Schwelle". Im KB taucht dazu eine Hängebrücke auf, die von einem Ufer zum andern führt. Bis zur Mitte kann die Patientin relativ leicht gehen, dann bekommt sie Angst, weiß nicht, ob die Brücke hält, wird sich aber auch bewußt, daß die Angst mit dem Aufgebenmüssen des altvertrauten Ufers zu tun hat. Die Therapeutin unterstützt sie und läßt sie die Brücke, ihre eigenen Bewegungen, das Ufer und ihre eigenen Gefühle genau beschreiben. Sie erreicht das neue Ufer, ist erleichtert und ruht sich aus. Ihr Eßverhalten ist in den folgenden Tagen akut gebessert (Seithe 1997b). - Die Verwendung solcher persönlich gefundener Symbole fördert das kreative Potential der Patienten (I Lang 1998).

6.5. Implikationen der Motivvorgabe, Fortsetzung

Durch die Besprechung der vielfältigen verfügbaren Motive ist sicher deutlich geworden, daß der Therapeut eine große Verantwortung bei der Auswahl hat und sich seiner Gegenübertragung deutlich bewußt sein sollte: Motivvorgaben sind implizite Einladungen, sich auf ein Thema einzulassen. Sie enthalten durch ihre Bildhaftigkeit ein starkes suggestives Moment. Es gibt nicht nur klar unpassende Motive, bei denen sich ein Patient unverstanden fühlt und verschließt, sondern es gibt immer mehrere passende, die jeweils dazu auffordern, bestimmte Themen zu akzentuieren, und dieser wohlmeinenden und diagnostisch fundierten Suggestion gibt der Patient normalerweise nach.

Beispiele hierzu:

1. Wenn man einen jungen Erwachsenen, der sich noch nicht traut, sich von seinen Eltern zu lösen, auffordert, sich eine *Wolke* vorzustellen, ist das etwas anderes, als wenn man ihn auffordern würde, sich einen *Garten* vorzustellen. Beide Motive würden ihn ansprechen, aber auf sehr unterschiedliche Weise: Ein Garten gehört zu einem Haus, ist statisch und umgrenzt, eine Wolke ist unbestimmt in ihrer Form und mobil, sie zieht am Himmel entlang irgendwohin. Wenn dieser junge Erwachsene dann eine Wolke bildert, die sich über seinem Elternhaus befindet und sich gar nicht wegbewegt, ist das merkwürdig. Patient und Therapeut wundern sich, es entsteht ein Spannungsgefühl. Vermutlich löst sich die Wolke nach einer Weile des Betrachtens und genießt ihre anschließende (vom Therapeuten - im Gegensatz zu den Eltern des Patienten - erlaubte und erwartete) Reise. Damit ist auf der Symbolebene eine erste versuchsweise Loslösung gelungen.

2. Ein ängstlich-gehemmte Patientin soll sich ein *frei lebendes Tier* vorstellen und es beobachten, wie es herumstreunt und sich seinen Weg sucht. Sie phantasiert zunehmend lustvoll aus, was ihm begegnet, wofür es sich interessiert, wo es etwas zu fressen findet, und probiert währenddessen in unterschwelliger Identifikation die expansiven Momente des Lebens aus, die sie bisher nicht wagte.

Die im konnotativen Feld und in den Gestaltqualitäten der Motive enthaltenen suggestiven Momente werden in der Therapie gezielt genutzt - genauso wie Dichter und Werbefachleute sie nutzen, um bestimmte Assoziationen, Intentionen und Gefühle zu bahnen. Die strukturellen Analogien zwischen Metapher / Symbol / vorgegebenen Motiv und bestimmten Erlebnisschemata, um deren Darstellung bzw Veränderung es geht, legen das noch nicht gekonnte aber angestrebte Verhalten als normal und leicht nahe. Der Therapeut gibt durch die Vorgabe von bestimmten Motiven dem Patienten implizite Anregungen, z.B. erst eine gute Basis zu suchen oder sich mit einem bestimmten Thema genauer zu beschäftigen - Anregungen, die mehr oder weniger gut passen können und die Auswirkungen auf die weitere Entwicklung der Therapie haben, die also gut überlegt werden müssen.

Allerdings lassen sich in allen Motiven unterschiedliche Gestaltqualitäten akzentuieren, so daß der Patient immer die Freiheit hat, das darzustellen, was ihm entspricht. Z.B. kann man mit dem Motiv "*Wolke*" je nach eigenen Bedürfnissen sehr unterschiedlich umgehen, man kann sie beobachten, bis sie sich in etwas verwandelt, das mit dem gegenwärtigen Problem zu tun hat (Brown und Fromm 1986, zit bei Kanitschar 1999), oder sie bietet die Möglichkeit, auf ihr fortzufliegen, oder sich auf ihr weich gebettet und geborgen fühlen, mit märchenhaften Steuermöglichkeiten wie ein fliegender Teppich, so daß sich der Abstand zur Erde und Begegnungen mit andern Wolken nach Bedarf regulieren lassen (für Asthmatiker wichtig - Wilke 1990). - Wie offen die KB-Szenerie für andrängendes inneres Material ist, zeigt ein Beispiel von Wilke (2001): Bei der Behandlung einer bulimischen Studentin erscheint in einer Landschaft plötzlich ein großer Kopf mit schwarzen, glasigen, dicht beieinander stehenden Augen. Der Therapeut hält die Patientin dazu an, den ganzen Kopf zu imaginieren. Es erscheint eine Schlange. Sie ist in einem Glaskäfig eingesperrt, ihr Maul ist geschlossen, aber sie könnte es ganz weit aufreißen, so daß sie ein ganzes Tier verschlingen könnte. Wenn sie einmal angefangen hat zu schlingen und merkt, daß sie sich übernommen hat, ist sie in Gefahr, denn sie bekommt es nicht wieder heraus ... (Es geht weiter mit einer Symbolkonfrontation). - Plastischer kann man den bulimischen Zustand nicht beschreiben, und diese Imagination entwickelte sich aus einer schlichten Landschaft heraus.

Motivvorgaben sollen es dem Patienten erleichtern, seine aktuelle innerseelische Situation mit Bedürfnissen, Ängsten und Konfliktspannungen zwischen Selbstrepräsentanzen und Objektrepräsentanzen darzustellen und Hinweise auf Lösungsmöglichkeiten zu entdecken. Sie sollten also am Strukturniveau, der gegenwärtigen Situation und den gegenwärtigen therapeutischen Zielen des Patienten orientiert sein. Durch die Art der Ausgestaltung der Imaginationen erhält der Therapeut wichtige diagnostische Hinweise (Klessmann 1990), bzw der Patient Einsicht in sich selbst. Die emotional dichten Aktualisierungen von habitualisierten Haltungen, Handlungsbereitschaften und Konflikten, Selbstrepräsentanzen und Objektrepräsentanzen des Patienten können direkt auf der Symbolebene und/oder im Nachgespräch weiter bearbeitet werden.

7. Therapeutische Begleitung der Imaginationen

Der Therapeut bemüht sich während der Imagination, den symbolischen Gehalt innerlich mitzulesen und als Mitteilung über die Selbstsicht des Patienten, über seine Beziehung zu Objekten und über sein gegenwärtiges Erleben der Beziehung zum Therapeuten zu verstehen. Dabei sollte er sich des hypothetischen Charakters seiner versuchten Interpretation und der vermutlichen Mehrfachdeterminierung der Bilder bewußt sein, und auch der Tatsache, daß sein Verständnis der Situation sein eigenes Verhalten steuert. Fehleinschätzungen der Situation werden sich also als inadäquate Begleitung auswirken. Sofern der Therapeut wach und empathisch genug ist, wird er aber Anzeichen von Irritation in der Interaktion und im Inhalt der Imaginationen Patienten bemerken und versuchen, sich zu korrigieren.

7.1. Basisverhalten bei der Begleitung der Imaginationen

Die Art der Begleitung, bei der der Therapeut am wenigsten falsch machen kann, die deshalb in den Grundkursen vermittelt wird, ist eine empathisch mitgehende, um Klärung bemühte *therapeutische Grundhaltung*, Leuner nannte dies "*übendes Vorgehen*" (Leuner 1989). Der Therapeut soll dabei in Kontakt mit dem Patienten bleiben, für ausreichende Orientierung sorgen und selbstschädigendes Verhalten verhindern. Durch den Dialog, der sich auf das Hier und Jetzt des Bildes bezieht, werden regressive Tendenzen und Affekte moderiert. Vor allem wird der Patient durch das Nachfragen des Therapeuten zum genaueren Wahrnehmen und Spüren veranlaßt und zu mehr Eigenverantwortung und Aktivität. Indem etwa der Therapeut den Patienten immer wieder auffordert, sich umzuschauen, Einzelheiten wahrzunehmen, zu hören, zu riechen, zu fühlen und auf Körpersensationen zu achten, lernt dieser, seine Wahrnehmungen und Gefühle differenzierter zu verknüpfen. Er lernt auch, Dinge, die Überraschung oder Angst oder Frustration auslösen, erst einmal genau zu betrachten und zu beschreiben statt sie zu vermeiden oder die Flucht zu ergreifen. Der Therapeut kann ihn anregen, durch näheres Herangehen oder Sich-ein-Stück-Entfernen den Abstand zu ihnen zu regulieren und den Unterschied zu spüren. Bei dieser *vorsichtig-strukturierenden Art der Begleitung* kann der Patient die Welt seiner inneren Bilder kennenlernen und zur *Nachentwicklung von Strukturdefiziten* nutzen. Die Ausdifferenzierung und Einübung defizitärer Ich-Funktionen ist bei strukturell ich-gestörten Patienten ein wesentlicher Bestandteil der Therapie, der nicht über Einsicht, sondern vorwiegend über *Handlungsvollzüge* erarbeitet werden kann (Fürstenau 1992). Die innere Welt des Patienten füllt sich im KB im Dialog mit dem Therapeuten mit differenzierteren und angemesseneren kognitiv-affektiven Schemata, die dann zur Bewältigung der äußeren Welt zur Verfügung stehen.

Beispiel 1

P: Ich sehe eine Wiese. Der Himmel ist grau. Es ist windig und regnet.

T: Hm.

P: Es regnet sogar ziemlich. Und es ist kalt.

T: Ah ja. Was können Sie denn so sehen?

P: Die Wiese scheint groß zu sein, es ist nirgends ein Ende zu sehen.

T: Gibt es denn irgendwelche Bäume oder Büsche?

P: Ja, da weiter links ist eine Baumgruppe.

T: Ah ja. - Und sind irgendwelche Tiere zu sehen?

P: Nee, nichts.

T: Vermutlich haben die sich in irgendwelche geschützten Winkel zurückgezogen.

P: Ja vermutlich.

T: Wie ist es denn für Sie, wie geht es Ihnen da, wonach ist Ihnen jetzt?

P: Es ist hier nicht toll, ich friere. ... Das ist alles ziemlich trostlos. ... Ich glaube, ich sollte mir auch einen geschützten Winkel suchen.

T: Das ist eine gute Idee. ... Was käme denn in Frage? Wo könnten Sie hin?

P: Tja, das einzige, was ich sehe, sind diese Bäume da links.

- Erst stellt sich die emotionale Situation als Bild dar, durch die genaue Betrachtung verdeutlichen sich die Gefühlsqualitäten und können dann auch benannt werden.

Beispiel 2

P: Ich bin auf einem Weg, rechts ist vertrocknete Steppe, viele Felsbrocken liegen herum, ein bißchen vertrocknetes Gebüsch, ein paar Kakteen. Links sehe ich eine hohe Mauer, sicher fünf Meter hoch.

T: Ah ja. - Könnten Sie die Mauer noch etwas genauer beschreiben?

P: Sie ist aus Ziegeln ... das ist eigentlich merkwürdig in dieser Gegend. Ganz solide mit Mörtel.

T: Was da wohl hinter ist?

P: Das weiß ich nicht, ... ich vermute aber, daß da ein blühender Garten hinter ist.

T: Ah ja. - Und wie weit erstreckt sich die Mauer? Geht die irgendwann mal um die Ecke?

P: Das kann ich nicht sehen. Sie scheint ganz weit geradeaus zu gehen.

T: Hm ... Und ist irgendwo ein Tor oder so etwas?

P: Nein.

T: Hm. - Wie geht es Ihnen denn da so auf diesem Weg mit der trockenen offenen Steppe rechts und der Mauer links?

- Wieder äußert sich die emotionale Situation zuerst als Bild, emotionale Blockierungen oder Erlebnislücken stellen sich auch bildhaft dar, so daß eine genauere Betrachtung und Konfrontation mit dem Ausgesparten möglich ist.

Sobald sich Therapeut und Patient sicherer miteinander fühlen und jeder die Sprache des andern zu verstehen gelernt hat, kann man die Begleitung elastischer den Erfordernissen der jeweiligen Situation anpassen: In angstausslösenden Situationen muß der Therapeut dicht beim Patienten sein und ihn stützen, damit er die Situation aushält, in entspannten Situationen kann er zurücktreten und weiterführende Assoziationen zulassen. In anrührenden Momenten wird er mitschwingen, ohne zu stören, bei aktiven Erkundungen zuschauen mit gelegentlichen Signalen der Anwesenheit und Beteiligung.

7.2. Assoziatives Vorgehen

So können auf der einen Seite durch eine sehr *offene, gewährende Art* der Begleitung assoziative und kreative Prozesse angeregt werden (Leuner nannte das das "*assoziative Vorgehen*"). Bei sehr wenig Interventionen bis hin zur "Nullstrukturierung", hat der Patient Raum, alles zu äußern, was sich ihm innerlich anbietet und ihn bedrängt. Das KB verläuft dann wie ein bildhafter assoziativer Prozeß, in dem sich Körpergefühle, Erinnerungen, Einfälle ausbreiten dürfen und die Aufmerksamkeit nicht so schnell wieder auf die Bildebene zurückgeführt wird. Ausgangspunkt kann die Beschreibung einzelner Symbole sein, bei der der Therapeut dann Assoziationsketten anregt, etwa indem er fragt: "Wie wirkt eigentlich diese Gestalt bzw die Form dieses Baumes / Berges o.ä. gefühlsmäßig auf Sie?" oder: "Dies Gefühl haben Sie vielleicht auch früher schon einmal erlebt. Gehen Sie einmal zurück in Ihre Kindheit und lassen Sie ein Bild aufsteigen, das diesem Gefühl / Stimmung / Spannung entspricht." Oder: "Ich kann mir vorstellen, daß Sie diese Art von Beschwerden (Druck auf der Brust / Engegefühl o.ä.) auch schon früher gehabt haben. Versuchen Sie doch einmal, schrittweise zurückzugehen, bis eine Szene auftaucht, die dazu paßt." (Steiner 2000) Dabei kommt es leicht zu sog. *Altersregressionen*, in denen der Patient sich jünger und kleiner fühlt oder sich selbst als Kind sieht. Es können dabei sowohl konflikthafte, ängstigende Kindheitsszenen auftauchen, deren Affekte dann in schützender und dosierender Begleitung des

Therapeuten erneut durchlebt, ausgehalten und weiterverarbeitet werden sollten, als auch angenehme Szenen, in denen längst verschüttete gute Erinnerungen wieder auftauchen. Diese "Regressionen vor den Konflikt" (Balint) sind besonders bei ich-strukturell und psychosomatisch gestörten Patienten wichtig, um an vorhandenen aber nicht genutzten Ressourcen neu anknüpfen zu können.

Hierzu zwei Beispiele von Margret d'Arcais-Strotmann (1997)

1. Die Patientin ist schwanger und besorgt, weil sie sich gar nicht auf ihr Kind freuen kann. Im KB erscheint eine Berglandschaft, vorn ist eine Sandfläche, wo ein paar kleine Chinesen eifrig hin und herlaufen. Sie scheinen etwas über eine Holzbrücke zu tragen. Die Träumerin guckt verwundert zu, versteht nicht recht, was das soll. Die Therapeutin bittet sie, den Sand genauer wahrzunehmen. In dem Moment beginnt die Patientin tastende Bewegungen zu machen, spielt sozusagen mit den Fingerspitzen im imaginären Sand und sagt: Das kenne ich von früher aus der Montessorischule, die ersten Zahlen und Buchstaben wurden in Großformat auf Karton geklebt und mit Sand überstreut, daß man sie fühlen und lesen konnte. Nun erschließt sich die Zeit des fünf- und sechsjährigen Kindes, es tauchen vielfältige Erinnerungen auf, u.a. wie ihre Mutter, die dann an Krebs starb, mit ihr zusammen Kinderbücher anschaute und ihr vorlas. Jetzt ist auch klar, wo die kleinen Chinesen herkommen, aus den Kinderbüchern, und die Patientin sagt: Das möchte ich auch mit meinem Kind machen, ich werde die alten Kinderbücher vom Dachboden holen. Sie beginnt, sich auf ihr Kind zu freuen. - Im KB tauchen schöne Erinnerungen an die Mutter wieder auf, die mit dem Schmerz nach ihrem Tod mitverdrängt waren. Über eine unverdächtige Erfahrung des Tastsinnes, das Spüren des Sandes, finden sie eine Brücke zurück ins Bewußtsein. Die Vergangenheit wird damit reicher und die Lebensgeschichte vollständiger.

2. Eine Patientin, die in ihrer Kindheit wegen tödlicher Krankheit ihrer Mutter schlimme Zustände von Verlassenheit erlebt hatte, befindet sich im KB beim Thema Berg sofort auf einem steilen Gletscherhang. Es ist kalt und unheimlich, sie versucht, sich auf allen Vieren kriechend an dem eisigen Schnee festzuhalten. Der Hang ist schwindelerregend steil, die Patientin fühlt sich ganz hoffnungslos. Die Therapeutin begleitet sie empathisch, bietet die Worte an, die die Patientin kaum mehr finden kann, die ihren Zustand genau benennen, folgt ihrer Blickrichtung, hält die angstvolle Spannung mit ihr zusammen aus, und dann kommt der Patientin der erlösende Einfall "Wie in Gottes Namen bin ich eigentlich hierher gekommen?" Damit hebt sie sozusagen die Nase aus dem Schnee und schaut sich um. Sie entdeckt dann rechts im Bild eine Felswand mit einer schmalen Rinne, in die sie die Finger setzen kann, und damit die Möglichkeit, sich in eine andere Landschaft hinauszutasten. Als sie in einer freundlicheren Landschaft angekommen ist, weint sie vor Erleichterung und Freude.

In diesem KB geht es um ein Durchleiden und Bewältigen von Verzweiflung und Angst, wobei diese Gefühle in die Szenerie projiziert sind und mit der Therapeutin zusammen als Begleiterin bewältigt werden können (Entlastung der therapeutischen Beziehung durch den Projektionsschirm des KB). Gefühle in dieser Intensität löschen das Raum- und Zeiterleben, der Patient befindet sich ausschließlich in einem schrecklichen Jetzt, aber der Therapeut wirkt durch seine Präsenz: Er "kann Schutz geben, weil er nicht in der Situation gefangen ist sondern über seine erwachsenen Ich-Funktionen verfügt, dadurch wird ein intensiveres Beobachten und Erleben möglich" (d'Arcais-Strothmann 1997, 63). Durch das genaue Spüren und Benennen entstehen Grenzen und ein Gefühl dafür, daß es auch etwas geben muß wie ein Davor und ein Danach: Wenn man geduldig die Spannung aushält, löst sie sich von allein, so wie ein Blatt durch den Schnee immer tiefer gedrückt wird, und dann fällt der Schnee ab, ohne daß sich das Blatt bewegt hätte. Dieses Durchleiden gibt dem Patienten ein Gefühl der Stärke: Mein Ich kann solche Zustände durchstehen ohne unterzugehen. Die Zuwendung des Therapeuten wirkt dabei tröstlich wie die einer Mutter. Die

eigene Aktivität, das Sich-Heraustasten, das Bestimmen der Richtung akzentuiert das Gefühl von Urheberschaft (Stern 1992), von eigenem steuernden Willen (d'Arcais-Strothmann 1997). - In der KiP entsteht auf der Bildebene ein Raum, in dem die Fähigkeit des Therapeuten, Angst zu ertragen, vom Patienten genutzt werden kann zu einer direkten übenden Arbeit am symbolischen Substrat (Dieter 1996).

Regressive Situationen können sich auch ausweiten zu tiefen Versenkungszuständen, in denen dann die sog. "*Befriedigung archaischer Bedürfnisse*" möglich ist, d.h. wo in einem Gefühl des intensiven Wohlbehagens, des Einsseins mit der Umgebung, der Entspannung, Sättigung, Sicherheit und Zeitvergessenheit ein inneres Auftanken stattfindet, das eine Ich-Stärkung und bei psychosomatischen Patienten eine oft erstaunliche Besserung der körperlichen Krankheitssymptome nach sich zieht.

Beispiel (Haus-KB)

P: Ich gehe die Treppe zum Speicher hoch, sie ist steil und ziemlich schmutzig. Offenbar ist hier lange niemand mehr gewesen. ... Oben ist so ein richtiger Dachboden, ein Spitzgiebel, ein kleines Fenster für den Schornsteinfeger, viel herumstehendes Gerümpel.

T: Ah ja. Was gibt es denn da alles?

P: Ein großer Schrank, eine Truhe, ein paar alte geschnitzte Stühle, ...

T: Ah ja. Möchten Sie sich irgendetwas genauer anschauen?

P: Ich mache die Kiste in der Ecke mal auf.

T: Hm

P: Darin sind einige Kasperlepuppen. ... Ich glaube, mit denen habe ich früher gespielt ... der König, die Prinzessin, der Teufel. ...

T: Hm

P: ... Da drunter sind Märchenbücher. Die kenne ich auch noch von früher, Grimms Märchen, Hauf und Anderson. ...

T: Hm

P: ... Und da kommt die Brille meiner Großmutter zum Vorschein in dem alten Brillenetui aus Metall. Und das kleine Kissen, das sie immer im Lehnstuhl hinter ihren Kopf legte. ...

T: Ja. ... Was ist jetzt?

P: ... Oh je, ich sehe mich jetzt wieder, wie ich als kleines Mädchen auf dem Boden herumspielte, während sie in ihrem Lehnstuhl saß. ... Oh, was ist das lange her. ... Das waren die besten Stunden in meiner Kindheit (weint leise vor sich hin) ... Meine Mutter konnte man ja vergessen ... aber die Oma war lieb. ...

T: Hm

P: ... Und bei ihr gab es so gutes Essen, Vanillepudding mit Himbeersaft oder saure Milch mit Zucker und Zimt.

T: Ja, vielleicht können Sie in diese Situation von damals noch einmal hineingehen?

P: Ja, das ist gut. ... Ich sitze da auf dem Boden neben dem Lehnstuhl, und meine Oma liest mir vor.

...

T: Hm

P: Das ist gut so. (ca 5 Minuten Schweigen, die Patientin hat einen glücklichen Gesichtsausdruck)

T: ... Möchten Sie noch irgendetwas?

P: Ich möchte da noch ganz lange bleiben.

7.3. fokussierende Begleitung

Der offenen Begleitung des assoziativen Vorgehens entgegengesetzt ist die *fokussierende Begleitung** mit gezielter *Fokussierung und Konfrontation*. Sie ist angemessen bei der Bearbeitung der durch die Mittelstufenmotive angesprochenen zentralen Konfliktbereiche (Aggressivität, Sexualität, Selbstbild, Bezugspersonen), oder wenn ein im Vorgespräch klar umrissenes Problem auf der Symbolebene bearbeitet werden soll oder wenn innerhalb eines KB konfliktträchtige Symbole auftauchen und eine Konfrontation auf der Symbolebene ansteht. In solchen Situationen braucht der Patient Halt und Entängstigung, der Therapeut wird also in dichtem Kontakt mit ihm bleiben und ihn bitten, genau zu beschreiben, was er sieht, wie es auf ihn wirkt und was sich verändert. Er wird ihn bitten, möglichst ruhig zu bleiben, die Angst auszuhalten, nur zu schauen, insbesondere die Augen zu fixieren und seinen Platz zu behaupten. Dadurch macht der Patient die Erfahrung, standhalten zu können, und die Gestalt verliert allmählich ihre Bedrohlichkeit: Sie wird kleiner oder fällt in sich zusammen und zieht sich schließlich in den Wald oder in ihre Höhle zurück. In nachfolgenden Sitzungen ist dann oft eine freundliche Annäherung an zunächst abweisende oder feindselige Symbolgestalten möglich. Dabei kann der Therapeut den Patienten dazu anregen, ihnen reichlich Nahrung anzubieten und sie zu streicheln. Dieses "Nähren und Versöhnen" ermöglicht eine Auflockerung der starren Abgrenzung gegenüber der in diesen Gestalten symbolisierten abgespaltenen Selbstanteile oder ambivalent besetzten Objektrepräsentanzen.

Beispiel

Eine Patientin hat gerade erzählt, wie schwer es ihr fällt, ihrer Schwester zu sagen, daß sie nicht laufend für sie den Babysitter spielen will. Sie fühlt sich wütend und hilflos. Im KB wird diese gerade berichtete Situation eingestellt und gefühlsmäßig verdeutlicht. Dann kann man versuchen, zu den ursprünglichen Konfliktsituationen zu kommen.

T: Kennen Sie dies Gefühl auch aus anderen Situationen?

P: Ja, das kenne ich gut.

T: Mögen Sie mal verschiedene Erinnerungssituationen, die Ihnen dazu kommen, Revue passieren lassen und langsam in der Zeit zurückgehen, bis Sie eine Situation finden, bei der Sie bleiben möchten.

P: ... Es kommen verschiedene Erinnerungen ... besonders aus der Zeit, als meine Mutter weggegangen war und wir nicht traurig sein durften. ... Jetzt sehe ich meine Oma, wie sie die Tür öffnet. Der Postbote steht da mit einem Paket, einem Weihnachtspaket von meiner Mutter, und die Oma nimmt es nicht an. Sie läßt es zurückgehen. ... (Die Patientin weint heftig).

T: Könnten Sie etwas tun?

P: Nein, ich bin noch zu klein. (Sie war damals 8 Jahre, als die Mutter die Familie verließ)

T: Meinen Sie?

P: ... (weint) ... Nein. ... Ich finde das schlimm, was die da tut. ... Ich gehe jetzt auf sie los und schiebe sie zur Tür hinaus. ... Aber jetzt erscheint riesengroß mein Vater hinter der Oma.

T: Wie sieht er aus?

P: Er hat ein wutverzerrtes Gesicht und ist riesig.

T: Schauen Sie ihn fest an und beschreiben Sie ihn weiter!

P: Er brüllt mich an und schüttelt drohend die Faust.

T: Wie sind seine Augen?

P: Sie sind blau, blitzen zornig ... wütend ... verletzt.

T: Schauen Sie ihn fest an und bleiben auf Ihrem Platz! ... Wie finden Sie das, was er mit Ihnen macht, daß die Post von Ihrer Mutter nicht angenommen werden darf?

P: (weint auf) Ich finde das ganz schlimm, ... richtig brutal ...

T: Könnten Sie ihm das sagen?

P: Ja. Ich brülle ihn an, daß ich das ganz unmöglich finde, wie er uns behandelt, daß er seine Verletzung so an uns ausläßt.

T: Schauen Sie ihn weiter an. Wie ist sein Gesicht jetzt?

P: Gerötet, wütend ... auch irritiert ...

T: Sagt er etwas?

P: Nein.

T: Wie guckt er?

P: Immer noch wütend.

T: Schauen Sie ihn weiter fest an!

P: Das ist hart ... Er wird jetzt irgendwie kleiner.

T: Ja. Und jetzt?

P: Er fällt irgendwie in sich zusammen und verschwindet im Wohnzimmer.

Diese Szene mit dem Vater dauert etwa 5 Minuten. Die Patientin fühlt sich danach sehr erschöpft, erleichtert, daß sie sich behauptet hat, betroffen von der Situation, die sich so heftig wieder konstellierte. Im Nachgespräch eine Woche später kann sie sehen, daß ihre heutige Scheu, sich mit andern auseinanderzusetzen, ihre Wurzeln in ihrer damaligen kindlichen Hilflosigkeit hat. Als achtjähriges Kind war sie dem Vater und der Oma wirklich ausgeliefert. Aber inzwischen ist sie eine erwachsene Frau und kann sich behaupten, wenn sie es wagt. - In der Symbolkonfrontation hat sie einerseits ihre Kindheitsgefühle wiedererlebt, gleichzeitig ist aber als inzwischen verfügbare Ressource (verstärkt durch das Hilfs-Ich des Therapeuten) das erwachsene Ich präsent, das die Situation überschauen und neu bewerten kann.

7.4. Interventionstechniken zum Umgang mit Symbolgestalten ("Regieprinzipien")*

Leuner (1994) hat eine Reihe von Interventionstechniken entwickelt, die im Umgang mit der Symbolwelt des KB eine wichtige Hilfe sind. Mit diesen empirisch bewährten Verhaltensanweisungen kann das Entwicklungspotential aktiviert werden, das in konflikthaften emotionalen Konstellationen steckt. Die wichtigsten Regieprinzipien sind 1. das Nähren und Versöhnen, 2. die Symbolkonfrontation, 3. die Aktivierung früher positiv getönter narzißtischer Szenen* ("Befriedigung archaischer Bedürfnisse"), 4. die Einsatz von Helfern und 5. das Verfolgen und Mindern.

1. Nähren und Versöhnen

Abweisende Symbolgestalten symbolisieren im allgemeinen abgespaltene Persönlichkeitsanteile und ambivalent besetzte Objektrepräsentanzen. Es hat sich therapeutisch bewährt, sich diesen Gestalten betont freundlich zu nähern, um die Integration zu fördern. Mit dem *Prinzip des Nährens und Versöhnens* regt daher der Therapeut den Patienten dazu an, den Gestalten reichlich Nahrung anzubieten und sie zu streicheln. Die unmittelbare Konsequenz dieses Vorgehens ist oft eine erhebliche affektive Entlastung und Verbesserung der Beziehung zu den primären Bezugspersonen.

2. Symbolkonfrontation

Gegenüber stark bedrohlichen Symbolgestalten greift das Prinzip des Nährens und Versöhnens nicht, sondern hier ist zunächst eine *Konfrontation* notwendig, wie oben beschrieben, wobei der Patient aufgefordert wird, die Gestalt zu fixieren, sie nicht aus den Augen zu lassen, sondern zu versuchen, sie mit seinem Blick zu bannen, und dem Therapeuten permanent zu berichten, was sie tut, wie sie aussieht, und was sich in Haltung und Mimik verändert. - Auf diese Weise wird der Patient dazu gebracht, die aufkommende Angst auszuhalten statt wegzulaufen und macht die Erfahrung, standhalten zu können. Durch diese Erfahrungen gerät die erstarrte innere Welt des Patienten in Bewegung: Er spürt, daß er nicht so klein und ausgeliefert und das Gegenüber nicht so machtvoll und bedrohlich ist, wie er dachte. Illusionäre Omnipotenz- und Ohnmachtsphantasien

relativieren sich, und schizoid-paranoide Mechanismen im Sinne von M. Klein mit ihrem selbstverstärkenden Wechselspiel von Angst und Aggression werden abgeschwächt.

Die Entschlüsselung von Objektrepräsentanzen in den Symbolen wird erleichtert über die "Augenprobe" (Leuner 1994): Der Patient soll die emotionalen Qualitäten des Augenausdrucks bewußt wahrnehmen, den Blick gefühlsmäßig auf sich wirken lassen. Dabei fällt ihm oft spontan ein, daß ihn der Blick an den Blick einer bestimmten Person erinnert. Der Therapeut kann ihn unterstützen durch konkretisierende Alternativfragen, ob der Ausdruck eher freundlich oder feindselig, warm oder kalt, zugewandt oder abweisend ist, oder durch die Frage, ob dem Patienten eine Person einfällt, die einen ähnlichen Augenausdruck hat.

3. Aktivierung früher positiv getönter narzißtischer Szenen

Bei der oben schon beschriebenen Befriedigung archaischer Bedürfnisse geht es darum, durch Regression in einen positiv erlebten Zustand der Selbst-Objekt-Einheit gute Erfahrungen mit einem primären Objekt oder Partialobjekt wiederzufinden und so eine narzißtische Persönlichkeitsstärkung im Sinne Balints zu erreichen (Lang 1997, Wächter 1982, Pahl 1980). Kennzeichnend für diesen Zustand ist ein "ozeanisches" Wohlgefühl. Es entwickelt sich vor allem im Kontakt mit archaisch-positiven Substanzen, z.B. bei Baden in einem See oder beim Trinken aus einer Quelle oder beim Liegen im warmen Sand oder in einer Sommerwiese. Man kann den Patienten auch dazu anregen, "Kraftquellen" aufzusuchen (Rosenberg 1998). Der Therapeut fördert diesen Zustand durch eine gewährende, mitschwingende Haltung (assoziatives Vorgehen), die den Behandlungsempfehlungen Kohuts entspricht (Dieter 2000b). Dieses "Auftanken" ist vor allem bei der Behandlung psychosomatischer Patienten in der Anfangsphase sehr wichtig (Wilke 1990, Lippmann 1990).

4. Einsatz von Helfern

Die *Rekrutierung innerer Helfer* im KB ist als Möglichkeit einer gezielten Entwicklung von Ressourcen besonders in der Anfangsphase der Therapie von ich-strukturell gestörten Patienten indiziert (Sachsse und Reddemann 1997, Krippner 2001). Diese Gestalten können dann im Umgang mit Situationen, in denen der Patient Anregungen oder Hilfe braucht, aktiviert werden. Manchmal treten spontan Gestalten auf, die als Helfer und Führer in Frage kommen (Menschen, Tiere, Riesen, Zwerge o.ä. - vgl. Lang 1982). Durch Motive wie z.B. "Begegnung mit einer wohltuenden Gestalt" oder Vorstellung eines "Tieres, das mich fasziniert", kann man nach solchen möglichen Helfern suchen, auch durch die Imagination von Ich-Anteilen: Die einzelnen als Aspekte des eigenen Ichs imaginierten Gestalten mögen z.T. erschreckend hilflos oder bedrohlich sein (z.B. ein eng geschnürtes hungriges Baby, eine wütend herumtanzende Hexe oder eine eiskalt-streng blickende Richtergestalt), immerhin verfügen sie über sehr unterschiedliche Fähigkeiten, mit denen die Patienten in neuer Weise in Beziehung treten können. Außerdem sind häufig auch direkt als Helfer in Frage kommende Anteile dabei, etwa muntere Kinder, aufmüpfige Jugendliche und vielfältige Tiergestalten (z.B. vitale Frösche, verschmuste Katzen, treue Schäferhunde, diebische Elstern etc). Eine m. E. besonders wichtige Variante des Einsatzes von Hilfgestalten ist der Rückgriff auf das eigene kompetente erwachsene Ich, wenn der Patient in einer Altersregression mit seinem Kind-Ich identifiziert ist und Hilfe braucht.

Beispiel

Bei der Imagination eines Hauses sieht sich eine Patientin als kleines Mädchen vor einem verkommenen Haus stehen, das ihrem Vater gehört. Es ist dunkel und es gewittert. Sie will nicht in das Haus hineingehen, weiß aber auch nicht, wo sonst sie hingehen könnte. Die Therapeutin fragt sie, ob sie als Erwachsene, so wie sie jetzt ist, zu dem kleinen Mädchen gehen könnte. Das kann sie

gut. Sie nimmt es mit in ihre Wohnung, legt es ins Bett, setzt sich zu ihm und gibt ihm einen warmen Kakao.

Indem die Therapeutin die Patientin bittet, sich als Erwachsene um das verängstigte alleingelassene Kind zu kümmern, signalisiert sie Verständnis für die Hilfsbedürftigkeit des Kindes, fordert aber auch aktive Verantwortungsübernahme und Selbstfürsorge. Die Patientin soll ihre eigenen Stärken aktivieren, um sich selbst Halt und Schutz zu geben.

Diese Regieprinzipien zielen alle auf die Stärkung positiver Selbst-Objekt-Aspekte und das Eingrenzen negativer destruktiver Aspekte. Durch metaphorischen Handlungsvollzug sollen positive Ressourcen aktiviert und Destruktivität kontrolliert oder einschmelzen werden. Das KB setzt damit bei der Nachentwicklung basaler innerer Strukturen auf einer bildhaft-analogen Ebene der Informationsverarbeitung an, auf der sich vermutlich auch die ursprüngliche Entwicklung der frühen Selbst- und Objektbilder vollzog (Rohde-Dachser 1989). Damit eröffnet es strukturell ich-gestörten Patienten, die zunächst wenig Zugang zu ihren Konflikten haben, die Möglichkeit, individuelle Metaphern für ihren Zustand zu finden und damit in einen fortschreitenden Symbolisierungs- und Wandlungsprozeß einzutreten.

5. Verfolgen und Mindern

Das *Prinzip des Verfolgens und Minderns* regt als einziges das direkte Ausleben von Haß-, Wut- und Rachegefühlen an: Stark aggressiv und entwertend erlebte Symbolgestalten werden verfolgt und geschwächt, eventuell auch getötet (Leuner 1985, Lang 1982). Dies Prinzip kann bei der Behandlung narzißtischer Persönlichkeiten mit schwer kontrollierbaren aggressiven Impulsen einen Entwicklungssprung bewirken, muß aber wegen der Gefahr versteckter Autoaggressionen und möglicherweise entstehenden massiven Schuldgefühlen sehr vorsichtig angewendet werden. Weniger erfahrenen Therapeuten wird empfohlen, sich darauf zu beschränken, Aggressionen durch Konfrontationen einzugrenzen und durch Stellvertreter wie den Löwen statt durch das Traum-Ich des Patienten ausleben zu lassen.

Beispiel

Eine Patientin hat mehrfach von Elefanten geträumt und möchte nun ein KB mit Elefanten machen. Ein Elefant tritt aus einem Palmenwald heraus an den Strand. Er ist schon sehr alt, hat schwarze Haut, und wird von einem merkwürdigen, zirkusmäßig gekleideten Mann geführt. Der zerrt ihn grob am Rüssel. Die Patientin soll sich den Mann genauer ansehen. Der hat statt einem Kopf einen Penis oder eine Pistole und droht, die Patientin zu erschießen. Sie wirft sich erschrocken auf den Boden und ruft laut die Elefantenherde zu Hilfe. Der Mann schimpft auf die Weiber und will weggehen. Die Therapeutin fragt, ob sie ihn weggehen lassen will, er schiene doch ziemlich gefährlich zu sein. Ja, er sei sehr gefährlich, er murmele vor sich hin: "Ich krieg dich noch". Der alte Elefant empfiehlt, den Mann am Kopf zu drehen. Die Patientin dreht und dreht, gerät dabei zunehmend in Erregung (verzerrtes Gesicht, drehende Gestik der Hände), hat ihm plötzlich den Penis-Kopf abgedreht.

Sie schluchzt auf, das könne man doch nicht machen. Die Therapeutin meint, ehe man sich erschießen ließe, könne man das vielleicht doch. Nun ist die Frage, was mit den Teilen des Mannes geschehen soll. Die Patientin will sie im Meer versenken. Sie steigt mit ihrer Schwester (die mit 15 Jahren psychotisch wurde und sich mit 18 Jahren suicidierte) in ein Boot. Die Schwester singt leise vor sich hin und weiß genau, wo sie hinfahren müssen. Die Patientin meint, sie müßten dem Mann noch verzeihen. Sie fahren dann zurück, die Elefanten tragen sie nach Hause.

Nach Ende der Sitzung geht die Patientin noch eine Weile spazieren, muß sich dabei übergeben und erkrankt unmittelbar anschließend an einer heftigen Infektion, die intravenöse Gabe von Antibiotika im Krankenhaus notwendig macht. Danach geht es ihr wieder gut, aber sie wundert sich über ihre

massive körperliche Reaktion und fragt sich, ob ihr Vater ihre Schwester mißbraucht hat. Sie erzählt nun Einzelheiten, die das wahrscheinlich erscheinen lassen: Die Schwester hatte ihr Zimmer neben dem Elternschlafzimmer, der Vater ging häufig zu ihr, prügelte sie auch oft. Ab dem 12. Lebensjahr zog sich die Schwester immer stärker zurück, wurde dann psychotisch, kam in eine Klinik, aber der Vater holte sie immer wieder schnell aus der Klinik zurück, konnte ihre Abwesenheit offenbar schlecht ertragen. Nach ihrem Suicid erkrankte der Vater und starb ein Jahr nach ihr. Die Beziehung zwischen Vater und Schwester war ein völlig tabuiertes Thema in der Familie, so sehr, daß die Patientin bis heute nie darüber nachgedacht hat.

In dem KB entsteht eine Spaltung des Vaterbildes in den guten alten Elefanten und den bösen, verfolgenden Penis-Pistolen-Mann. Den Elefanten kann die Patientin als Helfer nutzen. Die Heftigkeit der körperlichen Reaktion zeigt, was für emotionale Abgründe sich beim Bildern auftun können. Hier ist unbedingt Vorsicht geboten.

8. Therapeutische Strategien und Techniken der KiP

Durch die Settinggestaltung, die vorgegebenen Motive, die Art der Begleitung und die spezifischen Handlungsanregungen nimmt der Therapeut Einfluß auf die Entwicklung der Imaginationen und die stattfindenden Verarbeitungsprozesse von Konflikten auf der Symbolebene. Dabei sollte er ein Gleichgewicht halten zwischen beruhigenden und strukturbildenden Momenten. Beruhigend ist das konstante zugewandte Dabeisein, strukturbildend wirken Anregungen, z.B. sich auf bestimmte Erfahrungen einzulassen oder mit Symbolgestalten in bestimmter Weise umzugehen. Diese Anregungen stellen implizite Entwicklungsimpulse dar, die die Entstehung von reiferem, integrierterem Verhalten stimulieren sollen. Sie ergeben sich aus der klinischen Einschätzung der Situation: Statt sein Verständnis der Situation in Form einer Deutung des Ist-Zustands zu äußern (wie sich der Patient verhält, was er vermeidet, welche früheren Erfahrungen aktuell nachklingen), setzt der Therapeut es in die Formulierung einer Entwicklungsaufgabe um, aus deren Bewältigung dem Patienten neue Erfahrungen und innere Funktionsschemata erwachsen.

Wichtig ist dabei, dem Patienten durch eine sorgfältige *Dosierung der Affekte* eine kontinuierliche produktive Verarbeitung seiner Konflikte zu ermöglichen, wobei mangelhafte Ich-Funktionen durch allmähliche Einübung nachentwickelt und rigide Abwehrmechanismen auf der spielerisch-kreativen Ebene der Bilder aufgelockert werden können. Wichtig ist auch, die *Ressourcen* des Patienten immer wieder zu akzentuieren und durch Vorgabe entsprechender Motive auf der Symbolebene für genügend "Auftanken" zu sorgen, um den Patienten für anstehende Konfliktarbeit zu stärken. Besonders zu Beginn der Therapie ist einiges an stützender Vorarbeit notwendig, bevor eine Bearbeitung von Konflikten sinnvoll in Angriff genommen werden kann. Dies gilt besonders für strukturell ich-gestörte Patienten, die Schwierigkeiten haben, ihre Grenzen zu wahren, ihre eigene Befindlichkeit wahrzunehmen, ihre Affekte zu steuern, ihr Selbstwertgefühl halbwegs stabil zu halten und mit andern in einigermaßen realitätsangepaßten Kontakt zu treten.

Die beim KB eingesetzten *Techniken* sind implizite Suggestionen, die sich zum großen Teil auf eine Erweiterung des Erlebens- und Handlungsspielraums richten. Sie reichen von Fokussierung der Aufmerksamkeit, Anregung zu genauerem Wahrnehmen und Veränderung der Trancetiefe (durch strukturierendes Nachfragen oder empathisches Mitschwingen) über Veränderung der Perspektive innerhalb von Zeit und Raum (Fokussieren von Gegenwart, Vergangenheit oder Zukunft; Sich-Entfernen, Sich-Annähern) zu Ermutigungen, etwas noch nicht ganz Gewagtes ruhig zu tun, und Anregungen, etwas Neues auszuprobieren, z.B. mit Symbolwesen auf eine bestimmte Weise umzugehen. Stigler (2000, 79) stellt die provozierende Frage, wie denn wohl KB verlaufen würde,

wenn kein Therapeut dabei wäre oder stumm bliebe. Er meint, vermutlich würden die Szenen einfach so ablaufen, ohne daß der Träumer viel emotionalen Kontakt zu den Bildern hätte, denn "er würde seine gewohnten Abwehren wirken lassen und so Spannungen mit gekonnter Routine ausweichen;" (79) er würde kaum Ansätze von Selbstreflexion entwickeln und kaum bei einem Fokus innehalten. Die Rolle des Therapeuten besteht darin, daß er den Patienten zu näherem Betrachten, Befühlen und Beschreiben anhält. Mit diesem Innehalten schafft er Raum für die Phantasie, für mitschwingende Gefühle, er gibt Anstoß, das Gesehene zu formulieren, damit einzugrenzen, zu kategorisieren, und er bringt sich selbst als haltgebende Bezugsperson ein.

Ladenbauer (1999) gibt eine systematische Übersicht über die Techniken, die für die Begleitung katathymen Bilder prinzipiell zur Verfügung stehen. Innerhalb einer eher passiven Haltung, die die freie Entwicklung der Bilder unterstützt, kann der Therapeut nonverbal Anwesenheit zeigen, zustimmen, unterstützen, nachfragen, klären, verstärken. Innerhalb einer eher aktiven Haltung, die Veränderungen im Strukturellen bewirken möchte, kann er auffordern, ermutigen und die Aufmerksamkeit lenken. Es sind dabei verändernde Strukturierungen in folgenden Dimensionen möglich: Zeit, Raum, Sinnesqualitäten, Beziehung, Trancetiefe, Inhaltlichem. Hinsichtlich der Zeit kann sich die Aufmerksamkeit auf die Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft richten, es sind auch direkte Aufforderungen möglich, den Zeitablauf zu verändern (Zeitlupe, Zeitraffer, Stillstand, Wiederholung). Im Raum kann man zum Dableiben auffordern, oder zum Sich-Distanzieren, oder zum Annähern. Man kann differenziertere Gefühlswahrnehmungen üben durch Ansprechen von Gefühlen und körperlichen Erscheinungen. Die Beziehung zu Symbolgestalten wird verändert durch Anweisungen zum Füttern und Nähren, Versöhnen, Aushalten, Bannen, Erschöpfen und Mindern, Fokussieren, Konfrontation, durch Einfühlen in das Gegenüber, Identifikation, Rollenübernahme, Rollentausch, Doppeln. Die Trancetiefe kann angehoben werden durch Strukturieren, Nachfragen, Sekundärprozeßhaftes, und vertieft werden durch Wiederholen, Suggestionen, Betonen von Primärprozeßhaftem. Schließlich sind auch Veränderungen im Inhaltlichen möglich, wenn der Therapeut als Hilfs-Ich fungiert oder Alternativen und Einfälle anbietet.

Man sieht an dieser Auflistung, daß Imaginationen sehr unterschiedlich begleitet werden können, je nachdem, wieviel Einfluß der Therapeut übernehmen will. Dies wird je nach Strukturniveau des Patienten variieren: Manche Patienten spüren sehr genau, was sie brauchen, und setzen sich fast von selbst mit den Problemen auseinander, die innerlich anstehen; andere, besonders die auf mittlerem und niedrigem Strukturniveau, brauchen viel Hilfestellung für ihre Entwicklung. Die Aktivitäten des Therapeuten während der Imaginationen haben eine primär psychosynthetische Funktion: Sie helfen, neue, gesündere Strukturen aufzubauen, die die dysfunktionalen, in schwierigen alten Beziehungsszenarien aufgebauten inneren Strukturen überdecken oder erweitern können. Diese psychosynthetische Tätigkeit wird ergänzt durch die eher analysierende im-Nachhineinverstehen-wollende Haltung der Gesprächsphasen, so daß sich Strukturaufbau und Strukturanalyse miteinander verschränken, aber durch die zwei Arbeitsebenen auch voneinander getrennt sind und vom Patienten differenziert wahrgenommen werden können.

Im *Verlauf von KB-Therapien* kann man meist eine allmähliche Verlagerung des Arbeitsschwerpunktes beobachten (Sachsse und Wilke 1987): Zu Anfang der Therapie dienen die Imaginationen primär dazu, einen bergenden Raum herzustellen, wobei der Therapeut eine mütterlich-haltende, spiegelnde und integrierende Funktion ausübt. Später wird dieser Raum dann zunehmend für die Darstellung innerer Konflikte und für kreatives Probedandeln genutzt, wobei der Therapeut dann die Funktion eines Begleiters übernimmt, der Hinweise und Anregungen gibt und auf die Angemessenheit der Affekte und des Verhaltens achtet. Der Übergang zu stärker konfliktorientierter

Arbeit geschieht meist von selbst, der Patient bringt neue Themen ein, der Therapeut muß nur offen für sie sein und darf nicht in einer überfürsorglich-ängstlichen Schonhaltung verharren.

Beispiele

1. Eine anorektische Patientin von Wilke (1993) sieht eine Wiese, die bunt und üppig ist, es ist warm, und sie fühlt sich im hohen Gras wie ein kleiner Hase, geborgen wie in einer Höhle, der Boden ist fest und warm. Sie fühlt sich wohl. Sie könnte auch größer werden und weggehen, wenn sie wollte. Der Therapeut fordert sie zu weiterem Spüren auf, sie fühlt die Gräser an ihrer Haut, fühlt sich gehalten, spürt die Bewegung der Gräser. Sie soll spüren, was sie im Moment möchte. Sie findet es behaglich, ist aber auch neugierig, wie es hinter der Wiese aussieht, möchte aber danach auch wieder klein werden können. Sie überlegt lange, ob sie einen Ausflug wagen oder in der Wiese bleiben will. Zunehmend entwickelt sich ein Gefühl, daß es auf der Wiese eng ist, die Gräser dicht beieinander stehen, nicht viel Platz lassen, die Wiese sie vielleicht auch nicht mehr in sich haben möchte. In dem Moment dieses Gedankens verändert sich das Bild, die Patientin sieht die Wiese von ganz weit oben, als ob sie drüberfliegen würde. Die Blüten wirken fast so, als ob sie sie angucken und ihr hinterhergucken würden. Der Therapeut fragt, was die Blumen wohl denken, wenn sie sie so schweben sehen. Sie gucken voller Vorwurf. Die Patientin hat Angst vor dem Vorwurf und denkt, daß sie sie nicht wiedersehen möchte. Der Therapeut fragt, ob sie ein Ziel hat. Sie möchte zu einem Wald und fühlt sich plötzlich ganz gewaltig groß. Die Tannen sind sehr hoch, drohend, undurchsichtig und vielversprechend zugleich. Gegen Ende des KB ist sie am Rand der Wiese an einem kleinen Bach, sie steht auf der Seite der Wiese, hat ein bißchen Angst vor dem Wald, möchte aber auch nicht zurück in die Wiese. - Der zentrale Konflikt stellt sich hier plastisch dar, die wohltuende Regression aus der Anfangsphase der Therapie und das aufkeimende Gefühl, daß die Wiese zu eng wird, daß sie wachsen und weggehen will, aber auch die Angst davor, die Unsicherheit, ob es besser ist, groß oder klein zu sein, und die vorübergehende Flucht in das brüchige Größenselbst.

2. Eine andere Patientin von Wilke (1989), die seit vier Jahren an schwerer Magersucht leidet, erblickt in der 20. Stunde eine Stadt. Die Häuser passen gar nicht zusammen, manche sind ganz groß, andere ganz klein und verfallen. Die Stadt ist leer und verlassen, vielleicht schon lange. Sie fühlt sich beklommen und meint, das Ganze sei dem Untergang geweiht. Es wäre auch das beste, wenn alles eingeebnet würde und etwas Neues entstehen könnte. Sie möchte die Stadt verlassen. Der Therapeut bittet sie, sich vorher alles genau einzuprägen. Dann entfernt sie sich, dreht sich noch einmal um und sieht, wie erst einzelne Häuser, dann ganze Blocks zusammenstürzen und schließlich nur ein Haufen Trümmer von der Stadt übrig bleibt. Sie empfindet einen ängstlichen Schauer, hat aber gleichzeitig das Gefühl, daß da etwas geschieht, was unausweichlich geschehen muß. Es macht sie traurig, aber es löst auch die Verkrampfung, die sie vorher beim Gang durch die leeren Straßen empfand. Nach einer geraumen Zeit des Wartens und Betrachtens hat sie den Wunsch, in die Stadt zurückzugehen, um sich Material zu holen, das sie brauchen kann. Sie stößt auf einige Gegenstände, die sie an ihre Kindheit erinnern, ein altes Bett, ein verstaubter Schirm, ein Milchtopf. Sie packt einige Steine und Balken auf einen Karren und beginnt, sich am Rand der Stadt eine Zuflucht zu bauen, wo sie erst einmal "übernachten kann wie ein Nomade". - Vorausgegangen waren Gespräche über ihre Kindheit: Sie fand, daß ihr Leben verpfuscht sei und daß sie nichts von dem erreicht habe, was man von ihr und was sie von sich selbst erwartet hätte, und sie habe keinen Mut, neue Vorstellungen über ihre Zukunft zu wagen. Sie spürte, daß eine Wandlung nur durch Zerstörung bestehender Strukturen möglich wäre. In dem KB wurden erstmals aggressive Impulse fühlbar, gleichzeitig aber auch ihre innere Kraft und Wandlungsmöglichkeit. - Das KB ermöglicht eine Selbstkonfrontation, in der bisher abgewehrte Aspekte wahrnehmbar und aushaltbar werden und Neugier auf sich selbst wach wird.

9. Wirkfaktoren

Leuner (1985/1994) hatte auf Grund klinischer Beobachtungen als spezifische *Wirkfaktoren der KiP* folgende Faktoren herausgearbeitet:

1. imaginative Konfliktdarstellung und Konfliktbearbeitung mit Unterstützung des Therapeuten auf der Bildebene,
2. Ressourcenaktivierung, insbesondere auch Ichstärkung / narzißtische Restitution durch Auftanken in einer imaginierten geborgenen Situation, in der sich dieselbe Affektintensität entfaltet wie in einer entsprechenden real erlebten Situation ("Befriedigung archaischer Bedürfnisse") und
3. Entfaltung der Kreativität mit der Möglichkeit eines probeweisen Umgangs mit aggressiven und expansiven Impulsen oder auch mit depressiven Affekten und eines Suchens nach eigenständigen Problemlösungen auf der Bildebene.

Diese Dimensionen sind auch nach heutigem Stand und Sichtung der klinischen Daten der vielen sorgfältig dokumentierten Einzelfallstudien die therapeutischen Schwerpunkte der KiP: Die imaginative Ebene mit ihren Möglichkeiten der Externalisierung und prozessualen Aktivierung ist sehr hilfreich bei der Bearbeitung von Konfliktsituationen und Affekten (Salvisberg 2000). Erregungszustände können besser bewältigt werden (d'Arcais 1997, Sachsse und Reddemann 1997), da die Affekte durch die Interventionstechniken der KiP aushaltbar werden, und die Affektqualitäten werden vielfältiger, modulierter und differenzierter (Bahrke 1997), da die Affekte durch die Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit zunehmend in affektiv-kognitive Schemata eingebunden werden. Ferner gelingt durch die Arbeit auf imaginativer Ebene im Dialog mit dem Therapeuten, der als Hilfsich zur Verfügung steht, die Nachentwicklung von Ich-Funktionen und die Internalisierung von Selbstfürsorge (Fürstenau 1992), ein Auffüllen von Erlebnislücken durch narzißtische Restitution (Leuner 1982, Wilke 1990) und die Integration abgespaltener Ich-Anteile durch Bearbeitung schizoid-paranoider Mechanismen mit Hilfe der Regieprinzipien der KiP (Dieter 1999). Und quasi nebenbei entwickelt sich beim Umgang mit Imaginationen ganz von selbst ein neuer Zugang zum oft verschütteten kreativen Potential. - Die technischen Möglichkeiten werden gesteuert durch die Orientierung an Fallkonzeptionen, die sich z.B. an Luborskys *Konzept des zentralen Beziehungskonflikt* (1995) oder an den *generalisierten Interaktionsrepräsentanzen* (RIGs - Stern 1992) gewinnen lassen.

Für eine neu- und nachentwickelnde therapeutische Arbeit scheinen Imaginationen ein besonders geeignetes Medium zu sein, denn die unbewußten Erlebnisstrukturen, die Wahrnehmungs-, Gefühls- und Motorik-Komponenten umfassen, sind nicht begrifflich-verbal gespeichert, können aber in Form von Szenen und Bildern ausgedrückt werden (Salvisberg 2000). Das weitgehend automatisierte Hintergrundkönnen (implizites oder prozedurales Wissen) ist die Basis der wesentlichen Beziehungs- und Emotionsschemata eines Menschen. Es entsteht als Substrat der unzählige Male wiederholten frühesten Interaktionen des Säuglings und Kleinkindes mit seinen signifikanten Bezugspersonen (Dornes 1997) und manifestiert sich in Übertragungs- und Abwehrmustern und überhaupt in den wesentlichen Persönlichkeitszügen eines Menschen. Diese prozeduralen Schemata lassen sich immer nur indirekt erfassen durch Beobachtung dessen, was jemand tut, wie er reagiert, welche Worte er benutzt, welches Mienenspiel, welche Körperhaltung, welche Stimmqualität, und welche Assoziationen und Gefühle dazu aufsteigen (Stigler 2000, 75ff). In den Imaginationen fungieren die individuellen Beziehungs- und Emotionsschemata als Ordnungsprinzipien, die aus dem Strom unterschiedlichster Objekte die heraussuchen, welche sich zur Inszenierung eines aktivierten Schemas eignen. Es ist ein therapeutisches Privileg, auf der Ebene der Bilder in der konkreten Handlungs- und Interaktionssprache unter Einbezug von Körper und Sinnen und ohne informationsverwässernde Abstraktionen therapeutisch begleiten und

eingreifen zu können. Die Mechanismen der Verschiebung, Verdichtung und Symbolisierung werden wie in Träumen eingesetzt, aber durch die therapeutische Begleitung entsteht ein Grundgefühl von positivem Gehaltenwerden, in dem dann ein Aushalten bisher intolerabler Gefühle und die Gewinnung neuer Erfahrungen durch spielerisches Probehandeln möglich sind (Stigler 2000, 78).

Durch das Verstehen der Bilder kann eine Brücke zwischen verbalem und averbalem Bereich geschlagen werden und ein Symbolisierungsprozeß in Gang kommen. - Eine eindrückliche Demonstration dieses Prozesses findet sich bei Stigler (2000) an Hand eines KB-Transskripts. Als Motiv vorgegeben war eine Landschaft mit einer menschlichen Gestalt, die sich von weitem nähert, das Thema Begegnung mit einem anderen Menschen war also gebahnt. Der Therapeut "setzt die Lupe an", fokussiert im KB immer wieder Körperhaltung, Berührungssensationen, Bewegungen, Gefühle. Dadurch intensiviert sich das Spüren, und zwischen einer Blume der Wiese und den Händen der Träumenden entwickelt sich eine Szene, die die Erfahrung mit der allzu zerbrechlichen früheren zentralen Bezugsperson spiegelt und dann erweitern kann (zerbrechlich-zarte Blume, Angst, sie zu zerdrücken; Idee, sie von unten zu halten; Gefühl, es müsse auch etwas von der Blume kommen; Gefühl, die Blume schmiege sich in die Hand, dadurch Gefühl von Fülle und Wärme im Körper statt wie vorher Angst und Leere; dann plötzlich Lust, mit der Blume zu spielen, Lust auf Begegnung in Gegenseitigkeit, die früher nie möglich war).

Im KB findet eine Externalisierung der Konflikte und eine affektive Anreicherung des Erlebens statt, dann wird an einer Veränderung der affektiven Besetzung der Symbole und der etablierten Coping-Muster gearbeitet, und durch die erreichten Veränderungen auf der Bildebene verändern sich synchron die Erlebnisstrukturen. Dies Phänomen haben verschiedene therapeutische Verfahren unabhängig voneinander entdeckt (z.B. auch Hypnotherapie, Gestalttherapie und Psychodrama) und Leuner (1955, 1959) hat schon in den Fünfziger Jahren experimentelle Belege zur *funktionalen Äquivalenz zwischen den aktuellen innerseelischen Zuständen und den produzierten Imaginationen* erbracht. Auch im klinischen Bereich sieht man immer wieder, daß Veränderungen der innerseelischen Situation kovariierend entsprechende Veränderungen auf der Bildebene hervorrufen, und umgekehrt Veränderungen der imaginierten Bildkonstellation entsprechende Veränderungen des Fühlens und Handelns ermöglichen (sogar der psychosomatischen Körperreaktionen - Matjugin und Obuchov 1997). So wandeln sich z.B. imaginierte Häuser regelhaft, wenn sich die Patienten verliebt haben, die Häuser werden dann gemütlicher und romantischer. Und nach geglückten Symbolkonfrontationen und Versöhnungen sind plötzlich Leistungen möglich, die vorher nicht bewältigt werden konnten. Offenbar ändert sich mit der Veränderung des inneren Bildes der Welt auch die Einschätzung der Realität.

Den Phasen therapeutischer Verständigung nach Mergenthaler und Bucci (1999) - Aktivierung von emotionalem Erleben, bildliche oder narrative Übersetzung dieses Erlebens, Reflektion - trägt die KiP von ihrem Setting und ihren Arbeitsmöglichkeiten her besonders gut Rechnung. Die bisherigen Ergebnisse zur KiP-Prozeßforschung (Stigler und Pokorny 2000) belegen die Annahme, daß während des KB wirklich ein primärprozeßnaher Zustand entsteht, innerhalb dessen viele Gefühle gespürt werden, Angst und andere negative Gefühle aber herabgesetzt sind. Die Untersuchung dieser Hypothesen fand mit Hilfe von transkribierten Therapiesitzungen und computergestützter Inhaltsanalyse statt, wobei der Wortgebrauch in den verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses (Gesprächsphasen und KB-Phasen) ermittelt wurde. In den Imaginationen überwog eindeutig Primärprozeß-Vokabular (der Wert lag sogar höher als der einer experimentellen Gruppe, die Psilocybin eingenommen hatte), ebenfalls ergab sich ein höherer Anteil an Emotionswörtern

und an positiven Selbstemotionen. In reinen Gesprächssitzungen überwog dagegen Sekundärprozeß-Vokabular (Stigler und Pokorny 2000).

10. Settingvarianten

Mit der KiP kann man im einzeltherapeutischen Setting arbeiten, aber auch in *Gruppen* (Kottje-Birnbacher und Sachsse 1986, Gerber 1990) und in der *Paar- und Familientherapie* (Klessmann 1980, 1984, Kottje-Birnbacher 1981, 1990, 1993, 2000, Voss-Coxhead 1989). Das KB wird hier genauso wie in der Einzeltherapie als Projektionsfläche für Bedürfnisse, Ängste und Konflikte benutzt, nur daß der Schwerpunkt hier stärker auf der interaktionellen Dimension liegt.

Gruppentherapie

Die Gruppentherapie mit dem KB basiert auf der tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie. In diesen Rahmen werden Imaginationsphasen integriert, wobei es verschiedene Möglichkeiten gibt, nämlich stille Einzelimaginationen der Teilnehmer, die von dem Therapeuten durch Vorschlag eines Motivs und anreichernde Fragen begleitet werden, oder Gruppenimaginationen, in denen die Teilnehmer gemeinsam imaginieren. Dafür einigt sich die Gruppe zunächst auf ein Thema, wie z.B. "Erforschung einer Insel" oder "Jeder verwandelt sich in ein Tier, wir treffen uns als Tiere". Danach legen sich die Teilnehmer sternförmig auf den Boden und der Therapeut gibt eine Entspannungsinstruktion als Einleitung der Imagination. Jeder äußert dann die Bilder, die sich in ihm entwickeln (und die er zeigen will), so daß sich in einer Quasirealität eine gemeinsame Gruppenaktion entwickelt, die im Nachgespräch aufgearbeitet wird. Die Gruppennormen, die basalen Gruppenphantasien und Kompromißbildungen und die individuellen Rollenübernahmen mit dem zugehörigen biographischen Hintergrund sollten dabei akzentuiert werden. - In den Gruppenimaginationen entwickelt sich eine sehr dichte emotionale Interaktion zwischen den Gruppenteilnehmern, die die latenten Wünsche, Ängste und Abwehrstrukturen der Teilnehmer plastisch abbildet, insofern sehr wertvolles Arbeitsmaterial verfügbar macht und zusätzlich die Gruppenkohäsion stärkt. Allerdings setzt dies Vorgehen eine gewisse Ich-Stärke der Teilnehmer voraus. Im klinischen Rahmen kann der Therapeut die Gruppenimagination nicht einfach beobachten, sondern muß gelegentlich unterstützend eingreifen (Rust 1986), man kann hier aber auch gut mit Einzelimaginationen arbeiten, die auch individuell wesentliches Material erbringen, nur eher zu einer Therapie des Einzelnen in der Gruppe beitragen und die Vorteile der Gruppe weniger nutzen.

Paar und Familientherapie

In der Paartherapie schlägt der Therapeut ein seiner Einschätzung nach passendes Thema für eine gemeinsame Imagination vor, z.B. Selbstsymbole wie ein Haus (jeder kann dem anderen sozusagen sein inneres Haus zeigen); Bäume (jeder imaginiert einen Baum, dann sollen beide gemeinsam für die Bäume einen Platz finden und die Umgebung einvernehmlich gestalten); oder Tiere (die beiden Tiere sollen sich begegnen, man schaut, was sie miteinander anfangen können); oder eine gemeinsame Bootsfahrt (damit wird Nähe vorgegeben, die Frage ist, wie das Paar damit umgeht); eine Kleiderkammer, wo man verschiedene Kostüme finden und anprobieren kann (die darin verkörperten inneren Tendenzen können dem andern auf diese Weise angedeutet werden und man merkt die aktuelle Reaktion des Partners, die sich vielleicht gegenüber früher verändert hat); oder eine Begegnung als Kinder (dabei wird die emotionale Tiefenstruktur der Beziehung oft sehr plastisch); oder eine gemeinsame Bergwanderung (dabei zeigt sich der Umgang mit Leistungsanforderungen, Unterschiede in der Belastbarkeit, im Rhythmus von Anstrengung und Ausruhen und wie die Partner mit ihrer Unterschiedlichkeit zurechtkommen).

Es gibt viele Möglichkeiten, Selbstsymbole miteinander in Kontakt zu bringen oder Szenarien vorzuschlagen, die die Entwicklung unterschiedlicher gemeinsamer Aktionen nahelegen, wobei man dann beobachten kann, wer welche Bedürfnisse hat, wie er sie äußert, wie der andere darauf reagiert, wo es zu Mißverständnissen kommt, wie jeder mit Enttäuschungen umgeht etc. Der Therapeut fungiert bei diesen gemeinsamen Imaginationen als Begleiter, er sorgt dafür, daß jeder Partner sich äußert und genug Raum erhält, fragt nach, wenn Äußerungen unklar oder unvollständig sind, fordert den andern zur Stellungnahme auf, wenn ein Partner einen Wunsch oder eine Zuschreibung geäußert hat, und achtet darauf, daß die Toleranzgrenzen beider Partner nicht überschritten werden. Er sollte die emotionalen Verhakelungen der Partner genau beobachten, um sie im Nachgespräch bearbeiten zu können, gleichzeitig aber auch schon auf der KB-Ebene für eine gewisse Normalisierung der Kommunikation sorgen, kreatives neues Probehandeln fördern und nach guten Lösungen suchen lassen.

Man kann auch Familien miteinander KB machen lassen, um die Interaktionsstruktur zu verdeutlichen, und kann dabei auch nicht anwesende Familienmitglieder mit ins Bild nehmen. Bei Klessmann (1982) findet sich dazu ein schönes Beispiel, wo ein Paar, dessen 8jährige Tochter seit der Babyzeit an schweren Ekzem litt, ein Paar-KB mit dem Thema "Bootsfahrt" macht und dabei die Tochter mit ins Bild nimmt. An dem wörtlichen Protokoll kann man deutlich die Projektionen und projektiven Identifikationen ablesen, die sich auf die Tochter beziehen. Auch den Partnern wurde während der Imagination klar, worin das Problem bestand.

11. Indikation und Kontraindikation

Indikationen

Der Anwendungsbereich der KiP entspricht weitgehend dem der psychodynamischen Psychotherapien, daher soll hier nur auf die verfahrensspezifischen Erweiterungen und Einschränkungen eingegangen werden.

- In der KiP braucht die Fähigkeit der Patienten, ihr Erleben zu verbalisieren und zu reflektieren, nicht so gut ausgeprägt zu sein, weil die Bildebene als zusätzliche Bearbeitungsdimension zur Verfügung steht. Daher sind einfach strukturierten Patienten mit geringer Introspektionsfähigkeit, die Mühe haben, ihr Erleben in Worte zu fassen, oft gut durch KiP erreichbar.

- Besonders indiziert ist die KiP für Patienten mit festgefügten Abwehrstrukturen, für stark rationalisierende und für emotional blockierte oder unentwickelte Patienten, die durch das kreative Element des KB angesprochen werden und in den Bildern ihre innere Welt ausdifferenzieren können, da das KB auf einer basalen Fühl- und Spürebene ansetzt. Diese Vorteile kann man auch bei der Behandlung in Gruppen oder in Paar- und Familientherapien nutzen.

- In der Behandlung von psychosomatisch Kranken hat sich die KiP sehr bewährt. Die bildhafte Symbolisierung stellt einen wichtigen Zwischenschritt zwischen Körperempfindungen und Emotionen dar (Wilke und Leuner 1990).

- Eine wichtige Indikation für die KiP sind Kurztherapien von 15 - 30 Sitzungen und Kriseninterventionen, weil sich in den Bildern der Konfliktfokus schnell und präzise darstellt und zudem auf der Bildebene wirksame affektlösende, nachentwickelnde und konfliktklärende Bearbeitungsstrategien zur Verfügung stehen (Leuner 1985).

- Man kann die besonderen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der KiP aber genauso in längerdauernden, die Charakterstruktur verändernden Behandlungen verwenden.

- Ein weiterer Indikationsschwerpunkt ist die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, besonders die Altersgruppe, für die Spieltherapie nicht mehr in Frage kommt (Leuner, Horn und Klessmann 1990).

In den Sammelbänden zur KiP (s. Literaturverzeichnis) sind viele Einzelfallstudien über verschiedenartige Problemsituationen und Patiententypen zu finden, in denen man sich exemplarisch über angemessene therapeutische Vorgehensweisen informieren kann.

Kontraindikationen

Notwendige Behandlungsvoraussetzungen für jede Psychotherapie sind ausreichende Intelligenz und ausreichende Veränderungsmotivation. Zusätzlich muß man überlegen, ob der Patient von einer anderen Therapiemethode voraussichtlich besser profitieren könnte. Danach sollte man KiP in folgenden Situationen nicht oder nur nach sorgfältigem Abwägen der Vorteile und Risiken und mit einem auf die individuellen Probleme abgestimmten modifizierten Vorgehen einsetzen:

- Eine Psychotherapie mit KiP ist nicht indiziert, wenn die Patienten Imaginationen nicht mögen, sich nur ungern darauf einlassen und auch gut ohne KB behandelt werden können. Sofern dieser emotionalen Abwehr allerdings eine der oben dargestellten besonderen Indikationen zur KiP gegenüber steht, kann man versuchen, die Patienten für das KB zu motivieren.

- Bei ausgeprägt histrionisch strukturierten Patienten ist eine Indikation der KiP nicht gegeben, wenn durch die Bilder das dauernde Agieren unterstützt wird.

- Bei Patienten mit geringer Integration der Ich-Struktur ist Vorsicht geboten. Einerseits kann durch vorsichtigen Einsatz des KB die Integration des Ichs gefördert werden, andererseits muß der Gefahr des Überschwemmtwerdens durch Modifikationen der Technik gegengesteuert werden.

Darüber hinaus kann die Arbeit mit der KiP auch in einigen Situationen Schaden verursachen, so daß hier wirkliche Kontraindikationen vorliegen:

- Eine Psychotherapie mit KiP ist kontraindiziert während einer akuten Psychose, da die Patienten nicht mit ihren Bildern umgehen könnten, sondern von ihnen überschwemmt würden.

- Während akuter depressiver Zustände ist die KiP kontraindiziert, da sich die Depression durch die Spiegelung in depressiven Bildern verstärken würde.

12. Evaluation und Perspektiven des Verfahrens hinsichtlich Theorie und Behandlungstechnik

Lange wurde primär an der inhaltlichen Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des Verfahrens gearbeitet, während seine Überprüfung an größeren Patientengruppen zu kurz kam. Folgende größere Evaluationsstudien liegen inzwischen vor:

In einer kontrollierten Studie von Wilke (1980) wurden 58 Colitis ulcerosa-Patienten behandelt, 23 mit KiP, der Rest mit analytisch orientierter Gesprächstherapie und Entspannungsübungen. Bei gleichen klinischen Ausgangsbefunden waren die KiP-Patienten kürzer in stationärer Behandlung (39 Tage versus 50 Tage), und die klinischen Ergebnisse der KiP waren bei der Katamnese nach zwei Jahren der Kontrollgruppe hinsichtlich Rezidivfreiheit und Rezidivschwere etwas überlegen.

Roth (1990) und Mitarbeiter behandelten 65 Frauen mit psychosomatisch-gynäkologischen Symptomen und Sexualstörungen und 26 Männern mit Sexualstörungen mit KiP. Bei 72% der Männer und 84% der Frauen waren bei Abschluß der Behandlung die Symptome verschwunden oder erheblich verbessert. Für 60 Patienten liegen Katamnesen von mehr als 2 Jahren vor.

Klessmann und Klessmann (1990) haben 50 Anorektikerinnen ambulant behandelt und nach 6 Jahren katamnestisch untersucht. Das durchschnittliche Gewicht betrug bei Therapiebeginn 42,1 kg, bei Therapieende 47,1 kg, bei der Katamneseerhebung 53,8 kg.

XXXX

Auf die Ergebnisse der Prozeßforschung von Stigler und Pokorny (2000) wurde im Abschnitt über Wirkmechanismen schon eingegangen.

In den letzten Jahren wurde das innerhalb der KiP verfügbare Repertoire an Motiven und Interventionstechniken in seiner spezifischen Wirksamkeit gesichtet, differentialdiagnostisch geordnet und weiterentwickelt. Insbesondere zur therapeutischen Förderung von Patienten mit mittlerem und geringem Strukturniveau wurden wichtige belastungsdosierende und ressourcenfördernde Behandlungsanregungen entwickelt, und für etliche Beschwerdebilder gibt es inzwischen spezifische Behandlungskonzepte:

- für die Behandlung psychosomatischer Krankheiten wie Colitis, Morbus Crohn, Asthma, Anorexie, Bulimie und Herzneurosen - vor allem entwickelt von Wilke (1990), Klessmann und Klessmann (1988 und 1990), und Sachsse und Wilke (1987);
- für Borderline-Patienten vor allem von Sachsse (1989), Sachsse und Reddemann (1997), Jollet, Krägeloh und Krippner (1989 und 1997), Krippner (2001)
- für Angstpatienten mit Berücksichtigung des jeweiligen strukturellen Niveaus von Krippner und von Dieter (beides unveröffentl. Vorträge 1995);
- für die Behandlung verschiedener Arten von Depression von Dieter (1993);
- für die Behandlung von Zwangsstörungen von Salvisberg (1982), Klessmann (1984) und Friedrich (unveröffentl. Seminar 1997)
- für den Umgang mit älteren Patienten von Erlanger (1997)
- für den Umgang mit Kindern und Jugendlichen von Leuner, Klessmann und Horn 1990 und Horn (1987).

Diese Ausdifferenzierungen der Technik werden sicher weitergehen.

Gleichzeitig wurde versucht, die KiP innerhalb der modernen *analytischen Theorie* zu orten. Im Bemühen um eine konsistentere theoretische Basis wurden die Auswirkungen verschiedener psychoanalytischer Konzepte auf die KiP untersucht, so der Ich-Psychologie (Leuner 1982), der Objektbeziehungstheorie (König 1990), der Selbstpsychologie (Pahl 1980, Dieter 2000b)), des Konzepts des Übergangsraums von Winnicott (Lippmann 1990, Ullmann 1988), der Regression im Dienste des Ich von Balint (Leuner 1994). Zentral für die heutige Arbeit mit der KiP sind auch die Anregungen der modernen Säuglingsforschung (Stern, Lichtenberg, Dornes), und auch Anregungen aus der systemischen und lösungsorientierten Therapie spielen als Ergänzung des psychodynamischen Denkens eine Rolle (Fürstenau 1992, Leuner 1994, Klessmann 1982, Kottje-Birnbacher 1990, 1992, 1997).

13. Weiterbildungsmöglichkeiten

Auskunft erteilt das Sekretariat der AGKB, Bunsenstr. 17, D 37073 Göttingen, Tel. 0551 - 46754, das Sekretariat der ÖGATAP, Kaiserstr. 14 / 13, A - 1070 Wien, und das Sekretariat der SAGKB, Muristr. 38, CH 3006 Bern. Hier sind auch die Adressen der anderen KB-Gesellschaften zu erfahren, die in Mitteldeutschland, Holland, Schweden, Slovenien, Tschechien, Rußland die Ausbildung organisieren. Einführungskurse in die KiP finden in Deutschland im Rahmen der großen Psychotherapie-Tagungen in Lindau, Lübeck, Bad Wildungen, Langeoog, Aachen etc. statt. Die eigentliche Ausbildung findet dann vor allem in regionalen Seminaren der AGKB statt, wo in aufeinander aufbauenden Kursen die therapeutischen Vorgehensweisen der KiP vermittelt werden.

Das Verfahren ist unter didaktischen Gesichtspunkten in Unter-, Mittel- und Oberstufe gegliedert und ist dank seiner klaren Struktur gut lehr- und lernbar. Ergänzend zu den Übungskursen, in denen

der therapeutische Umgang mit Imaginationen geübt wird, werden Theorie-Seminare angeboten. Daneben ist Literaturstudium, eine kontinuierliche Betreuung in regionalen Supervisionsgruppen und Selbsterfahrung mit KB im Einzel- und im Gruppensetting erforderlich. Die Ausbildung dauert berufsbegleitend etwa drei bis vier Jahre und schließt mit dem Therapeutenkolloquium ab. Hierzu ist ein Behandlungsverlauf ausführlich auszuarbeiten, das Vorgehen theoretisch zu begründen und mit Tonbändern zu dokumentieren.

Zur Weiterbildung zugelassen sind psychotherapeutisch vorgebildete Ärzte, klinisch tätige Diplompsychologen, Psychoanalytiker und psychoanalytisch ausgebildete Kinder- und Jugendlichentherapeuten. Die Grundkurse können auch von Medizin- und Psychologiestudenten höherer Semester besucht werden.

Darstellungen des Verfahrens

- Erlanger A (1997) *Katathym-imaginative Psychotherapie mit älteren Menschen*. Reinhardt, München Basel
- Hennig H (1990) *Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben*. Thieme, Leipzig.
- Kottje-Birnbacher L (2000) *Katathym-imaginative Psychotherapie*. In: Reimer C und Rüger U *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S 151-176
- Leuner H (1989) *Katathymes Bilderleben, Grundstufe*. Thieme, Stuttgart (1. Aufl. 1970)
- Leuner H (1985/1994) *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens*. Huber, Bern
- Rust M (1996) *Katathym-imaginative Psychotherapie*. In: Senf W, Broda M (Hrsg) *Praxis der Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart New York, S 216-220
- XXX Wächter HM (1994) *Die katathyme Psychotherapie*. In: Heigl-Evers, und J. Ott (Hg): *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode*. Vandenhoeck und Ruprecht,
- Wilke E (1996) *Katathym-imaginative Psychotherapie - eine spezielle Form tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie*. In: Reimer C, Eckert J, Hautzinger M, Wilke E (Hrsg) *Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 77-123

Sammelbände

- Bartl G, Pesendorfer F (Hg) (1989) *Strukturbildung im therapeutischen Prozeß*, Literas, Wien,
- Hennig H, Fikentscher E, Rosendahl W (Hg) (1992) *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben*. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Wissenschaftliche Beiträge 1992,2, Halle
- Hennig, H und W Rosendahl (Hg) (1999) *Katathym-imaginative Psychotherapie als analytischer Prozeß*. Pabst Science Publishers, Lengerich
- Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg) (1997) *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern
- Leuner H (Hg) (1980) *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis*. Huber, Bern
- Leuner H, Hennig H, Fikentscher E (Hg) (1993) *Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis*. Schattauer, Stuttgart
- Leuner H, Horn G, Klessmann E (Hg) (1990) *Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen*. Reinhardt, München, Basel
- Leuner H, Lang O (Hg) (1982) *Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben. Ergebnisse II*. Huber, Bern

- Leuner H, Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wächter M (1986) Gruppenimagination. Gruppentherapie mit dem Kathymen Bilderleben. Huber, Bern
- Roth, JW (1984) (Hg) Konkrete Phantasie. Neue Erfahrungen mit dem Kathymen Bilderleben. Huber, Bern
- Wilke E, Leuner H (Hg) (1990) Das Kathymen Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern

im Text zitierte Literatur

- Bahrke U (1997) Angst und Symbol - Erfahrungen mit der Kathym-imaginativen Psychotherapie. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg) Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern, 148-155
- Bischof N (1993) Das Rätsel Ödipus. Piper, München, Taschenbuch 989
- Bölcs E (1997) Psychotherapeutische Arbeit mit den unbewußten Persönlichkeitsanteilen. Das Unbewußte als Co-Therapeut. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg) Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern, 126-132
- Bölcs E (1989) Das Kathymen Bilderleben als Instrument in der Supervision. In: Bartl G, Pesendorfer F (Hg) Strukturbildung im therapeutischen Prozeß, Literas, Wien, 265-269
- d'Arcais-Strotmann M (1997) Der Tagtraum - Tor zu Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg) Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern 58-65
- Dieter W (2000a) Imagination und Symbolisierung bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten. In: Salvisberg H, Stigler M, Maxeiner V (Hrg) Erfahrung träumend zur Sprache bringen. Huber, Bern, 147-168
- Dieter W (2000b) Zur Bedeutung der Selbstpsychologie für die KiP-Behandlungstechnik. Imagination 4/2000, 5-28
- Dieter W (1999) Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Imaginationen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten. Imagination 3/1999, 72-93
- Dieter W (1996) Lernen durch Erfahrung mit Hilfe von Symbolen. Imagination 3/1996, 5-19
- Dieter W (1995) Das innere Bild von Mann und Frau - geschlechtsspezifische Gegenübertragung von Mann und Frau in der Imagination. Imagination 3/1995,
- Dieter W (1993) Kathym-imaginative Psychotherapie bei depressiven Störungen. Imagination 15,4, 5 - 19
- Ebermann T (1999) Autostop - Fahren Sie mit? Fahren Sie mit! Imagination 1/1999, 61-72
- Eibach H (1997) Neues Wagen von Lebenswegen. Lebensziele und ihre Grenzen. Imagination 4/1997, 15-26
- Fürstenau P (1992) Erweitertes psychoanalytisches Paradigma und Kathymes Bilderleben. In: Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. Pfeiffer, München, 145-153
- Gerber G (1990) Gruppen-KB mit Kindern und Jugendlichen. In: Leuner H, Horn G, Klessmann E (1990) Kathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. Reinhardt, München Basel, S 160-176
- Hennig H (1999) Zur Dynamik von Wort und Bild im analytischen Prozeß. In: Hennig H, Rosendahl W (Hg) Kathym-imaginative Psychotherapie als analytischer Prozeß. Pabst Science Publishers, Lengerich, 17-42
- Horn G (1990) Selbsterfahrung des Therapeuten durch Regression in das Kindes- und Jugendalter. In: Leuner H, Horn G, Klessmann E: Kathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. Reinhardt, München, Basel, 229-252

- Horn G (1987) Katathymes Bilderleben mit Kindern. In: Petzold H, Ramin G (Hrsg) Schulen der Kinderpsychotherapie. Junfermann, Paderborn
- Jacobshagen M (2001) Gefühlen eine Bühne geben durch Katathymes Bilderleben. In: Sulz SKD, Lenz G (Hg) Von der Kognition zur Emotion. CIP-Medien, München, 263-290
- Jollet H, Krägeloh C, Krippner K (1997) Der schutzgebende Raum in seiner Bedeutung für Patienten mit Objektbeziehungsstörungen in der KiP - ein praxisorientierter Beitrag. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg) Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern, 216-221
- Jollet H, Krägeloh C, Krippner K (1989) Das KB bei Objektbeziehungsstörungen. In: Bartl G, Pesendorfer F (Hg) Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. Literas Universitätsverlag, Wien, S 99-108
- Kanitschar H (1999) Imagination in der Hypnoseherapie im Vergleich zur KiP. Imagination 3/1999, 5-36
- XXX Klessmann (2001)
- Klessmann E (1998) Daheim und unterwegs. Imagination 3/1998, 5-12
- Klessmann E (1987) Psychogene Polyurie - ein anachronistisches Konversionssyndrom? Psychother. Med. Psychol. 37, 205-210
- Klessmann E (1984) Katathymes Bilderleben und Familientherapie bei einem 16 Jahre alten Zwangsneurotiker. Vortrag in Göttingen
- Klessmann E (1982) Symbolisierung von Beziehungen im Katathymen Bilderleben - frühe Objektbeziehungen und späte(re) Familienbeziehungsstörungen. In: Leuner H, Lang O (Hg) Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben. Ergebnisse II. Huber, Bern, 56-72
- Klessmann E (1980) Das Katathyme Bilderleben als Spiegel gestörter Familienbeziehungen bei Kindern und Jugendlichen. In: Leuner H (Hg) Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. Huber, Bern, 274-292
- Klessmann E, Eibach H (1993) Wo die Seele wohnt. Huber, Bern
- Klessmann E, Eibach H (1996) Traumpfade. Weg-Erfahrungen in der Imagination. Huber, Bern
- Klessmann E, Klessmann HA (1988) Heiliges Fasten - heilloses Fressen: Die Angst der Magersüchtigen vor dem Mittelmaß. Huber, Bern
- Klessmann E, Klessmann HA (1990) Ambulante Therapie der Anorexia nervosa unter Anwendung des Katathymen Bilderlebens. In: Leuner H, Horn G, Klessmann E: Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. Reinhardt, München, Basel, 177-189
- König K (1990) Objektbeziehungstheorie und Katathymes Bilderleben. In: Wilke E, Leuner H (Hg) Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern, 36-41
- Kottje-Birnbacher L (2000) Paarbeziehungen und Paartherapie bei Borderline-Persönlichkeiten. In Kernberg O, Dulz B, Sachsse U (Hg) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart, 793-802.
- Kottje-Birnbacher L (1997) Tiefenpsychologisch-systemische Arbeit mit der Katathym-imaginativen Psychotherapie. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg) Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern, 45-57
- Kottje-Birnbacher L (1993) Über den Führungsstil in der Paartherapie mit dem KB. In: Leuner H, Hennig H, Fikentscher E (Hg) Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis. Schattauer, Stuttgart, 50-56.
- Kottje-Birnbacher L (1992) Strukturierende Faktoren des Katathymen Bilderlebens. Prax Psychother Psychosom 37: 164-173
- Kottje-Birnbacher L (1990) Tiefenpsychologische und systemische Gesichtspunkte bei der Behandlung psychosomatisch Erkrankter mit dem Katathymen Bilderleben. In: Wilke E,

- Leuner H (Hg) Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern, 293-301
- Kottje-Birnbacher L (1981) Paartherapie mit dem katathymen Bilderleben - eine Falldarstellung. *Familiendynamik* 6, 260-274
- Kottje-Birnbacher L, Sachsse U (1986) Das gemeinsame Katathyme Bilderleben in der Gruppe (GKB) In: Leuner H, Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wächter M (Hrsg) Gruppenimagination. *Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben*. Huber, Bern, S 29-142
- XXX Krippner (2001) Stabilisierende Faktoren in der Borderline-Behandlung mit KiP
- Ladenbauer W (2000) Der andere (Anteil) im KB. *Imagination* 2/2000, 5-33
- Ladenbauer W (1999) Systematik der Techniken in der Begleitung katathymen Bilder. *Imagination* 1/1999, 73-77
- Lang I (1998) Durcharbeiten in der Psychoanalyse und in der KiP. *Imagination* 3/1998, 28-35
- Lang O (1982) Behandlung einer schweren narzißtischen Störung bei hysterischer Persönlichkeitsstruktur - zugleich ein Beitrag zur Eigenart der Übertragung im Katathymen Bilderleben. In: Leuner H, Lang O (Hrsg) *Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben Ergebnisse II*. Huber, Bern, S 133-151
- Lang O (1997) Das Symbol als therapeutisches Agens. *Imagination* 2 / 1997, 15-25
- Leuner H (1955) Experimentelles Katathymes Bilderleben als klinisches Verfahren der Psychotherapie". *Z. Psychoth. med. Psychol.* 5: 185-203 und 6: 233-258
- Leuner H (1955) Symbolkonfrontation, ein nicht interpretierendes Vorgehen in der Psychotherapie. *Schw. Arch. Neurol. Psychiat.* 76: 23-49
- Leuner H (1957) Symboldrama, ein aktives nicht analysierendes Vorgehen in der Psychotherapie. *Z. Psychoth. med. Psychol.* 7: 221-238
- Leuner H (1959) Das Landschaftsbild als Metapher dynamischer Strukturen. In Stolze H (Hrsg) *Arzt im Raum des Erlebens*. München
- Leuner H (1964) Das assoziative Vorgehen im Symboldrama. *Z. Psychoth. med. Psychol.* 14: 196-211
- Leuner H (1989) *Katathymes Bilderleben, Grundstufe*. Thieme, Stuttgart (1. Aufl. 1970)
- Leuner H (1985/1994) *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens*. Huber, Bern
- Leuner H (1982) Das Katathyme Bilderleben im Lichte der Ich-Psychologie. In: Leuner H, Lang O (Hg) *Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II*. Huber, Bern, 37-55
- Lippmann R (1990) Übergangsräume und Übergangsobjekte im Katathymen Bilderleben. In: Wilke E, Leuner H (Hg) *Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin*. Huber, Bern, 214-234
- Matjugin I und Obuchov J (1997) Die Korrektur des psychosomatischen Zustandes bei Diabetikern mit Hilfe von eidetischen Bildern. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg) *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern, 175-181
- Mergenthaler E, Bucci W (1999) Linking verbal and non-verbal representations: Computer analysis of referential activity. *British J of Medical Psychology*, 72, 339-354
- Pahl J (1980) Über narzißtische Entwicklungslinien während des Katathymen Bilderlebens. In: Leuner H (Hg) *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis*. Huber, Bern, 93-104
- Pahl J (1982) Über einige abgrenzbare Formen der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse während der Arbeit mit dem Katathymen Bilderleben. In: Leuner H, Lang O (Hg) *Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben. Ergebnisse II*. Huber, Bern, 73-92
- Rasch G (1999) Das Über-Ich - "Urheber aller Neurosen?" *Imagination* 3/1999, 51-71
- Rohde-Dachser, C (1989) Psychoanalytische Theorien zur Entstehung der frühen Objektbilder und ihre Bedeutung für die unbewußte Erfahrung der Geschlechterdifferenzierung bei Mann

- und Frau. In: Bartl G, Pesendorfer F (Hg) Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. Literas Universitätsverlag, Wien, 29-44
- Rosenberg L (1998) Kraftquellen und Ressourcen in der KB-Therapie. *Imagination* 20: 5-36
- Rosenberg L (1995) Finden und Erfinden von KB-Motiven. *Katathymen Bilderbote*, 7, 29-34
- Rosner M (1998) Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepte in der KIP, *Imagination* 2/1998, 49-64
- Roth, JW (1990) Das KB in der Behandlung von Sexualstörungen und gynäkologisch-psychosomatischen Symptomen. In: Wilke E, Leuner H (Hg) Das Katathymen Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern, 266-273
- Rust M (1986) Patientengruppen in der Psychiatrischen Klinik. In: Leuner H, Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wächter M (Hg) Gruppenimagination. Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Huber, Bern 137-142
- Sachsse U (1989) Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben (KB) bei Borderline-Patienten. *Prax Psychother Psychosom* 34: 90-99
- Sachsse U, Wilke E (1987) Die Anwendung des katathymen Bilderlebens bei psychosomatischen Erkrankungen. Theoretische Überlegungen zu Erfahrungen in der Praxis. *Prax. Psychother. Psychosom.* 32, 46 - 54
- Sachsse U, Reddemann L (1997) Katathym-imaginative Psychotherapie in der Behandlung traumatisierter Patientinnen. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hrsg) *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern, 222-228
- Salvisberg H (2000) Bild - Sinnbild - Sinn. Von den Sinnen zum Sinn oder: Der andere Baum der Erkenntnis. In: Salvisberg H, Stigler M, Maxeiner V (Hg) *Erfahrung träumend zur Sprache bringen*. Huber, Bern, 31-48
- Salvisberg H (1982) Therapie von Zwangsneurosen mit dem Katathymen Bilderleben - ein Beitrag zu Kasuistik und Theorie. In: Leuner H, Lang O (Hg) *Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II*. Huber, Bern, 94-111
- Schnell M (1997) Der imaginative Raum - vom Übergangsobjekt zur Objektbeziehung. In: Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U. und E. Wilke (Hg): *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern, 207-215
- Seithe A (1997a) Die Suggestion im Dienste des Ich. *Imagination* 1/1997, 22-28
- Seithe A (1997b) Die Verwendung von Sprachbildern in der Katathym-imaginativen Psychotherapie. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg) *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern, 96-103
- Seithe A (1989) Erfahrungen mit dem KB-Motiv einer "Guten, freundlichen Gestalt" In: Bartl G, Pesendorfer F (Hg) *Strukturbildung im therapeutischen Prozeß*, Literas, Wien, 215-222
- Steiner B (2001) *Katathym-imaginative Psychotherapie: Die Mittelstufe*. Unveröffentlichtes Skript
- Stern (1992) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stigler M (2000) Der körperliche Ausdruck prozeduraler Schemata - ein Werkstattbericht. In: Salvisberg H, Stigler M, Maxeiner V (Hrsg) *Erfahrung träumend zur Sprache bringen*. Huber, Bern, 115-123
- Stigler M, Pokorny D (2000) Vom inneren Erleben über das Bild zum Wort. KiP-Texte im Lichte computergestützter Inhaltsanalyse. In: Salvisberg H, Stigler M, Maxeiner V (Hrsg) *Erfahrung träumend zur Sprache bringen*. Huber, Bern, 85-100
- Ullmann H (1997) Katathym-imaginative Psychotherapie im Entwurf- Handhabung und Verständnis der initialen Tagtraumübung. In: Kottje-Birnbacher L, Sachsse U, Wilke E (Hg) *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern, 83-95
- Ullmann H (1988) Übergangsfunktionen des Katathymen Bilderlebens in der Behandlung psychosomatisch Kranker. *Ärztliche Praxis und Psychotherapie* 10, 3 - 10

- Voss-Coxhead D (1989) Erkennen und Verändern familiärer Strukturen - Erste Ergebnisse mit dem KB in der Familientherapie. In: Bartl G, Pesendorfer F (Hrg) Strukturbildung im therapeutischen Prozeß, Literas, Wien, 229-236
- Wächter HM (1982) Kurztherapie einer neurotischen Depression mit narzißtischen Persönlichkeitsanteilen. In: Leuner H, Lang O (Hrsg) Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II. Huber, Bern, S 112-132
- Wilke E (2001) Die Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) in der Behandlung der Bulimia nervosa. PiD 2 / 2001, 195-205
- Wilke E (1993) Katathymes Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. In: Leuner H, Hennig H, Fikentscher E (Hg) Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis. Schattauer, Stuttgart, 102-110
- Wilke, E (1990) Behandlung psychosomatisch Kranker mit dem KB. In: Wilke E, Leuner H (Hg) Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern, S 71-176
- Wilke E (1989) Strukturauflösung und Neustrukturierung in der KB-Therapie der Magersucht. In: Bartl G, Pesendorfer F (Hrg) Strukturbildung im therapeutischen Prozeß, Literas, Wien, 237-241
- Wilke E (1980) Das katathyme Bilderleben bei der konservativen Behandlung der Colitis ulcerosa (eine kontrollierte Studie). In: Leuner H (Hg) Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis. Huber, Bern S 186-208
- Zwettler-Otte S (1999) Suggestive und analytische Elemente der Psychotherapie. Imagination 4/1999, 39-69

* Die neuen Bezeichnungen wurden von der Arbeitsgruppe von AGKB und MGKB zur Weiterentwicklung des theoretischen Begriffssystems der KiP entwickelt (Bahrke, Fikentscher, Glettler, Günter, Hennig, Kottje-Birnbacher, Krägeloh, Krippner, Nohr, Rosendahl, Wilke). Die alten, die dem heutigen Stand der Theoriebildung nicht mehr entsprechen, stehen jeweils in Klammern.