

Explizite und implizite KIP-Behandlungstechnik

**Ein Beitrag zur Borderline-Therapie
mit der Katathym Imaginativen Psychotherapie**

Wilfried Dieter

Problem und Kontext

Hanscarl Leuner, der Begründer der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP), hat keine in sich geschlossene Lehre zur Behandlungspraxis mit der KIP hinterlassen und auch kein Modell des therapeutischen Prozesses in der KIP. Das daraus entstandene Vakuum vergrößerte sich mit der enormen Erweiterung des Indikationsbereichs für die KIP auf die Borderline-Störungen und die posttraumatischen Störungen. Wenn wir die theoretische Fundierung der KIP-Behandlungstechnik verbessern wollen, stellen sich uns heute, beinahe 10 Jahre nach Leuners Tod, daher zwei dringende Aufgaben: Zum einen müssen neu gewonnene Erkenntnisse aus Nachbarwissenschaften, vor allem aus der Psychoanalyse und den Neurowissenschaften, in die Theorie der KIP-Technik integriert werden. Zum anderen geht es um die Frage der spezifischen Bedeutung der Imagination für den tiefenpsychologisch fundierten Behandlungsprozess mit der KIP, d. h. vor allem um die Beziehung zwischen der Imagination und der Übertragung bzw. Gegenübertragung.

Fragen nach spezifischen therapeutischen Wirkfaktoren und nach einem integrativen Konzept für den therapeutischen Prozess beherrschen seit jeher auch den wissenschaftlichen Diskurs in der Psychoanalyse, auf deren Grundannahmen und theoretischen Vorstellungen die KIP sich im Wesentlichen gründet. Nach Fürstenau (1977) und Cremerius (1979) gab es in der Tradition von Freud eine „Einsichtstherapie“, die auf einer „tendenzlosen“ Analyse von Widerständen und Übertragungen beruhte und deren Werkzeug vorrangig die Deutung war. Im Gegensatz dazu wurde auf der Basis der Arbeiten von Ferenczi, Balint und Winnicott eine „Therapie der emotionalen Erfahrung“ entwickelt, die einem

entwicklungsfördernden Umgang mit dem Analysanden und einem intersubjektiven Prozessverständnis einen ebenso hohen Stellenwert zumaß. Nach einer langen Phase der Polarisierung dieser beiden Positionen führten die Ausweitung des Behandlungsspektrums auf die so genannten „frühen“ Störungen und die Erkenntnisse der Objektbeziehungstheorien über die Bedeutung der lebensgeschichtlich frühen Erfahrungen mit den Bezugspersonen zu einem Umdenken. In der modernen Psychoanalyse gelten „Deutungsarbeit“ und „Entwicklungsförderung“ nicht mehr als Gegensätze, sondern als zwei nicht zu trennende Möglichkeiten, Patienten in Abhängigkeit vom Funktionsniveau, vom Strukturniveau und von der jeweils vorherrschenden Übertragungs-Gegenübertragungssituation zu helfen.

Ganz ähnlich, wenn auch mit umgekehrten Vorzeichen, stellt sich die Situation in Bezug auf die KIP dar. Leuner (1994) gibt in seinen behandlungstechnischen Empfehlungen eindeutig der „Entwicklungsförderung“ den Vorrang gegenüber der „Deutungsarbeit“ und der Arbeit mit der Übertragung und der Gegenübertragung. Unter den verschiedenen psychoanalytischen Konzepten bevorzugt er für die Fundierung der KIP-Behandlungstechnik neben der Triebtheorie vor allem die Ich-Psychologie und die Selbstpsychologie. Da bei ihm aber die Objektbeziehungstheorien kaum Erwähnung finden, unterbleibt eine Reflexion darüber, dass die *Symbolisierungsfähigkeit* des Menschen, welche die Basis bildet für die Anwendung der KIP als therapeutisches Verfahren, in vielen Fällen nur ganz unzureichend entwickelt sein oder auf regressivem Wege verloren gehen kann. Das gilt für eben jene Störungen, die in der Zeit nach Leuner das Behandlungsspektrum der KIP erweiterten, nämlich die Borderline-Störungen und die posttraumatischen Störungen. Leuner hatte die Borderline-Störungen im Gegensatz zu den narzisstischen Störungen noch zu den Kontraindikationen für eine Behandlung mit der KIP gerechnet.

Mit guten Gründen: Bei Borderline-Störungen stößt das „Standardverfahren“ der KIP, wie es Leuner in der letzten Auflage seiner Monographie (1994) niedergelegt hat, an seine Grenzen. Patienten mit einer Borderline-Pathologie, die an einer *Entwicklungspathologie* leiden und nicht, wie neurotisch strukturierte Menschen, an einer *Konfliktpathologie*, können auf Grund ihrer Entwicklungsstörung oft nicht „bilden“, sie können ihre Imaginationen nicht „nutzen“, sie können nicht „auftanken“, d. h. das Ziel einer Entwicklungsförderung durch die Arbeit mit Imaginationen ist unmodifiziert nicht erreichbar.

Die erforderlichen Modifikationen betreffen die Arbeit mit der Übertragung und mit der Gegenübertragung, also ganz wesentlich auch die Gestaltung und *die Handhabung der therapeutischen Beziehung*, während gleichzeitig die traditionelle KIP-Technik, gekennzeichnet durch „Standardmotive“, „Führungsstil“, „Regieprinzipien“ und Ähnliches (Bahrke und Nohr 2005) in den Hintergrund tritt. Die herkömmliche Behandlungstechnik nenne ich „explizite KIP-Behandlungstechnik“, die modifizierte Technik dagegen „implizite KIP-Behandlungstechnik“.

Mit den gewählten Begriffen möchte ich zum Ausdruck bringen, dass im Falle der expliziten Technik das imaginative Angebot ganz im Vordergrund steht und nicht die therapeutische Beziehung, dass die Stunden zwischen den Imaginationen nach traditionellem Verständnis zum Nacharbeiten und Durcharbeiten der Imagination und gemalter Bilder verwendet werden können, dass während der Imagination „Operationen am Symbol“ erfolgen können und auftauchende bildhafte Symbole zu einer „Selbstinterpretation“ tendieren. Solche Imaginationen können in Anlehnung an Ermann (2005 b) als „höher strukturierte Imaginationen“ bezeichnet werden und kennzeichnen die Symbolsprache neurotisch strukturierter Menschen. Die Haltung des Therapeuten ist die eines unaufdringlichen empathischen Begleiters. Intersubjektives Erleben wird kaum thematisiert, sondern der Therapeut hilft dem Patienten, sich mit Hilfe seiner Imaginationen selbst zu erkunden, Kraft zu schöpfen und Konfliktlösungen mit Hilfe seines Unbewussten zu finden.

Im Falle der impliziten Technik geht es um „nieder strukturierte Imaginationen“, wie sie für Patienten mit Borderline-Störungen charakteristisch sind. Solche Imaginationen müssen therapeutisch anders bearbeitet werden, nämlich *„implizit“, das heißt in engster Verschränkung mit den Prozessen von Übertragung und Gegenübertragung*. Die implizite KIP-Behandlungstechnik ist damit, im Gegensatz zu Leuners Vorstellungen, auch aufs Engste verbunden mit einer aktiven „Deutungsarbeit“. Denn schwer gestörte oder regrediierte Patienten benötigen angemessene Deutungen, um sich „gehalten“ zu fühlen und sich auf den therapeutischen Prozess überhaupt einlassen zu können. Die implizite Behandlungstechnik möchte ich später in einer ausführlichen Fallvignette zur Diskussion stellen, während ich auf die explizite Behandlungstechnik nur in Form von Gegenüberstellungen eingehen werde.

In den letzten Jahren haben die Neurowissenschaften durch die Fortschritte mit bildgebenden Untersuchungsverfahren einen Aufsehen erregenden Aufschwung erlebt. Davon beginnen die tiefenpsychologischen Therapieverfahren, darunter die KIP, zunehmend zu profitieren. So hat speziell die Gedächtnisforschung (Kokkou et al. 1998, Roth 2001) das psychoanalytische Verständnis des Traums und die Handhabung der Traumdeutung im therapeutischen Prozess grundlegend verändert. Meiner Ansicht nach gilt das Gleiche auch für das Verständnis katathymen Imaginationen und deren therapeutischer Wirksamkeit.

Neurowissenschaftliche Befunde – Explizites und implizites Gedächtnis

Im Kontext meines Themas haben die Begriffe „explizit“ und „implizit“ zunächst eine methodische Bedeutung. „Explizit“ bedeutet, dass die katathyme Imagination

auf der Basis einer erreichten Symbolisierungsfähigkeit bzw. Repräsentanzenbildung entsteht und nach dem herkömmlichen Verfahren im therapeutischen Prozess bearbeitet werden kann. „Implizit“ dagegen bedeutet, dass auf Grund einer fehlenden Symbolisierungsfähigkeit bzw. Repräsentanzenbildung eine Modifikation des Umgangs mit Imaginationen erforderlich ist mit einer viel engeren *Verflechtung von Imaginations- und Übertragungsbearbeitung*. Damit steht beim impliziten Modus das *Beziehungserleben* im Vordergrund, das im Hier und Jetzt der Übertragung aktualisiert bzw. inszeniert wird. Wenn ein „*Nachsinnen*“ (d. h. ein nicht nur kognitiver Prozess, sondern ein Erleben mit dem Verstand sowie mit allen Sinnen) über den Patienten oder ein gemeinsames Nachsinnen zusammen mit dem Patienten nicht möglich ist, werden „*Enactments*“, das sind ausagierende unbewusste Inszenierungen von anders nicht fassbaren Erfahrungsbruchstücken, zu einer wesentlichen Erkenntnisquelle sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten.

Die Begriffe „explizit“ und „implizit“ haben aber noch eine weitere Bedeutung. Sie beziehen sich auch auf ein neurobiologisches Substrat, nämlich auf das explizite und das implizite Gedächtnis (Köhler 1998). Das explizite Gedächtnis ist in einem entwicklungsgeschichtlich jungen Hirnareal lokalisiert, nämlich im Neocortex, der Hirnrinde. Das implizite Gedächtnis dagegen wird dem limbischen System, einem entwicklungsgeschichtlich viel älteren Teil der Hirnbasis, zugeordnet.

Kurz zusammengefasst können die beiden Gedächtnisspeicher wie folgt charakterisiert werden:

Das explizite Gedächtnis ist deklarativ, episodisch strukturiert und enthält vorrangig Faktenwissen. Es ist sprachlich und bildhaft codiert, und die Inhalte können zum Teil bewusst erinnert bzw. abgerufen werden, zum Teil sind unbewusste episodische Erfahrungen gespeichert, die prinzipiell bewusstseinsfähig sind. Eine Bewusstmachung im therapeutischen Kontext kann insbesondere durch Deutungen erfolgen. D. h. das Unbewusste des expliziten Gedächtnisses hat eine begriffliche Gestalt, es ist zu einer Symbolisierung gekommen, zur Fähigkeit des sprachlichen Ausdrucks mit symbolischer Sättigung. Die Inhalte des expliziten Gedächtnisses bilden in ihrer episodischen Struktur die Basis für das autobiographische Gedächtnis.

Das implizite Gedächtnis ist nicht-deklarativ, prozedural, nicht episodisch strukturiert und enthält vorrangig affektives Wissen, Emotionsregeln, „Beziehungswissen“ und das unbewusste Wissen um den Erwerb von Fertigkeiten (Sprechen, Gehen usw.). Es ist *nicht sprachlich und nicht bildhaft* codiert, sondern sensomotorisch und in Form von vorsprachlichen Interaktionsrepräsentanzen (Stern 1985). Daher sind die Inhalte unbewusst, nicht willentlich abrufbar, sondern nur in Form von „*Enactments*“ interpersonell inszenierbar. Dabei werden in Gestalt solcher Inszenierungen Erfahrungen vermittelt, die niemals „gedacht“

worden sind („Das ungedachte Bekannte“, Bollas 1987). Hier ergeben sich enge Verbindungen zur Theorie der Symbolbildung von Bion (1962, 1963), der postuliert hatte, dass ein sehr junges Kind ungedachte oder noch nicht denkbare oder träumbare Rohstoffe der psychischen Erfahrung, so genannte „Beta-Elemente“, ausstoßen müsse, um sie mit Hilfe der „Alpha-Funktion“ der Mutter und ihrer „Rêverie“ zu Bausteinen des Denkens werden zu lassen. Diese Bausteine können dann den „Stoff“ für Träume und Imaginationen bilden, nämlich reife Symbole.

Von großer praktischer Bedeutung ist die Tatsache, dass der „Datentransfer“ vom impliziten zum expliziten Gedächtnis rasch verläuft, was z. B. dazu führt, dass aus einem Angsterlebnis rasch bewusste und geplante Konsequenzen für das Verhalten gezogen und auch umgesetzt werden. Der Datentransfer in die umgekehrte Richtung ist dagegen um ein Vielfaches langsamer. Darin liegt ein Grund, warum affektive Prozesse (impulsives Verhalten, depressives Erleben u. v. a.) nur ganz langsam durch „Einsicht“ verändert werden können. Aber prinzipiell steht der „Daten-Highway“ auch in dieser Richtung zur Verfügung (Roth 2001, S. 153). Die Langsamkeit des Transfers erklärt u. a. den langen Zeitbedarf einer Psychotherapie.

Die Aktivierung der Gedächtnisspeicher

Dieser Thematik hat in jüngster Zeit Salvisberg (2005) eine grundlegende Arbeit gewidmet, welche die Grundlagen für die später zu erläuternde Beziehung zwischen Gedächtnis und Psychotherapie hervorragend beschreibt. Unter Bezugnahme auf Grawe (1998) zeigt sie, wie unterschiedlich die Zugriffsmöglichkeiten auf die beiden Gedächtnissysteme sind.

Die Inhalte des expliziten Gedächtnisses können im Prinzip durch eine intentionale Entscheidung (Sich-erinnern-Wollen, Nachdenken-Wollen) abgerufen werden. Derjenige Anteil, der durch Verdrängung unbewusst gehalten wird, kann in der Therapie durch Deutungen erreicht und damit dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden.

Anders verhält es sich beim impliziten Gedächtnis. „Alle Inhalte des impliziten Gedächtnisses und damit die Grundlagen des Großteils unbewusster Prozesse können nur prozessual aktiviert und reaktiviert werden, nicht über inhaltliche Thematisierung.“ (Grawe 1998, S. 240). Da das implizite Gedächtnis ein Wiedererkennungsgedächtnis ist, ist es an äußere Auslöser gebunden und braucht daher eine erneute externe Stimulation, um gespeicherte Daten so zu transformieren, dass sie prinzipiell zugänglich werden. Diese externe Stimulation nennt Grawe „prozessuale Aktivierung“.

Prozessuale Aktivierung bedeutet: Durch emotionale Erfahrung in der Gegenwart (d. h. im therapeutischen Prozess) werden alte emotionale Muster aus der

Vergangenheit berührt und damit implizite Gedächtnisinhalte aktiviert (Salvisberg 2005, S. 26). Grawes Konzept ist keineswegs neu. Das psychoanalytische Konzept der Übertragung und der Arbeit im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung besagt exakt das Gleiche und ist experimentell bestens abgesichert. Die psychoanalytischen Traumforscher und Neurowissenschaftler Koukkou und Lehmann (1998) konnten mit Hilfe ihres „Zustands-Wechsel-Modells“ des Gehirns zeigen, dass die Erinnerung an Vergangenes stark davon abhängt, ob sich das Gehirn zum Zeitpunkt des Erinnerns im selben EEG-Zustand befindet wie zum Zeitpunkt des Speicherns.

Die zu Grunde liegende Idee finde ich faszinierend. Während die neurobiologische Basis des Erinnerns durch die Übereinstimmung oder zumindest die Ähnlichkeit von EEG-Mustern des Gehirns zum Zeitpunkt des Speicherns und zum Zeitpunkt des Erinnerns gebildet wird (Koukkou und Lehmann 1998), ist es im Rahmen moderner Vorstellungen des psychotherapeutischen Prozesses der „Kontext“ (Salvisberg 2005, S. 26), der bei Encodierung und Abruf ähnlich sein muss. *Die Erinnerungsfähigkeit ist also „kontextabhängig“*. Zum Kontext können äußere Umgebungsfaktoren gezählt werden (Räumlichkeiten, Aussehen und Verhalten von Personen, sinnliche Eindrücke u. a.), aber vor allem affektive Stimmungen, die als innere Umgebungsfaktoren verstanden werden können.

Die Kontextabhängigkeit als wesentliches Merkmal der prozessualen Aktivierung wird von verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren unterschiedlich genutzt: In der Verhaltenstherapie z. B. werden gezielt Situationen aufgesucht, die früher und bisher Angst gemacht haben (Angstexposition), um im Hier und Jetzt neue korrigierende Erfahrungen machen zu können, nämlich die Erfahrung, die Angst aushalten zu können und nicht alleine gelassen zu werden. Auch in der Behandlung von Angststörungen mit der KIP spielt ein solcher verhaltenstherapeutischer Aspekt eine große Rolle.

Das Gleiche gilt für die Übertragung in der Psychoanalyse. Die heilsame emotionale Neu-Erfahrung findet nicht vorrangig durch eine genetische Deutung („Dort und damals“) statt, obwohl eine rekonstruktive Deutung in ihrer sinnstiftenden und Halt gebenden Bedeutung auf keinen Fall unterschätzt werden darf. Gewiss wirksamer ist aber die Inszenierung der inneren Welt in der Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung. Im „Hier und Jetzt“ der therapeutischen Beziehung wird „kontextähnliches Erleben“ möglich. Durch eine übertragungsbedingte Begegnung mit *inneren Umgebungsfaktoren* (Affekten, Phantasien) und deren Verknüpfung mit *äußeren Umgebungsfaktoren* (der realen Person des Therapeuten, seinem Verhalten, mit anderen Worten: mit seinem Beitrag zur Entwicklung der Übertragung) werden die Inhalte impliziter Gedächtnisspeicher verfügbar, und es kommt zu einer „prozessualen Aktivierung“.

Noch deutlicher sind prozessuale Aktivierung und Kontextabhängigkeit als Wirkfaktoren für den therapeutischen Prozess in der KIP erkennbar. Zum ersten

arbeiten wir in der KIP immer in der Übertragung (Körner 1989), und alles, was ich über die Übertragung als Kontext und damit als Brücke zur Erinnerung an Vergangenes gesagt habe, gilt auch für die KIP.

Zum zweiten bilden die „*Motivvorgabe*“ in der KIP und die therapeutische *Begleitung der Imaginationen* im Behandlungsprozess einen Beitrag zum *therapeutischen „Handlungsdialog“*: Eine Motivvorgabe soll emotional auf die Bedürfnisse und die Befindlichkeit des Patienten abgestimmt sein, sie soll „passen“, ebenso das gewählte therapeutische Vorgehen (Haltung, Begleitetechniken, Interventionen). Vor allem bei entwicklungsgestörten Patienten soll das Imaginieren einer *Förderung der noch unreifen Symbolisierungsfähigkeit* dienen. Damit enthält der Handlungsdialog der Motivvorgabe Aspekte eines Mutter-Kind-Dialogs im Dienste von Mentalisierungsprozessen, auf die ich später noch genauer eingehen werde.

Zum dritten besteht der ähnliche Kontext zwischen Vergangendem und Gegenwärtigem in der KIP in einem ähnlichen Modus des Denkens zwischen damals (kindliches Denken zum Zeitpunkt des Speicherns pathogener Erinnerung) und heute (therapeutische Verarbeitung impliziter Gedächtnisinhalte mit Hilfe einer bildhaften Darstellung). Der aktualisierte therapeutische Zugang besteht *in einer besonderen Form des Denkens*, nämlich der Imagination. Die Denkform der Imagination folgt den Regeln des Primärprozesses. „Damit besteht für Träume, Tagträume und kindliches Denken das gleiche Milieu. Der gleiche Kontext ist der ähnliche Denkprozess. Dieser dient als Brücke zu frühen Erinnerungen. Primärprozesshaftes Denken als Kontext ist daher förderlich für die Erinnerung an frühe Erfahrungen. Man könnte somit in Analogie zu Koukkous und Lehmanns (1998) EEG-Zustandsabhängigkeit von einer Primärprozess-Zustandsabhängigkeit sprechen.“ (Salvisberg 2005, S. 27).

Salvisberg (2000; 2005, S. 28) weist darauf hin, dass das primärprozesshafte, holistische, kommodale Denken des kleinen Kindes auch dem Erwachsenen zur Verfügung steht. „(Es) muss lediglich unterstützt werden, um als Kontext in die implizite Vergangenheit zu führen. (...) Ausgangspunkt, wir nennen es Motiv, sind die (...) Kontextfaktoren: Dinge, Menschen, Pflanzen, Landschaften, sinnliche Eindrücke, Körpergefühle, Emotionen, Stimmungen. (...) Der Primärprozess tut sein Werk, indem er die Inhalte mobilisiert und durch Symbolisierung, Verschiebung und Verdichtung sinnvoll bearbeitet. Dabei wird er in der KIP durch den therapeutischen Dialog unterstützt.“

Ich habe bisher dargestellt, dass Inhalte des impliziten Gedächtnisses nur prozessual, also über (Beziehungs-)Erfahrung aktiviert werden können. Wie oben dargestellt, enthält auch das explizite Gedächtnis unbewusste Strukturen. Wie können diese im therapeutischen Prozess erreicht werden? Ich zitiere noch einmal Salvisberg (2005, S. 29): „Zu den Inhalten des *expliziten* Gedächtnisses führen *beide* Wege, der des Nachdenkens und der des Erlebens. Semantische Information, Sachwissen, ist meist, nicht immer, besser durch Nachdenken

erreichbar. Emotionale Erfahrung jedoch ist besser über das Erleben zugänglich, sei sie nun implizit oder explizit gespeichert. Zudem ist zu bedenken, dass auch in die expliziten Gedächtnisstrukturen emotionale Gehalte und Strukturen aus dem impliziten, prozeduralen Gedächtnis eingehen. Es handelt sich ja nicht um ein Entweder-Oder der Gedächtnisstrukturen, sondern um ein Kontinuum mit Aufbau, mit Hinzukommen und Integrieren von Neuem im Lauf der Entwicklung.“

Neurowissenschaften und tiefenpsychologische Behandlungskonzepte

Bei der Behandlung von Patienten mit einer neurotischen Konfliktpathologie sollen Verdrängungen, die aus symbolisierter Erfahrung entstanden sind, aufgelöst werden. Damit steht die Bewusstmachung unbewusster episodischer Erfahrungen mit Bezugspersonen im Mittelpunkt. In der Psychoanalyse solcher Störungen kommen die klassischen Konzepte (Grundregel, Deutung, Widerstandsanalyse, Bereitschaft zur Rollenübernahme) zur Anwendung. Für die KIP bei neurotischen Störungen ist die Fähigkeit des Patienten von größter Bedeutung, eine „dritte Position“ einnehmen und über sich nachdenken, oder besser: „nachsinnen“ (d. h. Denken unter Einbeziehung sinnlichen Erlebens) zu können. Nur in diesem Fall kann eine Imagination eine hilfreiche Wirkung entfalten, weil sie ein *triadisches Erleben* fördert, es aber gleichzeitig auch voraussetzt. Der Therapeut nutzt die Gegenübertragung, um Rollenerwartungen des Patienten an ihn zu erkennen und sie nicht zu agieren. Der Symbolgehalt von Imaginationen wird in der Arbeit mit der KIP erfassbar. Er soll prinzipiell sprachlich kommunizierbar sein, ohne „Eins-zu-eins-Übersetzungen“ der Symbolsprache anzustreben.

Aus der Darstellung geht hervor, dass die Behandlung von neurotischen Konfliktstörungen das explizite Gedächtnis mit seiner episodischen, sprachlich codierten und bildhaften Struktur zum Bezugspunkt hat. Allerdings muss es immer auch Verbindungen zu impliziten Gedächtnisspeichern geben, damit eine Psychotherapie Erfolg haben kann. Denn Deutungen ohne das Medium einer hilfreichen Beziehung und ohne die Einbettung in eine affektiv stimmige therapeutische Gesamtsituation bleiben unwirksam. In diesem Sinne ist *Deutungsarbeit* immer auch *Beziehungsarbeit* (Ermann 1993).

Bei der Behandlung von Patienten mit einer Entwicklungspathologie (Borderline-Störungen) geht es nicht um Erfahrungen, die in einem seelischen Binnenraum symbolisiert und sprachlich repräsentiert sind. Weder die Psychoanalyse noch die KIP können somit in ihrem „Standardverfahren“ zur Anwendung kommen, sondern müssen der Schwere der ich-strukturellen Störung angepasst werden. Im Speziellen geht es dabei neben der langfristigen Behandlungsstrategie einer

deutenden Bearbeitung von Spaltungen um eine aktivere Behandlungstechnik, um das „Prinzip Antwort“ (Heigl-Evers und Heigl 1988), um eine flexible Handhabung der therapeutischen Abstinenz, um „Deklarationen“ des Therapeuten (Fürstenau 1992), um eine korrigierende Erfahrung im Umgang mit Bindungswünschen (J. Dieter 1999) und um eine Förderung der Symbolisierungsfähigkeit, die sich aus der Fähigkeit zur Symbolbildung und zur Symbolverwendung zusammensetzt (W. Dieter 2001).

„Bei Menschen mit Entwicklungsstörungen besteht eine Kluft zwischen dem mentalen Raum symbolisierter Erinnerungen und ihrem pathogenen Kern. Dieser Kern, der in der Regression aktiviert wird, hat *keine mentale Repräsentation*. Daher gibt es keine explizite, d. h. bildhafte Erinnerung an pathogene Erfahrungen und Beziehungen, die diese Schicht der Persönlichkeit tragen. Wenn diese Schicht aktiv ist, neigen die Betroffenen dazu, das noch nie mental Gestaltete in vegetativ-affektiven Aktivierungen wieder zu erleben. Dabei tauchen Ich-Zustände auf, die an vorsprachliche Protoerfahrungen anschließen. Dieses implizite Wissen ist mental nicht repräsentiert und kann daher nicht kognitiv erinnert werden.“ (Ermann 2005 a, S. 6).

In dieser Darstellung zeigen sich alle Charakteristika des impliziten Gedächtnisses, die bei der Behandlung von Borderline-Störungen zu beachten sind: Keine mentale Repräsentation pathogener Früh-Erfahrungen, keine bildhafte Erinnerung, Rückgriff auf sensomotorische Erfahrungen und vorsprachliche Interaktionsrepräsentanzen mit der Folge archaischer Ich-Zustände, Neigung zu Enactments mit dem Ziel einer interpersonellen Inszenierung des Ungedachten und noch Undenkbaren.

Imaginationen bei neurotischer Konfliktpathologie und bei Entwicklungsstörungen

Ermanns (2005 b) begrifflicher Schöpfung folgend kann man die Imaginationen von Menschen mit einer neurotischen Konfliktpathologie (neurotische Störungen) als höher strukturierte bezeichnen, diejenigen von Menschen mit einer Entwicklungsstörung (Borderline-Störungen) als nieder strukturierte Imaginationen.

Das Erkennungsmerkmal höher strukturierter Imaginationen ist eine erfolgreiche „*Imaginationsarbeit*“, wie ich sie in Analogie zu Freuds „Traumarbeit“ (Freud 1900) nennen möchte. Sie ist gekennzeichnet durch intakte Abwehrmechanismen und durch eine narrative Struktur. Höher strukturierte Imaginationen stellen auf Grund der vorhandenen synthetischen Funktion des Ichs verschlüsselte Bildergeschichten dar, die affektiv gesättigt sein können, aber keineswegs sein müssen, besonders beim Vorherrschen von Affektisolierung als Hauptabwehrmechanismus zur Unterstützung der Verdrängungsabwehr.

Bei nieder strukturierten Imaginationen ist keine effiziente Imaginationsarbeit erkennbar. Die Abwehr ist insgesamt unzureichend und wird durch Spaltungsmechanismen dominiert. Die Folge ist eine permanent spürbare Angst vor dem eigenen Unbewussten und eine zutiefst gestörte Beziehung zu sich selbst (Identitätsstörung, Selbstwertstörung, Einfühlungsstörung in andere). Auf der Ebene der Imagination wird dies alles spürbar als Angst vor dem Imaginieren, als Suche nach Struktur und Halt in der Begleitung durch den Therapeuten und als impulsives Verhalten in den katathymen Bildern.

Wie bereits dargestellt, sind höher strukturierte Imaginationen der neurotischen Konfliktpathologie zugeordnet und damit einem expliziten Bezugssystem. Die für die Kreation der Imagination herangezogenen expliziten Gedächtnisstrukturen sind episodisch organisiert, die Inhalte liegen gewissermaßen in bildhafter Form bereit und sind in symbolisch gesättigte Sprache transformierbar. „*Explizit*“ meint daher in diesem Zusammenhang die prinzipiell vorhandene Fähigkeit zum bildhaften Ausdruck. Ich brauche auf die psychologischen Gesetzmäßigkeiten solcher Imaginationen nicht weiter einzugehen. Sie sind jedem KIP-Therapeuten bekannt. Die Beziehungen zwischen der Symbolsprache des Unbewussten und dem, was an Episoden in einer Therapie erzählt wird, dem Narrativ, das in der Übertragungsbeziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten geschaffen wird, hat Ullmann (2001) in einer sehr hilfreichen Monographie dargestellt.

Nieder strukturierte Imaginationen bilden sich aus dem unbewussten „Zustandswissen“ und dem „Beziehungswissen“ des impliziten Gedächtnisses. Solche Imaginationen stellen auf eine vor-symbolische Weise den Zustand des Selbst dar, ebenso Beziehungserfahrungen, die nicht mentalisiert werden konnten (Fonagy 2000). Die Schaffung einer sinnlich erlebten Vorstellung ist zwar eine kreative Ich-Leistung. Die erlebten und berichteten Bilder (und immer mitgedacht: Sensationen aller Sinnesqualitäten) sind aber konkretistisch und weisen nach Art eines „Zeichens“ wie in einer Eins-zu-eins-Zuordnung auf den momentanen, im therapeutischen Prozess aktivierten Ich- bzw. Selbst-Zustand hin. Im Unterschied zu höher strukturierten Imaginationen können hier innere Bilder nicht „abgerufen“ werden. Im Gegenteil, *es müssen Bilder geschaffen werden für etwas, was zuvor noch nie gedacht wurde.*

Nieder strukturierte Imaginationen sind unter diesem Blickwinkel *digitale Zeichen* für archaische Ich-Zustände, keine reifen Symbole, die gleichzeitig verhüllen und enthüllen könnten und in einer analogen Kommunikation zu verwenden wären. Eine reife Symbolbildung setzt die Unterscheidung zwischen dem Symbol und dem Symbolisierten voraus. Das ist bei nieder strukturierten Imaginationen nicht der Fall.

Aus diesen Überlegungen heraus werden die phänomenologischen Besonderheiten nieder strukturierter Imaginationen verständlich. In vielen Fällen wird offenbar, dass die für die Symbolbildung fundamentalen Mentalisierungsprozesse (Fonagy et al. 2004) defizitär geblieben sind. *Es konnte kein reflexiver Modus des*

Erlebens erreicht werden, keine „dritte Position, kein „Nachsinnen“ über sich selbst. Stattdessen herrschen unreife Vorstufen vor: Der Modus des „Als ob“ und der Modus der psychischen Äquivalenz.

Im Modus des „Als ob“ können Borderline-Patienten dem Therapeuten Imaginationen bieten, die oberflächlich „perfekt“ wirken können. Aber sie sind nicht durch Affekte getragen und bleiben therapeutisch unwirksam. Das Konzept des Als-ob-Modus ähnelt Winnicotts (1974) Konzept des „Falschen Selbst“.

Im Modus der psychischen Äquivalenz wird das innere Erleben mit der äußeren Wirklichkeit gleich gesetzt. Meist herrschen bei Borderline-Patienten im Inneren Zustände von Leere und Vorstellungen von Nicht-gehalten-Werden vor, was dann nach Art einer „symbolischen Gleichsetzung“ in der Imagination dargestellt wird: Die Bilderfolgen überschlagen sich, werden immer hektischer, immer mehr von ängstlichen Affekten begleitet, und schließlich kommt es zum vorgestellten Erlebnis des Fallens als psychische Äquivalenz zum Nicht-gehalten-Werden. Der chaotische Charakter solcher Imaginationen ist auf eine mangelnde Distanz zu sich selbst und zur eigenen bizarren inneren Welt der Repräsentanzen, also auf einen Mangel an Selbst-Reflexivität zurückzuführen (Fonagy 2000). In Borderline-Behandlungen muss über lange Zeit der Therapeut nicht nur beim Aufbau integrierter Repräsentanzen helfen (z. B. durch aktive Deutungsarbeit im Hier und Jetzt), sondern er wird auch als *real präsenten Objekt* mit seiner holding function benötigt und als aufnehmendes Objekt mit seiner containing function.

Obwohl die Mentalisierung unzulänglich geblieben ist, enthalten auch nieder strukturierte Imaginationen wichtige Aspekte, die eine psychische Heilung unterstützen können. In solchen Imaginationen kommt es zu einer ungeschützten Selbstenthüllung mit dem Ziel, etwas *Unerträgliches* „loszuwerden“ und so eine gewisse Distanz zum eigenen Erleben zu finden. Nieder strukturierte Imaginationen können damit bei aller Defizienz, die ihnen eigen ist, doch ein bestmöglicher Versuch sein, eine gewisse Entlastung durch Selbst-Reflexion zu erreichen. Der Versuch ist umso erfolgreicher, je stabiler die Übertragungsbeziehung zum Therapeuten ist und je mehr der Therapeut zu einer Hilfe bei der *Metabolisierung von Beta-Elementen* in der Lage ist (Bion 1962, 1963).

Archaische Ich-Zustände

Die nicht bildhaften und nicht sprachlich codierten, sondern sensomotorisch gespeicherten Inhalte des impliziten Gedächtnisses lassen sich als archaische Ich-Zustände bezeichnen. Es handelt sich um vegetativ-affektive Zustände, die *nicht in Sprache zu fassen* sind und die im Gegensatz zu Konversionssymptomen *keine symbolische Ausdruckskraft* haben. In einem archaischen Ich-Zustand erlebt sich ein Patient z. B. als erregt, angespannt oder verzweifelt, ohne einen Grund dafür

zu kennen. Allerdings entwickeln sich häufig sekundäre aggressive Spannungszustände als Reaktion auf eine nicht-verstehende oder abweisende Reaktion der Umgebung. Dabei ist es vor allem die Spiegelung des vegetativ-affektiven Zustandes in einer zugewandten Objektbeziehung, z. B. in einer Therapie, die dem Patienten ein zunehmend spannungsfreieres, realistischeres und weniger bedrohtes Gefühl für sich selbst vermitteln kann.

Innerhalb von KIP-Therapien zeigen sich archaische Ich-Zustände oft in einer charakteristischen Art von Imagination, die ich „*Selbstzustands-Imagination*“ nennen möchte. Eine solche Imagination ist keine Projektion, sondern die bildhafte Darstellung des gefühlten, aber nicht symbolisierten Selbstzustandes im Rahmen einer formalen Regression des Denkens. Die Bildersprache einer solchen Imagination entspricht den Kriterien einer nieder strukturierten Imagination: Die Bilder sind lediglich Zeichen für den Zustand des Ichs bzw. des Selbst und erfüllen eine Funktion in einer digitalen Kommunikation, d. h. sie weisen in Form einer „symbolischen Gleichsetzung“ auf den Ich- bzw. Selbstzustand hin (Segal 1996). Sie sind keine Symbole für Erfahrungsrepräsentanzen, die zu einer analogen Kommunikationsform gehören („symbolische Repräsentation“).

Der therapeutische Umgang mit archaischen Ich-Zuständen zielt darauf ab, den Zustand durch eine empathische Spiegelung durch den Therapeuten zu einem affektiv bedeutungsvollen zwischenmenschlichen Geschehen werden zu lassen. „Entscheidend ist dabei, dass die Reflexion, d. h. die Reaktion des Analytikers, den Gefühlszustand des Analysanden berührt und zugleich eine konstruktive Distanz aufrecht erhält und damit gewissermaßen sein Überleben repräsentiert. Seine Reaktion muss eine Botschaft enthalten, die der Patient verstehen und aufnehmen kann.“ (Ermann 2005 a, S. 10).

Die Arbeit mit Imaginationen bietet hier große Vorteile. Der Therapeut kann sein empathisches Verständnis für den Zustand des Patienten durch eine Motivvorgabe zum Ausdruck bringen, die ganz auf die regressive Verfassung des Patienten abgestimmt ist und die ihn spüren lässt, dass er „gehalten“ wird (holding function) und dass seine für ihn unerträglichen Affekte im Therapeuten angekommen sind und aufbewahrt werden (containing function). Im Verlauf der Imagination und der Nachbearbeitung vermittelt sich dem Patienten im günstigen Fall eine Erfahrung von „*Objektverwendung*“ (Winnicott 1969). Er erlebt, dass der Therapeut von seiner Destruktivität nicht zerstört worden ist oder dass sich der Therapeut in einem gewissen Ausmaß in das regressive Geschehen verstricken ließ und dennoch überlebte und nicht seine therapeutische Funktion verlor. Oft kann dem Therapeuten seine Gegenübertragung eine Hilfe sein, wenn er sich selbst auf Gegenübertragungsimaginationen einlassen kann. In solchen spontan auftretenden Mini-Imaginationen des Therapeuten über seinen Patienten, über sich oder über die therapeutische Situation zeigen sich nach meiner Erfahrung häufig komplementäre Identifikationen, während Zuhören alleine mehr von

konkordanten Identifikationen geprägt ist. Beide Gegenübertragungs-Identifikationen sind bedeutsam und ergänzen sich beim „Aushalten“ des gemeinsam erlebten archaischen Ich-Zustandes des Patienten. Der Einsatz von Imaginationen hilft also sehr bei der Aufgabe, die implizite Übertragung und Gegenübertragung so zu handhaben, dass die negativen Affektzustände des archaischen Ich- bzw. Selbstzustandes (v. a. Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Wut, Hass, Neid) erträglicher werden. Jede Imagination ist ein Angebot zur Unterstützung auf dem Weg zu einer reiferen Symbolisierungsfähigkeit. Die Entwicklung *von unreifen Vorstufen zur reifen Symbolisierungsfähigkeit* ist ein langwieriger und komplexer Prozess, dessen Facetten und theoretische Hintergründe, wie z. B. das Konzept des psychischen Raumes, Schnell (1997, 2000, 2002) in mehreren Arbeiten eingehend dargestellt hat.

Eine Fallvignette

Der Patient, Herr L., kam im Alter von 24 Jahren zur Behandlung. Er war nach einer Liebesenttäuschung in eine schwere depressive Krise geraten. Er konnte kaum noch schlafen und war in seinem Denken und Erleben enorm eingeengt. Er sprach mit mir beinahe ausschließlich über die Freundin, die ihn verlassen hatte mit dem Vorwurf, er habe sich zu klammernd verhalten. Er habe sie zwar wirklich ganz für sich alleine haben wollen, ihre Kritik daran könne er aber überhaupt nicht verstehen, weil sie ihn zuvor über längere Zeit dafür angegriffen habe, dass er sich nicht einlassen könne, dass er immer auf Rückzüge bedacht sei und dass er „nicht erreichbar“ sei. Der Patient war ein gut aussehender, sportlicher Mann, der sich verbal geschickt, aber auch sehr gespreizt ausdrückte. In der Gegenübertragung erlebte ich zweierlei: Zum einen spürte ich deutlichen Ärger darüber, dass er mich kaum ausreden ließ, sondern versuchte, mich zu kontrollieren und zu zwingen, ihm ganz genau zuzuhören, aber nichts Eigenes ins Gespräch einzubringen. Zum anderen hatte ich die bildhafte Vorstellung eines „Riesenbabys“, das ich gerne auf meinen Schoß genommen hätte, das mich aber vermutlich erdrücken würde.

Bei der neurosenpsychologischen Untersuchung stieß ich zwar auf eine ganze Fülle von Konflikten, die ich in einem ödipalen Kontext begriff, vor allem Rivalitätskonflikte und Kastrationsängste bei einem „strategischen Ödipuskomplex“ (Rohde-Dachser 1990), und auf eine tiefe Vatersehnsucht, die daraus resultierte, dass sein Vater tödlich verunglückt war, als die Mutter mit ihm schwanger war. Die Auslösesituation für die Krise, die ihn in die Therapie bei mir geführt hatte, verstand ich aber weniger als Folge unbewältigter neurotischer Konflikte als vielmehr als „Strukturverlust“. Der Weggang der Freundin, die sein Selbstgefühl enorm stabilisiert hatte, riss eine riesige Lücke in sein Selbst und wurde von ihm als unerträglich narzisstische Kränkung verarbeitet. Die dazu gehörige

narzisstische Wut wurde gegen das eigene Selbst gewendet mit der Folge einer schweren narzisstischen Depression.

Meine Diagnose lautete „Narzisstische Depression bei narzisstischer Persönlichkeit auf mittlerem bis niedrigem Strukturniveau“. Da nach meinem klinischen Eindruck speziell narzisstische Depressionen gut mit der KIP behandelbar sind, verabredete ich eine KIP-Therapie mit dem Patienten, wollte aber zuvor eine längere Phase des Beziehungsaufbaus und der Stabilisierung vorschalten. Denn ich konnte die Stärke seiner Regressionsneigung nicht genügend einschätzen und wollte nicht das Risiko einer unkontrollierbaren frühen zusätzlichen Regression durch das imaginative Angebot eingehen.

In den Therapiestunden, die ich zum Beziehungsaufbau vorgesehen hatte, geriet ich rasch in eine Gegenübertragungsproblematik. Der Patient redete auf eine Weise mit mir, dass ich mich regelrecht „zugeschüttet“ und dabei auf eine immer beklemmendere Weise von ihm distanziert fühlte. Einerseits spürte ich dabei wohl seine eigene Kontaktangst. Andererseits aber wollte ich mich offenbar aus einem eigenen, schwer zu reflektierenden Bedürfnis heraus immer mehr zurückziehen. War mein Rückzug eine Reaktion auf seine Unechtheit und Fadsenhaftigkeit im Kontakt mit mir? Hatte ich mich mit einem Selbstanteil des Patienten identifiziert, der auf Distanz zu mir großen Wert legte, vielleicht zum Selbstschutz? Oder hatte ich mich unbewusst mit einem inneren Objekt des Patienten identifiziert, das sich einst von ihm distanziert hatte und das er als ein solches fernes Objekt introjiziert hatte? Bis ich erkannte, dass es sich tatsächlich um ein „Syndrom der toten Mutter“ handelte, eine innerseelische Konstellation, die von Green (1993) in den psychoanalytischen Diskurs eingeführt wurde und heute zu den wichtigsten ätiologischen und pathogenetischen Faktoren für die Entstehung von Borderline-Störungen, narzisstischen Störungen und Depressionen zählt (Rohde-Dachser 2004), hatte es bereits manche Verstrickungen im therapeutischen Prozess gegeben.

Nach etwa 15 Stunden schlug ich dem Patienten erstmals eine Imagination vor. Er konnte sich gut auf das „Bildern“ einlassen, und ich ließ mich von der Vorstellung leiten, dass der Patient die angebotenen Imaginationen wie Selbstobjekte verwenden und so sein Selbstgefühl stabilisieren könnte. Dass dies nicht der Fall war und der Patient sich in einem Erleben nach dem Als-ob-Modus bewegte, entging mir zu diesem Zeitpunkt.

Bei der Blumen-Imagination tauchten mehrere verschiedene Blumen auf, und der Patient konnte sich lange Zeit für keine entscheiden. Er geriet immer mehr in eine Spannung, die sich erst löste, als er sich schließlich eine Eisblume auf einer Glasscheibe an einem strahlend schönen Wintertag vorstellte und diese sichtlich bewunderte. Die verschiedenen Blumen waren wohl Ausdruck eines impliziten Wissens darüber, wie gespalten das Selbst des Patienten war. Die Eisblume war weder auf der Objektstufe, auf der Subjektstufe noch auf der Ebene der

Übertragung thematisierbar. Der Patient war sichtlich gerne bereit, mir „schöne“ Bilder zu liefern. Eine reife symbolische Bedeutung hatten diese Imaginationen, so meine heutige Sicht, allerdings nicht. Stattdessen handelte es sich wohl um Produktionen nach dem „*Als-ob-Modus*“ als Folge einer noch *unreifen Symbolisierungsfähigkeit*.

Es folgte eine Serie von acht Imaginationen, die sich alle ähnelten: Der Patient ließ sich auf kein Verweilen ein, sondern war ständig in Landschaften unterwegs, ohne affektiv spürbar zu sein. Ich erlebte diese Phase wie eine Fortsetzung der ersten Therapiestunden, als wir noch nicht mit Imaginationen gearbeitet hatten, und reagierte in der Gegenübertragung gleich: Ich ging zu ihm auf Distanz, tat professionell meine Arbeit, ließ mich von ihm und seinen Bildern aber meinerseits nicht wirklich „berühren“. Wir setzten also im Sinne einer konkordanten Gegenübertragung den gleichen Abwehrmechanismus ein, nämlich Affektisolierung oder „mangelnde libidinöse Besetzung“ bis hin zum „Besetzungsentzug“ (Green 1993).

Eine Wende trat nach etwa einem halben Jahr Therapie ein. Der Patient kam sehr erregt in die Stunde und erzählte unter Tränen davon, dass er miterlebt habe, wie ein Igel von einem rücksichtslosen Autofahrer überrollt worden sei. Er sprach von seiner Tierliebe und davon, wie zerstört die Welt bereits sei, wie nötig Naturschutz sei und wie unzulänglich sich die Politik dieser Probleme annehme. Bereits in den vorangegangenen Stunden hatte der Patient versucht, meine Meinung zu politischen Themen aus mir herauszufragen, und ich hatte mich von ihm unangenehm bedrängt gefühlt. Beinahe reflexartig dachte ich: Nein, heute nicht schon wieder das gleiche Thema! Ich meine, dass ich damals in eine nicht reflektierte komplementäre Gegenübertragung geraten war im Sinne einer Identifikation mit der Mutter, welche die Kontakt- und Beziehungswünsche des ganz jungen Kindes zurückwies. Die Mutter hatte während der Schwangerschaft mit dem Patienten ihren Mann verloren und war mit Sicherheit in ihrer psychischen Verfügbarkeit für den Säugling beeinträchtigt. Vielleicht hatte sich ihre psychische Situation, vermutlich eine Depression, sogar bereits für das ungeborene Kind bemerkbar gemacht.

In Identifikation mit der verinnerlichten Mutter-Imago des Patienten („tote Mutter“) war es mir bis dahin schwer gefallen, die Übertragung wahrzunehmen und aufzugreifen. Mit einem Verständnis der Übertragung als unbewusster Kommentar zur therapeutischen Beziehung hätte ich schon früher verstehen können, dass der Patient in den Imaginationen deshalb alleine unterwegs war, *weil es in ihm gar kein Bild für „Beziehung“ gab*. Das hätte aber bedeutet, die Imaginationen vorrangig unter dem Blickwinkel einer impliziten KIP-Behandlungspraxis zu verstehen. Der Patient hatte in seiner präverbalen Zeit nur die Erfahrung einer ferneren, idealisierten, nicht erreichbaren und ihn immer wieder verlassenden Mutter gemacht. Ich hatte der Eisblume unterstellt, eine derartige Beziehungserfahrung darzustellen. Das hätte eine reifere Symbolisierungsfähigkeit vorausgesetzt als diejenige, über die der Patient verfügte.

Die Auslösesituation, nämlich das Verlassenwerden durch die Freundin, bekommt so gesehen einen dramatischen Charakter. Sie war der erste Mensch gewesen, auf den sich der Patient „eingelassen“ hatte, so gut er konnte. Und sie hatte ihm seine Wünsche nach einer alles umfassenden Liebe zum Vorwurf gemacht. Damit befand er sich in der gleichen Situation wie als ganz kleines Kind: Auch damals hatte sich der Junge mit Sicherheit schuldig für die Depression der Mutter und verantwortlich für ihre Rückzüge gefühlt. In der Auslösesituation war der Patient zurück in die traumatische Situation seiner Kindheit gestürzt worden.

In der Stunde, als der Patient über den überfahrenen Igel sprach, gelang es mir erstmals, die Übertragung zu erfassen, indem ich meine Verstrickung in der Gegenübertragung reflektieren und den Patienten als einen Menschen erkennen konnte, der sich zwar Stacheln zugelegt hatte wie ein Igel, dem diese aber gegen die Wucht seiner Verletzungen in Objektbeziehungen nicht wirklich helfen konnten. In meiner Übertragungsdeutung teilte ich ihm zum einen dieses Verständnis der aktuellen Situation mit, zum anderen formulierte ich seinen vermuteten Übertragungswunsch, nämlich bei mir ohne Stacheln ankommen und sich sicher fühlen zu können, nicht „unter die Räder“ zu kommen. Die Igel-Stacheln interpretierte ich als bildhaften Ausdruck seines Verhaltens, mich in der Beziehung zu ihm auf Distanz zu halten, um von mir nicht verlassen oder auf andere Weise verletzt zu werden.

Diese Deutung war wohl nicht wirklich verkehrt. Ich hatte, glaube ich, das Wesentliche seiner traumatischen Frühgeschichte erfasst. Aber ich hatte ihm damit symbolisch repräsentierte Motive unterstellt, die einer Bearbeitung im Sinne der expliziten Behandlungstechnik zugänglich gewesen wären. Die Tiefe seiner Regression bzw. die Intensität seiner Regressionsbereitschaft hatte ich unterschätzt, wie bereits die nächste Imagination zeigte.

Schon zu Beginn der Therapie hatte ich dem Patienten als zweite Imagination das Motiv „Wiese“ vorgeschlagen, und er hatte seine Aufgabe „brav“ erledigt, wie oben beschrieben (Als-ob-Modus). Nun schlug ich ihm das Wiesenmotiv erneut vor, diesmal mit der Intention, ihm meine holding function zur Verfügung zu stellen. Der Patient hatte rasch die angenehme Vorstellung, auf einer Wiese zu liegen und in den blauen Himmel zu schauen. Aber nun kam es zu einer dramatischen Entwicklung: Die Wiese, die seinen Körper getragen hatte, war nicht mehr spürbar, sein Blickfeld war plötzlich ganz auf den unendlichen Himmel eingeeengt, und heftige Angst stellte sich ein. Ich musste sehr aktiv intervenieren und Hilfe anbieten, die der Patient jedoch wiederholt nicht annehmen konnte. Erst die Anregung, das ganze Geschehen „wie von außen“ zu betrachten, konnte er annehmen und sich damit beruhigen. Die Imagination endete mit einem Blick des Patienten durch ein Teleskop aus weiter Ferne auf die Wiese und auf sich selbst, wie er in der unendlich großen grünen Wiese lag.

Nunmehr war deutlich geworden, dass der Patient den Als-ob-Modus verlassen und durch den *Modus der psychischen Äquivalenz* ersetzt hatte. Die Erfahrung, nicht gehalten worden zu sein, wurde nun nicht mehr als inneres, mentales Geschehen verarbeitet, sondern wurde in der Imagination wie etwas Äußeres dargestellt: „Die Wiese hält mich nicht!“ Es war zu einer tieferen Regression gekommen, als ich dies zu jener Zeit für möglich gehalten hatte. Ich deutete mir und dem Patienten das Erlebte als Hinweis, dass er nun so viel Vertrauen zu mir aufgebaut hatte, dass er sein Innerstes herzeigen konnte, um gemeinsam mit mir darüber „nachzusinnen“. Ich bin davon überzeugt, dass verbale Deutungen auch im impliziten Bezugsrahmen, um den es jetzt eindeutig ging, eine wichtige Bedeutung haben. Sie verbinden Implizites mit Explizitem und vermindern damit Gefühle von Ausgeliefertsein an das eigene affektive Erleben, indem die Deutung auch zu einer kognitiven Klammer zwischen den verschiedenen Bereichen wird.

In meiner Gegenübertragung, mit der ich die Wiesen-Imagination begleitet hatte, war mir der Patient wie ein ganz junger Säugling vorgekommen, der aus seinem Kinderwagen hinausschaut und kein antwortendes Gesicht und kein Lächeln angeboten bekommt. Ich wollte dieses Gegenübertragungsbild nun als Motivvorgabe für die nächste Imagination nutzen und schlug dem Patienten einige Stunden später das Motiv „Kinderwagen“ vor. Wir beide, der Patient und ich, waren überwältigt von der Wucht der Imagination. In der Vorstellung des Patienten tauchten Stiefel von SS-Männern auf, gebrüllte Kommandos, wie „Raus, raus!“, waren zu hören, und der Patient schien vor Angst starr geworden zu sein. Eine unendliche Hoffnungslosigkeit erfasste ihn, so dass er kaum sprechen konnte. Ich stellte ihm in der Begleitung meine eigenen Bilder zur Verfügung: Mir schiene, als ob da jemand unter Anwendung brutaler Gewalt vertrieben würde. Es müsse schrecklich sein, da mittendrin zu sein und absolut nichts tun zu können. Während ich solche Sätze formulierte, spürte ich eine Gänsehaut und bekam selbst intensive Angst, in einen Alptraum zu geraten. Der Patient wurde aber allmählich ruhiger, und wir konnten die Imagination damit beenden, dass er sich selbst im Kinderwagen liegend erlebte. Offenbar hatte ich trotz meiner heftigen emotionalen Berührtheit weniger Angst gehabt als der Patient.

In den folgenden Stunden war ich beeindruckt, wie sehr der Patient beim Bearbeiten des Erlebten auf meine Unterstützung angewiesen war. Er selbst konnte zunächst nicht über sein Bild nachdenken und nachsinnen, sondern musste meine Gedanken und auch meine Gefühle dazu hören. Es handelte sich um einen archaischen Ich-Zustand, der aus der „prozessualen Aktivierung“ (Salvisberg 2005) nicht symbolisierter Früherfahrung aus den impliziten Gedächtnisspeichern resultierte. Ich musste daher meine KIP-Technik im Sinne einer impliziten Behandlungspraxis verändern.

Implizite KIP-Behandlungspraxis

Am wichtigsten ist dabei *die Bereitschaft des Therapeuten, sich in den archaischen Ich-Zustand einzufühlen*. Es kann für ihn dabei eine große Erleichterung sein, wenn er die Regression des Patienten als Chance begreift, dass Ungedachtes und bisher Unsagbares sich darstellen kann und dass er nicht übermäßig vor dem Chaos, das sich da auszubreiten scheint, erschrickt oder einen katastrophalen Zusammenbruch des Patienten phantasiert.

Im Sinne Bions (1962) stellt sich der Therapeut als Container zur Verfügung, der das aufzunehmen bereit ist, was der Patient nicht denken, in sich halten oder gar sagen kann. In weiteren Schritten des Durcharbeitens wird das Aufgenommene („Contained“) dann metabolisiert, das heißt gleichsam „entgiftet“ und dem Patienten in einer verträglichen Form wieder zur Verfügung gestellt. Einerseits setzen sich nieder strukturierte Imaginationen aus Beta-Elementen (Bion 1963) zusammen, andererseits werden sie vom Patienten im therapeutischen Prozess insgesamt wie Beta-Elemente verwendet. Sie werden ausgestoßen und müssen Anschluss an einen Container (den Therapeuten) finden. Erst wenn sie durch das „Nachsinnen“ des Therapeuten mit Hilfe seiner *Rêverie* und seiner Alpha-Funktion in Alpha-Elemente transformiert worden sind, kann der Patient ganz allmählich die reflexive Funktion des Therapeuten verinnerlichen, und dann wird ein gemeinsames „Nachsinnen“ möglich.

Fonagy et al. (2004) haben gezeigt, wie die Entwicklung des Selbst auf die Wahrnehmung der eigenen Gefühle durch ein empathisches Objekt und auf die Spiegelung durch das Objekt angewiesen ist. Archaische Ich-Zustände werden zu strukturierten Zuständen und damit auch zu explizit erinnerbaren Erfahrungen, wenn häufig genug reflexive Interaktionen (also Interaktionen, denen eine „dritte Position“ zur Verfügung steht) stattgefunden haben und eine *Verinnerlichung des reflexiven Interaktionspartners* stattfinden konnte.

Mein Patient erlebte archaische Ich-Zustände immer und immer wieder, vor allem in Form von Ausgeliefertsein an überwältigende Gewalt wie in der eben beschriebenen Imagination. Ich musste ihn dabei begleiten, und es war über lange Zeit nicht möglich, ihm „etwas Positives“, etwas „zum Auftanken“ oder eine „Kraftquelle“ vorzuschlagen, was er dann als wohltuende Imagination auch nutzen konnte.

Der pathogene, nicht symbolisch repräsentierte Kern des Erlebens bei meinem Patienten war ein Gefühl einer unendlichen Leere, entstanden durch einen Besetzungsabzug der Mutter infolge ihrer Depression. Die Folge des mütterlichen Besetzungsabzugs ist nach Green (1993) beim Kind eine „weiße Depression“, ein vernichtendes Gefühl von Kälte, von Verlassenheit bis hin zum Erleben des Nicht-Seins. Die klinisch auffällige „schwarze“ Depression, die den Patienten in die Therapie bei mir geführt hatte, ist dagegen nach Ansicht Greens bereits ein

sekundäres Phänomen, das dabei hilft, die Leere zuzudecken und durch die Vorstellung von Versagen und Schuld sich wenigstens ein Stück eigener Aktivität zuzuschreiben.

In vielen Behandlungsstunden arbeiteten wir daran, *eine Erfahrung des Verstanden- und Gehalten-Werdens* entstehen zu lassen, welche den Kern einer „impliziten Beziehungsarbeit“ bildet (Ermann 2005 b, S. 164). Nachdem der Patient es gewagt hatte, mir seine archaischen Ich-Zustände zu präsentieren und den Als-ob-Modus des Erlebens durch den Modus der psychischen Äquivalenz ersetzt hatte, bot ich ihm für eine längere Zeit eine höhere Stundenfrequenz an. Regredierte Patienten können in vielen Fällen noch nicht auf genügend sichere gute Repräsentanzen zurückgreifen, so dass Therapiepausen oft über lange Therapiephasen hinweg zu Verschlechterungen und Abbruchdrohungen führen können.

Einen entscheidenden Fortschritt erreichte mein Patient, als es ihm gelang, vermehrt selbst über sich „nachzusinnen“ und das auch für sich selbst zu tun, nicht nur im direkten Kontakt mit mir. Er begab sich auf eine für ihn abenteuerliche Suche nach seinen familiären Wurzeln und entwickelte anhand von Gegenständen und Briefen, die er fand, die Phantasie, sein Vater habe aus einer Familie von Widerstandskämpfern im Dritten Reich gestammt. In dieser Zeit hatte ich einen *Gegenübertragungstraum*, in dem ich mich selbst als Widerstandskämpfer der französischen Résistance gegen die Nazi-Besatzung erlebte. Die Widerstandsthematik verstand ich als eine ausgesprochen positive Entwicklung in der Therapie, weil jetzt offenbar Ich-Strukturen mit effektiven Abwehrmechanismen im Aufbau begriffen waren. Mein Gegenübertragungstraum zeigt meiner Ansicht nach eine Identifikation mit der Vater-Übertragung des Patienten (projektive Identifizierung).

Allmählich konnte der Patient ein Vaterbild „konstruieren“, über das er bisher nicht einmal ansatzweise verfügt hatte. Der Vater war es nun, der dem Nazi-Terror widerstand, und unter seinem (Übertragungs-)Schutz konnte sich der Sohn noch einmal intensiv mit den Erlebnissen im Kinderwagen beschäftigen, der dem SS-Überfall ausgesetzt war. Es gelang dem Patienten in einer Imagination schließlich, als Vater ein Baby, das im Kinderwagen lag, vor den SS-Männern in Sicherheit zu bringen.

Die Therapie kam nach über dreieinhalb Jahren zu einem Ende, als der Patient sich in seinen Imaginationen mit der Mutter seiner frühesten Kindheit auseinandergesetzt hatte. Er konnte nun Trauer darüber erleben, dass er in einer wichtigen Entwicklungsphase innerlich vollkommen alleine und verloren gewesen war. Aber es tauchte auch Mitgefühl für die Mutter auf, die nicht in der Lage gewesen war, ihm jene versonnene Tagträumerei („rêverie“) zur Verfügung zu stellen, die für den Aufbau eines stabilen Selbst und einer reifen Symbolisierungsfähigkeit nötig gewesen wäre.

Die Beziehung zwischen Imagination und Übertragung und ihre Bedeutung für die implizite KIP-Behandlungstechnik

In einer sehr erhellenden Arbeit beschreibt Ermann (2005 b), wie sich die jeweils aktive Übertragungsform in der psychoanalytischen Behandlung auf die Art und Weise des Träumens auswirkt. Er beschreibt die Übertragung als Matrix für die Traumgenerierung und stellt den Traum und die Übertragung als zwei verschiedene Ausdrucksformen des unbewussten Denkens über die analytische Beziehung dar. Nach meiner Auffassung gilt das Gesagte analog auch für das Verhältnis von Imagination und Übertragung. Ich möchte meine Überlegungen anhand der „prozessualen Aktivierung“ entwickeln, die Grawe (1998) als Voraussetzung nannte, um einen Zugriff auf Inhalte des expliziten Gedächtnisses zu erhalten.

Vergangenes muss nach dieser Vorstellung wieder erlebt werden, um „Kontextähnlichkeit“ herzustellen (s. oben). In der psychoanalytischen Behandlungspraxis der Arbeit mit Träumen dient der „Tagesrest“ als Input, in der KIP-Behandlungspraxis mit Imaginationen ist es die Motivvorgabe. Die Motivvorgabe ist immer beides: Eine bildersprachliche Formulierung der anstehenden Aufgaben in der KIP-Therapie einerseits und eine Beziehungsbotschaft des Therapeuten an den Patienten andererseits („Ich ahne, in welchem Zustand du dich befindest, ich fühle mich in dich ein und zeige dir das durch meinen Motivvorschlag“). Die Motivvorgabe ist damit ein *interaktionelles Geschehen* und prinzipiell nicht ohne Reflexion der *Gegenübertragung* des Therapeuten verstehbar.

Welches Gedächtnismaterial in der Folge aus welchem Speicher abgerufen wird und welche Verarbeitungsmodi dabei verwendet werden, hängt, neurobiologisch gesprochen vom funktionellen Zustand des Gehirns („mental state“) ab, tiefenpsychologisch gesprochen, vom Regressionsniveau des Denkens. Die Regression ist im Rahmen einer KIP-Therapie nicht nur während des imaginativen Erlebens von Bedeutung, sondern geht zu jedem Zeitpunkt in die Übertragungsphantasien ein. *Übertragung verstehe ich hier als unbewusstes, regressives Nachdenken über die therapeutische Situation*, die aus der Beziehung des Patienten zum Therapeuten und umgekehrt besteht sowie aus den Entwicklungszielen, deretwegen der Patient sich in die Therapie begeben hat.

Schnell (2005) reflektiert die Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung in der KIP und stellt klar, dass jede Phase des therapeutischen Prozesses, nicht nur die Imagination selbst, entscheidend durch diese Dynamik gestaltet wird. Wenn Übertragung und Gegenübertragung eine unauflösbare Einheit darstellen, bilden auch *Übertragung und Imagination eine funktionale Einheit*. Der Therapeut, der ein bestimmtes Motiv vorschlägt, der bestimmte taktische und strategische Ziele in der Behandlung verfolgt, der sich für einen bestimmten Begleitstil entscheidet oder für eine Intervention und nicht für eine andere, handelt zu einem wesentlichen Teil aus seiner Gegenübertragung heraus. Die Gegenübertragung

bildet dabei das im Wesentlichen unbewusste Gegenstück zur Übertragung, die ich soeben beschrieben habe.

Damit wird die Arbeit mit der Gegenübertragung zum Zentrum des therapeutischen Geschehens. Die Verknüpfung mit der „Übertragungsarbeit“, die schon immer Bestandteil der KIP-Behandlungstechnik war, oft ohne in ihrem Potential voll genutzt worden zu sein, ermöglicht es der KIP, „prozedurale Beziehungserfahrungen zu verändern und in episodische umzuwandeln. In Anlehnung an Freud könnte man sagen: „Wo ungestaltete vegetativ-affektive Aktivierung (gemeint sind archaische Ich-Zustände; Anm. d. Verf.) war, soll symbolisiertes Erfahrungswissen werden.“ (Ermann 2005a).

In der KIP-Behandlung von Patienten mit Entwicklungsstörungen sind es in erster Linie *Deutungen*, die Gegenübertragung und Übertragung als Einheit zur Geltung bringen. In einem ersten Schritt kann der Therapeut versuchen, abgespaltene innere Objekte des Patienten, die in seiner Gegenübertragung auftauchen, als Nicht-Standard-Motivvorgaben zu verstehen und sie dem Patienten für weiter führende Imaginationen vorzuschlagen. Mit anderen Worten: *Der Therapeut stellt in der Bildersprache der Imagination seine Gegenübertragung zu Verfügung, um eine Re-Integration abgespaltener Introjekte zu fördern.* Dieser Vorgang entspricht einer Proto-Deutung, einer handelnden, noch nicht in verbale Sprache gefassten Deutung des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens. Bei der Behandlung meines Patienten war es der Motivvorschlag „Kinderwagen“, der aus der Verarbeitung einer abgespaltene inneren Objektbeziehung in mir stammte. Ich bot dem Patienten damit Schutz an (sich nicht mehr „haltlos“ auf einer verschwindenden Wiese erleben zu müssen). Andererseits setzte ich ihn schlimmsten Erfahrungen (dem überwältigenden Erleben der SS-Männer) aus in einer vorbewussten Sicherheit, dass der Patient und ich die regressive Situation und die damit verbundene Hilflosigkeit durchstehen würden. Diese Verständnisebene des kathymen Erlebens ist die tiefste. Auf einer weniger regressiven Ebene können die SS-Männer als Angst erregende Gestalten eines ödipalen Kontextes verstanden werden. Diese verschiedenen Ebenen sind fast immer miteinander verschränkt und werden je nach Intensität des regressiven Prozesses in der Therapie gemeinsam oder nacheinander aktiviert und erlebbar.

Vermittelt werden soll in jedem Falle, dass *Hoffnung* besteht. Dazu ist es nötig, dass der Therapeut archaische Ich-Zustände als solche erkennt und weiß, dass seine Interventionen vom Patienten immer auf dem Hintergrund katastrophaler Beziehungserfahrungen interpretiert werden. Am wichtigsten ist es, konkordante Gegenübertragungen (Hoffnungslosigkeit, aggressive Gereiztheit, eisige Verlorenheit u. ä.) nicht zu agieren. Da ich zunächst in der Behandlung meines Patienten die Tiefe der Regression verkannte, war ich lange immer wieder in Gefahr, die in mir lebendig gewordenen Gefühle zu agieren und den Patienten z. B. los werden zu wollen, auf Distanz zu ihm zu gehen oder gereizt zu reagieren.

In weiteren Schritten sind dann *auch verbale Deutungen* nicht nur in psychoanalytischen, sondern auch in allen psychodynamischen Verfahren wie der KIP dringend nötig, worauf kürzlich Brömmel (2005) in einer sehr lesenswerten Arbeit hingewiesen hat. Zunächst und über lange Zeit dienen Deutungen in der Behandlung entwicklungsgestörter Patienten weniger der Einsichtsvermittlung als der Beziehungsregulation. Indem sie Sinn stiften, geben sie dem Patienten Halt und tragen ganz wesentlich dazu bei, dass sich die „Fähigkeit zur Objektverwendung“ und die anderen Aspekte der „Metabolisierung“ (s. oben) immer weiter verbessern. Als flankierende Maßnahme unterstützt eine engagierte, aktive Deutungsarbeit die Therapie mit Imaginationen entscheidend, indem sie hilft, regressive Zustände zu begrenzen. Unkontrollierte Regression „birgt vielmehr die Gefahr, die Pathogenese zu wiederholen und die Störung zu verfestigen und sei es auch hinter der verdeckten Fassade einer vordergründigen Anpassung an die Erwartungen, Fortschritte zeigen zu sollen“ (Ermann 2005 a, S. 10). Bei der Behandlung meines Patienten waren es die Imaginationen im Als-ob-Modus, die es als solche zu erkennen galt.

Die von Behandlungsbeginn an systematisch praktizierte verbale Deutung der Übertragung projizierter und introjizierter innerer Objekte, bestehend aus einer Objektrepräsentanz, einer Selbstrepräsentanz und einem verbindenden Affekt, ist von Kernberg und seinen Mitarbeitern (Clarkin et al. 2001) zu einem effektiven und wissenschaftlich evaluierten psychodynamischen Verfahren für die Behandlung von Borderline-Störungen entwickelt worden (TFP = transference focused psychotherapy). Meiner Ansicht nach weisen die implizite KIP-Behandlungstechnik und die TFP-Technik neben der gleichen psychodynamischen Grundorientierung weitere wichtige Gemeinsamkeiten auf, die ich hier nur kurz erwähnen kann: Die vorrangige Bedeutung des Settings, der Umgang mit der therapeutischen Neutralität, die Vermittlung von „skills“ (Fähigkeiten und Fertigkeiten, z. B. im kommunikativen Umgang mit anderen Menschen) und einiges mehr.

Fazit für die Praxis

Nach Winnicott (1969) kann es zu einer Objektverwendung nur kommen, wenn der Therapeut sich in regressive Zustände (z. B. in die beschriebenen archaischen Ich-Zustände) seines Patienten hineinziehen lässt. *Imaginative Angebote an den Patienten spiegeln in der Folge den Umgang des Therapeuten mit der Regression wider, die er in sich selbst erlebt*. Wenn es dem Therapeuten gelingt, einerseits mit dem eigenen Borderline-Erleben zurecht zu kommen, das durch die Übertragung unerträglicher Affekte (v. a. Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Hass, Neid) in ihm selbst aktiviert wird, und den Patienten andererseits bei dessen „imaginativer Odyssee“ durch die bizarre Welt seiner inneren Objekte zu begleiten, ohne ängstlicher zu werden als

der Patient selbst, kann eine modifizierte KIP-Behandlungstechnik („implizite KIP-Behandlungstechnik“) schwer regredierte(n) und/oder entwicklungsge störten Patienten entscheidend beim *Aufbau einer reifen Symbolisierungsfähigkeit* helfen. Diese ist gekennzeichnet durch das Erreichen einer „dritten Position“ (Britton 1997) und einer triadischen intrapsychischen Struktur. Eine implizite KIP-Behandlungstechnik muss stets beachten, dass Triangulierungsschritte und Symbolbildung untrennbar miteinander verbunden sind (J. Dieter 2000, 2005).

Literatur:

- Bahrke, U., Nohr, K. (2005): Katathym Imaginative Psychotherapie: Eine Positionsbestimmung. In: *Imagination* Heft 4/2005: 73–92. Wien: Facultas
- Bion, W. R. (1962): Lernen durch Erfahrung. Dt. 1990. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Bion, W. R. (1963): Elemente der Psychoanalyse. Dt. 1992. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Bollas, C. (1987): Der Schatten des Objekts. Stuttgart: Klett-Cotta
- Britton, R. (1997): Weitere Überlegungen zur dritten Position. In: Britton, R., Feldman, M., Steiner, J. (Hrsg.): Groll und Rache in der ödipalen Situation. Beiträge der Westlodge-Konferenz 1995. Perspektiven kleinianischer Psychoanalyse. Tübingen: Edition diskord
- Brömmel, B. (2005): Die Übertragung in der KIP und in der TFP. Oder: Braucht die KIP die TFP? In: *Imagination* Heft 4/2005: 38–56. Wien: Facultas
- Clarkin, J., Yeomans, F., Kernberg, O. F. (2001): Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer
- Cremerius, J. (1979): Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? *Psyche – Z Psychoanal* 33: 577–599. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dieter, J. (1999): Bindungsforschung und ihre Bedeutung für die KIP. In: *Imagination* Heft 2/1999: 19–36. Wien: Facultas
- Dieter, J. (2000): Symbolbildung und ihre Bedeutung für die Psychotherapie. In: *Imagination* Heft 1/2000: 5–28. Wien: Facultas
- Dieter, J. (2005): Stufen der Triangulierung – Zwischen Dyade und Triade in der Katathym Imaginativen Psychotherapie. In: Kottje-Birnbacher, L., Wilke, E., Krippner, K., Dieter, W. (Hrsg.): Mit Imaginationen therapieren: 98–107. Lengerich. Pabst
- Dieter, W. (2001): Die Katathym Imaginative Psychotherapie – eine tiefenpsychologische Behandlungsmethode. In: *Imagination* Heft 3/2001: 5–41. Wien: Facultas
- Ermann, M. (Hrsg.) (1993): Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Ermann, M. (2005 a): Explizite und implizite psychoanalytische Behandlungspraxis. *Forum Psychoanal* 21: 3–13. Heidelberg: Springer
- Ermann, M. (2005 b): Die Übertragung als Matrix der Traumgenerierung. *Forum Psychoanal* 21: 156–167. Heidelberg: Springer

- Fürstenau, P. (1977): Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. *Psyche-Z Psychoanal* 31: 197–207. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fürstenau, P. (1992): Entwicklungsförderung durch Therapie. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Fonagy, P. (2000): Dreams of borderline patients. In: Perleberg, R. J. (ed.): *Dreaming and thinking*. London: Karnac
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Freud, S. (1900): Die Traumdeutung. *GW* 2/3. Frankfurt/Main: Fischer
- Green, A. (1993): Die tote Mutter. *Psyche – Z Psychoanal* 47: 205–240. Stuttgart: Klett-Cotta
- Grawe, K. (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- Köhler, L. (1998): Einführung in die Entstehung des Gedächtnisses. In: Koukkou, M., Leuzinger-Bohleber, M., Mertens, W. (Hrsg.): *Erinnerung von Wirklichkeiten. Neurowissenschaften im Dialog*, Band I. Stuttgart: Verlag Internat. Psychoanalyse
- Körner, J. (1989): Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung! *Forum Psychoanal* 5: 209–223. Heidelberg: Springer
- Koukkou, M., Lehmann, D. (1998): Ein systemtheoretisches Modell. In: Koukkou, M., Leuzinger-Bohleber, M., Mertens, W. (Hrsg.): *Erinnerung von Wirklichkeiten. Neurowissenschaften im Dialog*, Band I. Stuttgart: Verlag Internat. Psychoanalyse
- Koukkou, M., Leuzinger-Bohleber, M., Mertens, W. (Hrsg.): *Erinnerung von Wirklichkeiten. Neurowissenschaften im Dialog*, Band I. Stuttgart: Verlag Internat. Psychoanalyse
- Leuner, H. (1994): *Lehrbuch der Katathym Imaginativen Psychotherapie*. Bern: Huber
- Rohde-Dachser, C. (1990): Ausformung der ödipalen Dreieckskonstellation bei narzisstischen und Borderline-Störungen. *Psyche – Z Psychoanal* 41: 733–799
- Rohde-Dachser, C. (2004): *Inszenierungen des Unmöglichen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Roth, G. (2001): *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Salvisberg, H. (2000): Bild – Sinnbild – Sinn oder Der andere Baum der Erkenntnis. In: Salvisberg, H., Stigler, M., Maxeiner, V. (Hrsg.): *Erfahrung träumend zur Sprache bringen*. Bern: Huber
- Salvisberg, H. (2005): Zum Zugang zu Gedächtnisinhalten – Die Bedeutung der prozessualen Aktivierung für die Psychotherapie. In: *Imagination Heft 4/2005*: 22–37. Wien: Facultas
- Schnell, M. (1997): Der imaginative Raum – vom Übergangsobjekt zur Objektbeziehung. In: Kottje-Birnbacher, L., Sachsse, U., Wilke, E. (Hrsg.): *Imagination in der Psychotherapie*: 207–215. Bern: Huber
- Schnell, M. (2000): Vom Bezeichnen zum Bedeuten. In: Salvisberg, H., Stigler, M., Maxeiner, V. (Hrsg.): *Erfahrung träumend zur Sprache bringen*: 169–183. Bern: Huber
- Schnell, M. (2002): Imagination, Phantasie und Traum – Die Entwicklung des Imaginationsraumes und der Dialog mit dem Selbst: In: *Imagination Heft 2/2002*: 7–23. Wien: Facultas
- Segal, H. (1996): *Traum, Phantasie und Kunst*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stern, D. (1985): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Dt. 1992. Stuttgart: Klett-Cotta
- Ullmann, H. (2001): *Das Bild und die Erzählung in der Psychotherapie mit dem Tagtraum*. Bern: Huber
- Winnicott, D. W. (1969): Objektverwendung und Identifizierung. In: Winnicott, D. W. (1971): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Winnicott, D. W. (1974): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler

Zusammenfassung:

Es wird eine explizite KIP-Behandlungstechnik, die vorwiegend bei neurotischer Konfliktpathologie zu Anwendung kommt und eine reife Symbolisierungsfähigkeit voraussetzt, mit einer impliziten KIP-Behandlungstechnik verglichen. Diese entspricht einer Weiterentwicklung der „Standardtechnik“ für die Behandlung von Patienten mit einer Entwicklungspathologie und damit einer unreifen Symbolisierungsfähigkeit. Neurobiologische Befunde, vor allem aus der Gedächtnisforschung, werden auf die explizite und die implizite KIP-Behandlungstechnik angewandt. Beide stehen zueinander nicht in einer Entweder-Oder-Beziehung, sondern bilden die beiden Pole eines Kontinuums. Das Gleiche gilt für die Symbolisierungsfähigkeit. Bei der Darstellung wird besonderer Wert auf die „prozessuale Aktivierung“ gelegt, die eine Voraussetzung bildet, um Inhalte der impliziten Gedächtnisspeicher abrufen und für den therapeutischen Prozess mobilisieren zu können. Die enge Beziehung zwischen Imagination und Übertragung/Gegenübertragung wird begründet, und behandlungstechnische Implikationen, vor allem der Umgang mit so genannten archaischen Ich-Zuständen, werden ausführlich anhand einer längeren Fallvignette einer KIP-Behandlung erläutert und zur Diskussion gestellt.

Keywords:

Katathym Imaginative Psychotherapie – Explizite/implizite Behandlungstechnik – Archaische Ich-Zustände – Borderline-Störungen – Übertragung/Gegenübertragung – Symbolisierungsfähigkeit

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Wilfried Dieter
Knöbelstraße 4a
D-80538 München
und
Anningerstraße 6/8/7
A-2351 Wiener Neudorf