

# IMAGINATION

4|2017

Alle Rechte vorbehalten  
[www.oegatap.at](http://www.oegatap.at)

**Ingrid Reichmann** Wenn Körperliches und  
Seelisches sich begegnen

**Eva-Maria Einig** Die Arbeit am Konflikt ist  
die beste Ressource oder  
Der Mut zur empathischen Konfrontation:  
Fallvignette einer schweren Schreibstörung

**Wolfgang Oswald** Freie Hypnose und  
hypnotische Assoziation

## Impressum

Die **Imagination** ist eine wissenschaftliche Publikation der Internationalen Gesellschaft für Katathymes Bilderleben IGKB und das offizielle Organ der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP).

**Herausgeber und Eigentümer:** ÖGATAP – Österreichische Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie  
1070 Wien, Kaiserstraße 14/13  
Tel.: 01/523 38 39, Fax: 01/523 38 39-10.

**Redaktionsanschrift:** ÖGATAP, 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13, E-Mail: [imagination@oegatap.at](mailto:imagination@oegatap.at)

### Redaktion:

Dr. Hermann Pötzt (Leitung)  
Dr. Michael Harrer  
Mag. Eveline Schöpfer-Mader  
Lic. phil. Anna Sieber-Ratti  
Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Brigitte Spreitzer  
Dr. Harald Ullmann

### Wissenschaftlicher Beirat:

Ulrich Bahrke, Halle  
Monika Bürgi, Basel  
Margret Flores d'Arcais-Strotmann, Amsterdam  
Jadranka Dieter, Wien  
Wilfried Dieter, Wien  
Elfriede Fidal, Wien  
Susanne Frei, Wien  
Heinz Hennig, Halle  
Hans Kanitschar, Wien  
Leonore Kottje-Birnbacher, Düsseldorf  
Wolfgang Ladenbauer, Wien

Matthias Mende, Salzburg  
Mathilde Pichler, Wien  
Claudius Stein, Wien  
Michael Stigler, Lausanne  
Eberhard Wilke, Malente

**Erscheinungsweise:** Viermal jährlich

**Verlag:** Facultas Verlags- und Buchhandels AG,  
1050 Wien, Stolberggasse 26, Tel.: 01/310 53 56

**Druck:** Facultas Verlags- und Buchhandels AG

**Layout und Satz:** Gerhard Krill, 1060 Wien;  
E-Mail: [grafik@krill.at](mailto:grafik@krill.at); <http://www.krill.at>

**Bezug:** Für Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie im Jahresmitgliedsbeitrag eingeschlossen. Abonnements und Einzelhefte können über jede Buchhandlung oder über die ÖGATAP, 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13, bezogen werden.

**Jahresabonnements:** € 34,-, Einzelpreis: € 10,-,  
Doppelnummer: € 20,-

**Inseratenannahme:** Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 1050 Wien, Stolberggasse 26,  
Tel.: 01/310 53 56

**Copyright:** Alle Rechte vorbehalten. Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Verbreitung, Vervielfältigung, photomechanischen Wiedergabe und Wiedergabe auf Tonträgern vor. Nachdruck ist nur unter genauer Quellenangabe und mit schriftlicher Zustimmung des Verlages gestattet.

ISSN 1021-2329

## Offenlegung gemäß Mediengesetz, 1. Jänner 1982

**Nach § 25 (2):** **Imagination** ist zu 100 % Eigentum der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP), 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13.

**Ziele der Gesellschaft:** Ausbildung gemäß den Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes vom 7.6.1990 in psychotherapeutischen Methoden.

**Vorstandsmitglieder ÖGATAP:** 1. Vorsitzender: Dr. Bernhard Brömmel; 2. Vorsitzende: Mag. Monika Pomberger-Kugler; Ausbildungsleiterin: Dr. Elisabeth Brunner-Karré; Schriftführerin: Mag. Angela Teyrowsky; Kassier: Wolfgang Schnellinger;

KandidatInnenvertretung: Mag. Barbara Paulus, Mag. Veronika Gindl; DozentInnenvertretung: Dr. Magdalena Grünewald; TherapeutInnenvertretung: Mag. Clara Bretschneider, Mag. Regina Zörer-Turetschek

**Nach § 25 (3):** keine

**Nach § 25 (8):** **Imagination** vertritt die Anliegen der Österreichischen Gesellschaft für angewandte Tiefenpsychologie und allgemeine Psychotherapie und soll über verschiedene Therapiemethoden und vor allem deren Anwendung in der Praxis informieren.

# IMAGINATION

39. Jahrgang, Nr. 4 | 2017

**Editorial** 3

*Ingrid Reichmann*

**Wenn KÖRPERLICHES und SEELISCHES  
sich begegnen** 5

*Eva-Maria Einig*

**Die Arbeit am Konflikt ist die beste Ressource  
oder Der Mut zur empathischen Konfrontation:  
Fallvignette einer schweren Schreibstörung** 20

*Wolfgang Oswald*

**Freie Hypnose und hypnotische Assoziation** 47

**Rezension** 59

**Register 1991–2017** 63



# Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Das letzte Heft im heurigen Jahr beinhaltet drei Arbeiten, die ich Ihnen gerne kurz vorstellen möchte.

*Ingrid Reichmann* diskutiert in Ihrem Artikel, wie der Mensch seine Lebensgeschichte und seine frühen Beziehungserfahrungen einerseits körperlich in Form von Symptomen, Haltungen, Bewegungen und seinem ganzen Körperausdruck, andererseits psychisch in seinem spezifischen Verhalten, der Gestaltung der Interaktionen, in Symbolen und Bildern in die Therapie von Anfang an mitbringt und darstellt. Einen besonderen Stellenwert für das Verstehen dieses komplexen Geschehens hat dabei für Frau Reichmann die Gegenübertragung. Nach der kompakten Darstellung einer Reihe unterschiedlicher theoretischer Ansätze dazu wird die Thematik anhand einer Behandlungssequenz einer Patientin mit einer neurologisch anmutenden Symptomatik sehr anschaulich erläutert.

Im folgenden Beitrag von *Eva-Maria Einig* geht die Autorin der Frage nach, was eine gute Behandlung ausmacht und welche Kompetenzen dazu wünschenswert wären. Dabei betrachtet sie die Arbeit am Konflikt als besondere Kompetenz wie auch Ressource für die psychotherapeutische Arbeit. Sehr detailliert erfolgt dazu die Beschreibung und Aufarbeitung des Behandlungsverlaufs einer Patientin mit einer Schreibstörung anhand der durchgeführten Imaginationen. Das Besondere an diesem Beitrag sind die über längere Strecken wörtlichen Wiedergaben der Dialoge zwischen Patientin und Therapeutin während der Imaginationen, wie sie in der Literatur nur ganz selten zu finden sind.

*Wolfgang Oswald* befasst sich danach in seinem Artikel mit den Gründen für Freuds Aufgeben der Hypnose und der folgenden Entwicklung des psychoanalytischen Verfahrens, im speziellen dem Konzept der freien Assoziation. In seiner Analyse bezieht sich Herr Oswald auf eine Reihe von Quellen aus verschiedenen

Schriften und Briefen Freuds, die es erlauben, die Gedankengänge des Autors gut nachzuvollziehen. Der Artikel beinhaltet zudem eine kritische Betrachtung des Verhältnisses von psychodynamischen und hypnotherapeutischen Konzepten heute und plädiert für ein integratives Verständnis der Hypnosepsychotherapie.

Anschließend finden Sie noch eine Buchrezension von Leonore Kottje-Birnbacher zum neuesten Buch von Harald Ullmann sowie erste Informationen zum KIP-Kongress 2018 in Köln.

Mir bleibt noch, Ihnen eine angenehme Weihnachtszeit und ein gutes Hinübergleiten ins nächste Jahr zu wünschen,

*Ihr Hermann Pötz*

# Wenn KÖRPERLICHES und SEELISCHES sich begegnen

Ingrid Reichmann

*»Seien wir in höchstem Maße und mit jeder einzelnen Zelle unseres Körpers aufmerksam und offen. Denn wir denken unbewusst mit dem Körper und überwinden dabei mühelos jeden Doppelsinn und jegliche Widersprüche.«*

Taisen DESHIMARU, japanischer Zen-Meister

Der Mensch bringt seine Lebensgeschichte mit in die Therapie – mit seinem Körper, seinen Bildern und seiner erzählten Geschichte und möchte ganzheitlich erfasst und angenommen werden. Die Geschichte zeigt sich

- **körperlich** in Symptomen, Haltungen und Bewegungen und im Körperausdruck und
- **psychisch** im Verhalten – in der Interaktion, in Symbolen, Bildern und in Übertragungen

Eine 38-jährige Patientin kommt nach einem Aufenthalt in der Neurologie zu mir in die psychotherapeutische Praxis. Sie hatte plötzlich Lähmungserscheinungen, die linke Körperseite knickte ein und sie stürzte zu Boden. Sie dachte an einen Schlaganfall und wurde als Notfall stationär aufgenommen. Besonders auffällig war eine Gangstörung; sie konnte die Beine nur ruckartig nach vorne strecken, die Knie nach hinten überstreckt. Insgesamt war die Haltung sehr stelzenhaft und sie hatte große Probleme die Balance zu halten. Geblieben seien Parästhesien in der linken Körperhälfte und in der linken Gesichtshälfte, die trotz medizinischer Therapie resistent seien. Zudem leide sie an ständig nachwachsenden Myomen in der Gebärmutter und müsse sich immer wieder Operationen unterziehen.

In ihrer Körperhaltung ist sie schief aufgerichtet, ihr Gang wirkt etwas roboterhaft und gehalten. Die Beine laufen wie auf Schienen unterhalb des Oberkörpers, die Arme etwas angelegt, die Handtasche fest im Griff und körpernah getragen.

Auf der verbalen Interaktionsebene erzählt sie offen, wenn auch ohne spürbare emotionale Beteiligung über ihre Leidenszustände, mimisch lächelt sie dazu – ohne, dass das Lächeln die Augen oder das restliche Gesicht erfasst. Es bleibt ein starr lächelnder Mund. Wenn sie über ihr Leiden spricht, knickt ihr Oberkörper im Bereich des Brustbeins nach vorne ein und die Schultern werden hochgezogen und in dieser Position eingefroren.

In ihrer Gestik, Mimik und in den Bewegungsimpulsen im Körper geht sie mit mir in eine körpersprachliche Interaktion; ihre internalisierten Bewegungserlebnisse aus dem prozeduralen Bereich werden im Hier und Jetzt über die Sprache der Bewegung erlebbar. Die Sprache der Bewegung ist ja die erste Sprache und führt zu den Affekten, denn der Körper speichert aus der präverbalen Zeit die analogen Erfahrungsaspekte, also wie heftig etwas war, wie einstürmend, wie weit weg es sich anfühlte.

Im sprachlichen Ausdruck präsentiert sie sich geordnet und ruhig, im Körperlichen zeigt sie Starre und den Versuch der Kontrolle; atmosphärisch – in meiner Gegenübertragung erlebe ich sie Hilfe suchend, mit dem Appell »bitte tu etwas, damit ich wieder funktionieren kann«. Ich erlebe sie in einem Ausnahmezustand und fühle mich gefordert rasch zu einer Beruhigung beizutragen.

Schon Schilder hat das Körperbild als eigene multipel determinierte Organisation und nicht nur als Erlebnisrepräsentanz verstanden. Es ist zusammengesetzt aus physiologischer Basis, durch libidinöse Strukturen ausgeformt und vor allem durch Einbettung in Organismus-Umwelt-Beziehungen gestaltet. Er definiert Körperbild als aktiven Regisseur und als »soziales Phänomen.« (1933, S. 371). Die Phantasien und Aktionsmodi, die in den unterschiedlichen Lebensabschnitten im Rahmen der Organismus-Umwelt-Beziehungen gebildet werden, werden ebenso aufbewahrt wie die vom Triebleben gestalteten Phantasien. Das Körperbild schreibt die Leibgeschichte auf, durch neues Erleben und Tun, durch körperliche Erkrankungen und Alterserscheinungen wird das Körperbild ergänzt und transformiert.

Der Körper steht also in einem relationalen Zusammenhang – Maurice Merleau-Ponty nennt dies Zwischenleiblichkeit – und ist selbst ein »social body«, ganz im Sinne des Embodiments.

Marianne Leuzinger-Bohleber, Robert N. Emde und Rolf Pfeifer (2013) beschreiben in ihrem Buch »Embodiment – ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse« die determinierende Wirkung früher Interaktionserfahrung auf Denken, Fühlen und Handeln. Sie konstituieren frühe und früheste Interaktionserfahrungen als »basal konstitutives Element« für die psychische *und* somatische Entwicklung. Die sozialen Erfahrungen im Sinne früher Interaktionserfahrungen bestimmen als »embodied memories« die Entwicklung



und prägen die Erwartungen und die unbewussten Interpretationen neuer Interaktionssituationen.

Embodiment meint nicht nur nonverbal oder körperlich ausgedrückt, sondern bedeutet, »dass im Hier und Jetzt einer neuen Interaktionssituation durch sensomotorische Koordinationen die Analogien zu früheren Situation im Körper erkannt und Erinnerungen jedes Mal neu konstituiert und dadurch die Interpretation einer aktuellen Problemlösungssituation determiniert werden« (Leuzinger-Bohleber et al. 2013, S. 20). Dieser Prozess spielt sich sowohl im Gehirn ab als auch im Körper, vor allem in den Sinneswahrnehmungen.

Das Baby erlebt sich über Augen (visuell), über Berührung (taktil) und über Lage, Druck und Spannung (kinästhetisch). Diese visuellen, taktilen und kinästhetischen Wahrnehmungen werden in affektiven Schemata gespeichert, die eng miteinander verknüpft sind.

Sensomotorische Eigenempfindungen, die über Propriozeption (Innenwahrnehmung der Muskeln und Sehnen) erfahren werden, werden in sensomotorischen Schemata gespeichert, visuelle Wahrnehmungen in perzeptuellen Schemata, bildhafte Wahrnehmungen in konzeptuellen Schemata – oft erst später, wenn Denken in Worten und somit Symbolisierung möglich ist – zeitliche Abfolgen werden in Skript-Ereignis Schemata und Grundgefühle in »feeling shapes« gespeichert. Protonarrative Hüllen ermöglichen eine Segmentierung der erlebten Episoden. Aus all diesen miteinander verbundenen Elementen der Interaktionserfahrung bilden sich Repräsentationen, RIGS bzw. »schemas of being with«, die im prozeduralen Gedächtnis ihren Niederschlag finden. Im impliziten Beziehungswissen ist in einer körperlich-seelischen Form das Wissen über frühe zwischenleibliche Austauschprozesse und die Atmosphäre des Zusammenseins gespeichert. Es beinhaltet motorische Abläufe, Affektmuster und Denkmuster, die nonverbal und nicht bewusst sind.

Körperbildentwicklung und Selbstentwicklung sind eng miteinander verbunden. Das Körper selbst ist ein Teil des Selbst bzw. der Ursprung (vgl. Freud: das Ich ist ein körperliches), denn die mit Anderen geteilte leibliche Erfahrung bildet die Grundlage für Körperbild *und* Selbstbild.

Triebdynamische Entwicklung wird körpernah erlebt und benötigt Beziehung zum wichtigen Anderen und einen stimmig förderlichen Umgang.

Körperbildentwicklung verläuft über Differenzierung von Erleben aus dem Körperinneren und der Körperoberfläche/Haut mit Erleben von Vertrauen zu Wahrnehmung von fester Substanz/Knochen, Körpergrenze und Tiefensensibilität sowie der libidinösen Besetzung motorischer Funktionen mit Erleben von Zu- und Abwendung, Haltung und Selbstwirksamkeit bis hin zur zur Erfahrung von Geschlechtlichkeit und Wechselbeziehung.

Emotionale Entwicklung verläuft von Individuation, über Bindungserfahrungen hin zu Repräsentanz im Anderen und Verbundenheit in Gedanken im Sinne von mentalisierter Selbstrepräsentanz im Anderen. Eva Kahlenberg (2010) meint: »Im existentiellen Kern geht es darum erkannt zu werden und gekannt, bedacht und wertgeschätzt zu werden; also differenziert repräsentiert und zeitlich überdauernd aufgehoben zu sein in der geistig-seelischen Innenwelt Anderer« (S. 72).

Auch dieser Entwicklungsstrang der zunehmenden Differenzierung und De-Somatisierung ist eng mit körperlichem Erleben verbunden und ohne Körper und ohne das Gegenüber einer wichtigen Bezugsperson gar nicht zu denken.

Mikrobegegnungen aus zahlreichen nonverbalen Komponenten konstruieren unsere Zusammenseinsweisen und stellen ein intersubjektives Repertoire dar, das bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben helfen kann und eine responsive Kommunikation ermöglicht.

Frühe Objektbeziehungen schlagen sich in der Grundmelodie der Seele nieder und werden im »schema of being with« nach Stern, in der ästhetischen Dimension nach Schnell (2008) und in der Atmosphäre der therapeutischen Situation und der Imagination sowie in der impliziten Gegenübertragung nach Reichmann (2012) spürbar. Implizite Gegenübertragung meint das atmosphärische Spüren, wie PatientIn behandelt worden ist im Sinne einer prozeduralen Resonanz.

### **Was hat meine Patientin erlebt? Welche »embodied memories« zeigt sie?**

Ich verstehe ihre Unruhe und Getriebenheit, ihre innere Erregung als impliziten Modus eines misslungenen Dialogs mit einer leeren depressiv-narzisstischen Mutter (agitierte Depression, hysterisch abgewehrt). Zustände, die nicht einfühlsam beantwortet und benannt werden, werden als verzerrte, fremde Erlebensweisen introjiziert und leben so weiter.

Die Mutter ist oberflächlich zugewandt, aber immer an den Gefühlen vorbei agierend und in ihrem Ausdruck hysterisch-manieriert.

Der Vater ist dominant, bestimmend, die Tochter als narzisstisches Objekt missbrauchend und für die eigene Versorgung benutzend.

Die Patientin entwickelt die Haltung: wenn ich mich anpasse, dann kriege ich Liebe, Anerkennung und Versorgung. Der Preis ist Verzicht auf Eigenes und auf Autonomie. Gefühle, die nicht ausgedrückt werden dürfen, gehen im Laufe der Entwicklung verloren und werden nicht mehr als eigene wahrgenommen.

Sie war also von beiden Seiten zwar narzisstisch aufgewertet, aber nicht als Eigenes erkannt. Sie zeigt sich nach außen selbstbewusst aber im inneren Erleben als fragil, suchend und unsicher, was sie will und braucht. Die Fähigkeit zur

Selbstregulation, die in interaktionellen Erfahrungen aufgebaut wird, braucht stimmige Resonanzen, die ihr gefehlt haben.

So bildete sich eine seelische Dysfunktion aus – ein Unvermögen Aspekte des Erlebens ins Selbstsystem zu integrieren und sich selbst mit ihrer inneren Welt im Austausch *und* mit der Umwelt zu regulieren.

Was ist nun die Aufgabe der Psychotherapie? Im Folgenden möchte ich mich auf einige wichtige Entwicklungen der psychotherapeutischen Theorien beziehen.

Erkenntnisse der Neurowissenschaften (genannt seien hier etwa die Autoren Schore, Bauer, Hüther), der Säuglingsforschung (etwa Stern und Lichtenberg) und der Objektbeziehungstheorien (wie Melanie Klein, Otto Kernberg und Donald Winnicott) haben unser Wissen über die Persönlichkeitsentwicklung erweitert und bereichert (s. dazu Ermann 2014). Neuere Konzepte der menschlichen Entwicklung – von der Säuglingszeit über die ganze Lebensspanne – bewegen sich hin zu Gehirn-Bewusstsein-Körper-Konzeptualisierungen (Schore 2007). Die plurale theoretische und praktische Ausdifferenzierung der behandlungstechnischen Konzepte und Regeln vollzog sich entlang der Linie vom Intrapsychischen zum Interpersonalen. Die relationale und intersubjektive Sichtweise wurde betont. Das Verständnis der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik als Containment und als kreative Begegnung, die neue Erfahrung hervorbringt, hat zu einer Schwerpunktverschiebung von Inhaltstheorien zu Prozesstheorien geführt.

Das Verständnis des therapeutischen Prozesses wurde von den affektpsychologischen Forschungen von Rainer Krause und von den Interaktionsforschungen im Bereich des Nonverbalen – Ulrich Streek (2004) ist ein prominenter Vertreter – beeinflusst. Die therapeutische Beziehung wurde als einer der wesentlichsten therapeutischen Wirkfaktoren erkannt. Die Förderung des unmittelbaren Erlebens wurde seitens der Psychotherapieforschung als eigener Wirkfaktor definiert.

Aktuell steht der Körper und das Implizite, das, was zwischen den beiden Interaktionspartnern in der Therapie passiert, im Zentrum der Aufmerksamkeit und wird besonders von der Boston Change Process Study Group um Daniel Stern erforscht. Manfred Schmidt spricht in diesem Zusammenhang von der performativen Wende, die sich aktuell vollzieht.

Manfred Schmidt (2014) beschreibt in seiner *Präsenztheorie* die Präsenzerfahrung als gemeinsam geteilte Beziehungserfahrung, die neben der Erfahrung von Sinn und Bedeutung die therapeutische Beziehung bestimmt. Präsentisches Verstehen als ein Begreifen aus der Unmittelbarkeit der Erfahrung, hat vitale Evidenz und ist nur durch Erkunden erreichbar, wodurch Bedeutung aus eigenem Spüren entsteht.

Sebastian Leikert (2013) beschreibt neben der sprachlichen Dimension, wo Selbst- und Objektimages klar unterschieden sind und das Subjekt sich als autonomer

Akteur definiert, noch eine zweite Erlebensdimension, die er in seiner Theorie der *kinästhetischen Semantik* konzeptualisiert. Der sinnliche Eindruck kommt erst zur Wirkung, wo sich Selbst und Objekt synchronisieren. Die Wahrnehmungen der Außensinne – das Ästhetische – synchronisieren sich mit den fluktuierenden Spannungen der erlebten Körperlichkeit – dem Kinetischen. Subjekt und Objekt sind über den Prozess der Wahrnehmungsritualisierung miteinander verbunden und in einer Matrix von kinetischen Engrammen gedächtnismäßig gespeichert.

Kinetische Engramme sind Gedächtnisspuren, die sich im Rahmen von sinnlich organisierten Interaktionen mit der Primärperson in der präverbalen Zeit gebildet haben. Bei frustranen Begegnungen mit Rückzug aus sinnlicher Interaktion bilden sich verkapselte Engramme, die von weiteren Spiegelungs- und Wachstumsprozessen ausgeschlossen bleiben. Sie persistieren jedoch in psychosomatischen Symptomen und Stimmungen und bestimmen das Lebensgefühl. Insofern definiert Leikert die Arbeit mit Körpergefühlen als Eintritt ins Innere der pathologischen Szene und ein Arbeiten auf diesem Schauplatz.

Die kinästhetische Semantik beschreibt die Verbindung von Wahrnehmung und Körper selbst. Über Ritualisierung von Wahrnehmungsprozessen kann die Vitalität und Kreativität des Körper selbst und dessen Engramme und Gedächtnisspuren zugänglich und transformierbar gemacht werden. »Ohne Verbindung zum Körper selbst, ohne Embodiment verliert das seelische Leben den Kontakt zur eigenen Vitalität und verfällt in eine reifizierende Leere.« (Leikert 2013, S. 981). Die therapeutische Beziehung definiert er als Wahrnehmungsbeziehung mit stimmkörperlichen Resonanzprozessen. Besonders die Stimme drückt den kernaffektiven Gefühlszustand aus. Nach Paul Ekman ist Stimme nicht gut verstellbar, sie wird z. B. bei Gleichgültigkeit schneller, bei Emotion langsamer (Ekman 2004).

All diesen modernen Konzepten ist gemeinsam, dass sie sich auf Präverbales beziehen, auf gegenwärtig belebtes und konstruiertes Wissen aus dem impliziten Bereich fokussieren und die Verbindung zwischen präsentischer und symbolischer Ebene betonen. Nur durch Klärung, Vertiefung und Bereicherung des unmittelbaren Erlebten kann Sinn entstehen und über neue Erfahrungen zu Verwandlungsprozessen führen. Dabei sind Prozessdeutungen, wie Will (2016) das beschreibt, hilfreich.

Das übergreifende Ziel von Psychotherapie besteht in der Verbesserung der Anpassung, der Erhöhung der Flexibilität und Bandbreite, in der Steigerung der Effektivität sowie der Reduktion von dysphorischen Zuständen.

Psychotherapie ist mehr als ein Zuordnen von Symptomen, ein Erfassen der relevanten Themen und ein Reflektieren in Verbindung zu theoretischen Konstrukten, die das Leiden und die Geschichte von PatientInnen erklären helfen. Es ist ein gemeinsam erlebter und interaktiv gestalteter Prozess von gemeinsam konstruierten Bedeutungen.

Psychotherapie ist ein Sich-Einlassen in eine Beziehung, wobei neben verbalen auch präsentisches/szenisches Verstehen nötig ist. Wenn zwei Psychen sich aufeinander einlassen, entsteht etwas einzigartig Neues – ein intersubjektives Feld. In ihrem neuen Buch über Veränderungsprozesse schreiben Stern et al.: »Nur in einem intersubjektiven Feld ist man imstande eine andere Psyche zu erforschen, mit ihr zu spielen, sie zu beeinflussen und schließlich mit ihr gemeinsam komplexe Aktivitäten auszuführen« (Stern 2012, S. 96).

In der therapeutischen Situation überlagern sich die verbal-deklarative und die implizit-prozedurale Ebene. Die implizite Ebene ist auf die Herstellung der intersubjektiven Gemeinsamkeit gerichtet und somit für die Beziehung dominierend. Neben dem Was, also dem Inhalt, ist besonders das Wie, d. h. das nonverbale Verhalten, die Mimik, die Gestik, der Tonfall und die Art des in Kontakt Tretrons, also die Interaktion bedeutsam – und zwar auf beiden Seiten.

Unser Nervensystem ist so konstruiert, dass es vom Nervensystem anderer Menschen verstanden werden kann. Denken sie an das Konzept der Spiegelneuronen. Potentiell steht uns also ein emotionaler Weg offen, der in den Anderen hineinführt. Wir nehmen am Erleben des Anderen teil, lassen es in uns wiederhallen, u. U. gilt das Gleiche. Man könnte auch sagen, es entsteht ein rechts-hemisphärischer Dialog (Schore 2007).

Nur zur Erläuterung: die rechte Hemisphäre beinhaltet das affektiv-konfigurationale Repräsentationssystem, das die Selbst- und Objektvorstellungen kodiert. Die linke Hemisphäre benutzt den lexikalisch-semantischen Modus. Wenn wir unsere emotionalen Zustände bewusst steuern und kontrollieren, z. B. wenn wir mental zu uns selbst sprechen, um uns zu beruhigen, ist das linke präfrontale Areal aktiv. Der rechte präfrontale Kortex ist bei der Regulation ohne Verbalisierung und Interpretation sowie bei sehr hoher oder sehr niedriger Erregung dominant.

Der therapeutische Prozess vollzieht sich in einer intersubjektiven Matrix. Die Grundmatrix der Beziehung zeigt sich in der Atmosphäre der Übertragungs-Gegenübertragung-Beziehung, in der Atmosphäre der Imagination und im szenischen Handlungsdialog, besonders im nonverbalen Teil.

Zu Veränderungen des prozeduralen, interaktiven Wissens des »In-Beziehung-Seins-mit-Anderen« kann es am besten dann kommen, wenn eine stillschweigend abgestimmte ruhige Beziehungsregulation von Brüchen abgelöst wird, die in der Folge wieder neu reguliert werden können und eine Rückkehr zu einer im Hintergrund abgewickelten Interaktion mit Integration dieser Brüche ermöglicht. Stern spricht vom »moving along« und den Gegenwartsmomenten als Moment der gemeinsam gelebten und mental geteilten Erfahrung, welche die Beziehung verändert und neue Möglichkeiten eröffnet.

Nach seiner Auffassung ist ein wesentlicher Teil der Therapie zu lernen, in einer Beziehung über affektiv besetztes Material zu sprechen. Es beginnt mit

einer Suche nach Gerichtetheit und Stimmigkeit, nach »gemeinsamer Intention« (Stern et al. 2012, S.96). Durch kreatives Verhandeln über Ungenauigkeit und Unbestimmtheit, die immer in der Resonanz vorhanden ist, kommt es zu wachsender Inklusivität des relationalen Feldes. Diese Qualitäten führen zu Vitalisierung von beiden, zur Verstärkung der Sympathie und zum Gewährsein, sich auf Qualität der Beziehung verlassen zu können. Der präverbale Austausch bildet die Hintergrundmelodie von Interaktionen. Der Prozess der interpersonellen Kommunikation ist multimodal und die Wortbedeutung hängt vom interpersonellen Kontext ab, ist also vom impliziten Einlassen geprägt. Die »Qualität der Intervention hängt davon ab, ob sie an dem, was Patienten gerade beschäftigt, anknüpft und als taktvoll und hilfreich empfunden wird« (Stern 2012, S.245). Das Implizite ist somit Grundlage und Referenzsystem für die Beurteilung der Stimmigkeit von expliziten Bedeutungen, für Kohärenz und Validität. Insofern ist es nötig, dass die Therapeutin Zugang zu den eigenen implizit-prozeduralen Reaktionsneigungen hat.

Heisterkamp (Geißler & Heisterkamp 2007) beschreibt die Mit-Bewegung als Prototyp der tiefenpsychologischen Therapie, die gekennzeichnet ist durch das Bemühen, sich in PatientInnen einzufühlen, die Fähigkeit der TherapeutInnen sich selbst wahrzunehmen und zu spüren, die Kompetenz zwischen beiden Wahrnehmungen unterscheiden zu können und die Kunst, das eigene Erleben psychotherapeutisch zu transformieren.

Therapie ist ein psychischer und körperlicher Dialog und hat eine Analogie zum Mutter-Kind-Dialog. Im Mutter-Kind-Dialog geht es darum, die Bedürfnisse des Kindes, die aktivierten Motivationssysteme, die »states of mind« sowie die Erregungsniveaus zu erkennen und mittels Empathie und Feingefühligkeit passend zu beantworten, um Struktur aufzubauen. Erst wenn ich mich als Therapeutin der Situation aussetzen kann, ohne auf fertige Konzepte zurückzugreifen, in einer Haltung des Nicht-Wissens aber als interessiertes Gegenüber für das Sein, Fühlen und Denken der PatientInnen, mit Interesse für ihre erlebte Geschichte und mit Offenheit unbewusste Interaktionsmuster wahrzunehmen, erst dann ist Reifung und Entwicklung im therapeutischen Prozess möglich.

Ich muss mich als Therapeutin mit meiner ganzen Person meiner senso-motorischen, symbolischen und verbalen Fähigkeit und Kompetenz zur Verfügung stellen, um einen Raum und ein Klima zu schaffen, in dem PatientInnen ihre Beziehungsrepräsentanzen aktivieren, projizieren und szenisch darstellen können. Erst wenn Beziehung erlebt wird im Rahmen eines definierten therapeutischen Settings, kann die Therapeutin als transformierendes Objekt nach Bollas, als neues Objekt integriert werden und ihre Mentalisierungsfähigkeit, ihre strukturellen Fähigkeiten von Bindung und Kommunikation genutzt werden.

Die Psychoanalytikerin Wilma Bucci (2002) verbindet in ihrer *Multiple Code Theory* das psychoanalytische Konzept von Psyche, das aus Teilsystemen zusammengebaut ist mit aktuellen Erkenntnissen des Hirnforschers Antonio Damasio. Bucci geht davon aus, dass Information vom Menschen grundsätzlich in zwei Arten von Codes wahrgenommen und verarbeitet werden kann: in vorsymbolischer (körperlicher) und in symbolischer Form. Die symbolische Form hat zwei Ausprägungen, die symbolisch verbale (Buchstaben/Worte) und die symbolisch nonverbale (Bilder). Die vorsymbolische Informationsverarbeitung geschieht in motorischer, somatisch-viszeraler und sensorischer Form, z. B. mit Tönen, Gerüchen oder Empfindungen. Sie begleitet unser gesamtes Leben als eine Art Online-Informationsverarbeitung.

Die drei Informationscodes haben unterschiedliche Inhalte und Verarbeitungsprinzipien und brauchen den referentiellen Prozess als Bindeglied. Die direkt erfahrenen, körperlichen und sensorischen Eindrücke, die das vorsymbolische System aufnimmt, brauchen als »Übersetzungshilfe« die Bilderwelt, um in einen abstrakten, verbalen Code übersetzt werden zu können.

Psychische Krankheit definiert Bucci als Unterbrechung der Verbindung zwischen diesen drei Informationsverarbeitungssystemen und als dysfunktionalen Versuch, mit dieser Unterbrechung umzugehen. Das Ziel von Psychotherapie ist daher, die Dissoziation zwischen den drei Systemen aufzuheben und Verbindungen wieder herzustellen.

Besonders im Rahmen von Imaginationen kommt es zu einer Belebung aller drei Ebenen gleichzeitig, zu einem ganzheitlichen Erfassen über Körper-Bilder und Syntax. Im sinnlichen Erleben ist der Körperbezug gegeben, der oft auch direkt in Gestik und in Mimik ausgedrückt wird. Innerseelisches wird bildhaft dargestellt und durch den direkten Dialog in Sprache umgesetzt.

Meine körperlichen Gefühle sind der Resonanzraum für die nicht repräsentierten Erfahrungen der Patientin. Sensomotorische Resonanz bietet einen Zugang zur subsymbolischen Kommunikation jenseits von Sprache. Durch die Benennung von sensorischen, affektiven und szenisch interaktiven Erfahrungen kommt es zur Neubildung von Repräsentanzen und somit zu Strukturaufbau und heilsamen Veränderungen.

Die Imagination als regressiv-bildhafte Darstellung von Selbst- und Objektrepräsentanzen und der aktuellen Übertragung bzw. der unbewussten Phantasie der Patientin über die Therapeutin entstehen im potentiellen Raum zwischen uns beiden. Über die imaginative und verbale Bearbeitung kann Bedeutung geschaffen werden. Dies wird wie der gemeinsame Schaffungsprozess internalisiert und hilft Struktur aufzubauen.

Wenn in der Imagination z. B. eine taktile Erfahrung sinnlich erlebt wird, kann diese neue Erfahrung, das neue sensomotorische Schema über Assimilation

eingebaut werden. Wenn die Emotion spürbar wird, wird auch das affektmotorische Schema integriert. Weil die Imagination in der therapeutischen Beziehung begleitet wird, wird die Beziehung zum Objekt – das Beziehungsschema – aktiviert und überschrieben.

Nach Solms (2013) bedeutet Lernen, dass zwischen interozeptiven Trieben und exeterozeptiven Repräsentationen Verbindungen geknüpft werden und zwar nach Maßgabe der Gefühle, die bei Begegnungen entstehen. Somit kann das Subjekt sich seinen Weg durch neue Situationen erfühlen. Die Voraussetzung dafür ist jedoch die affektive Präsenz des Subjekts.

Wolfgang Leuschner betont – Bezug nehmend auf Schilder – die enge Beziehung von Körperbild und Traum und meint: »Durch den Schlafzustand ist das Körperbild labilisiert und die niedergeschriebene Geschichte unserer Körpererfahrungen *und* die aktuellen Körpererlebnisse werden in vielfältiger Weise ausgedrückt« (Leuschner 2017, S. 128). Ebenso ist es in der Imagination.

Insofern ist die KIP eine hervorragende Möglichkeit, die verschiedenen Ebenen zu aktivieren und zu verbinden; Körperliches und Seelisches können einander begegnen und sich neu formatieren.

### Zurück zum Fall

Ich möchte anhand des Körpererlebens und an zwei Imaginationen das therapeutische Geschehen illustrieren und verdeutlichen.

In ihrem *Körperbilderleben* (Abb. 1) zeichnet sie einen gespaltenen Körper, wie Plassmann (2016) das beschreibt. Die linke Seite ist von der rechten durch eine vertikale Trennlinie markiert. Die Sterne symbolisieren das Kribbeln, das immer dann auch deutlicher erlebbar wird, wenn sie über ihre konflikthafter Themen spricht. Sie fühlt sich zerrissen zwischen den Ansprüchen der Eltern, die sie jahrelang durch braves Anpassen zu erfüllen versucht hat und den persönlichen Wünschen zur eigenen Lebensgestaltung. Sie fühlt sich auch zerrissen zwischen Vater und Freund.

Der Freund wird von den Eltern abgelehnt, er sei nicht »standesgemäß«, wäre ein Schmarotzer, der es nur auf die guten finanziellen und sozialen Möglichkeiten abgesehen habe und der ein gesundheitlicher Krüppel sei. Der Freund drängt

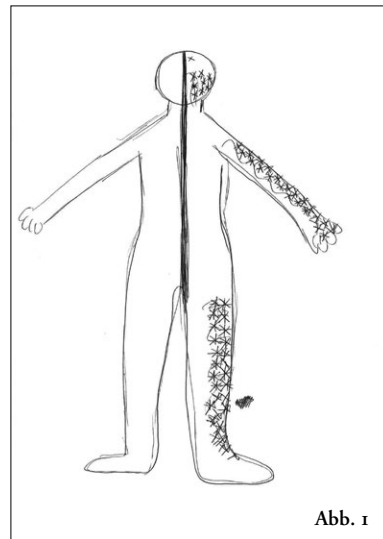


Abb. 1



darauf, dass sie sich zu ihm bekenne und die Verstrickung mit den Eltern löse. Die Patientin schämt sich, dass sie in ihrem Alter mit den Problemen einer Jugendlichen in der Adoleszenzkrise befasst sei.

Früher habe sie ein »Doppelleben« geführt: Sie kam alleine nach Hause, war liebe Tochter und hat sich den Familienregeln unterworfen. Dann sei sie wieder in ihren Studienort gefahren und habe dort ihr Leben mit ihrem damaligen Freund, den sie ihren Eltern nie vorgestellt hat, gelebt.

Erst jetzt, als sie beruflich zurück ins heimatische Bundesland zog, um auch im Familienunternehmen zu arbeiten, den neuen Partner vorstellt und auch in das Unternehmen integrieren will – wie es durchaus der Kultur entspricht: wir sind ein Familienunternehmen, wir halten zusammen gegen die Angriffe von außen – kommt es zum Konflikt.

Das Symptom der Lähmung zeigt die Ohnmacht und die unterdrückte Wut. Das Symptom der Parästhesien kann als Weiterentwicklung und als symbolischer Ausdruck der Ambivalenz gedeutet werden. Das Kribbeln ist intensiv und lebendig laut!

Der Wunsch nach einem eigenen Weg wird wach und bringt sie in massives Konflikterleben – entweder Eltern oder Freund, entweder Tochter oder Partnerin – das vorerst nur durch Spaltung gelöst werden kann. Einmal bricht sie mit den Eltern, was jedoch nicht aushaltbar ist, weil auch das Agieren von dort sie quält. Dann versucht sie mit dem Freund zu brechen, um sich von seinem Druck zu befreien. In dieser Situation – ich wusste vom Trennungsversuch noch nichts – wankt sie weinend, dem Zusammenbruch nahe in meine Praxis. Ich bin total erschrocken und alarmiert als sie im Körper verdreht und mit gebeugten Knien auf mich zuwankt, stets in Gefahr zu Boden zu sinken. Sie kann sich kaum auf den Beinen halten. Sie meint, sie hätte es kaum zu mir geschafft, war aber vom Gedanken getrieben, sie müsse zu Reichmann, das ist mein Halt. Es wird mir der Zusammenbruch, der sie ins Krankenhaus und somit zu mir in die Therapie geführt hat, eindrücklich vor Augen geführt. Diese Szene kann als Enactment im Sinne von Erinnerung enaktiver Beziehungsrepräsentationen verstanden werden.

Ganz im Erleben des auftauchenden Selbst geht es um Regulierung des Arousal, des somato-psychischen Zustandes, um Reizschutz und eine Stabilisierung durch das Gegenüber. Im Sinne des »body-intercourse« (Austausch der Körperbilder) fällt sie regressiv in den Rohzustand des frühen Körperbildes und ist auf eine fürsorgliche, schützende und beruhigende Umweltperson angewiesen, eine Rolle, die ich deutlich spüre. Erinnern Sie sich an meine ersten Gegenübertragungsgefühle von Druck zur raschen Beruhigung. Nachdem sie lange Zeit versucht hat, den Selbstverlust durch Objekte zu stabilisieren, versucht sie nun über Trennung zu sich selbst zu finden.

In dieser Zeit, in der sie sich selbst verliert, verliere ich sie in meiner rasch wechselnden Gegenübertragung. Ich bin emotional auf Distanz und finde sie

hysterisch (denken Sie an die manierierte Mutter). Ich bin irritiert und kann nicht genau fassen, worum es geht. Gleichzeitig spüre ich Familiengeheimnisse, habe Fantasien von »unangenehmen Machenschaften« und bin innerlich alarmiert, was sich in meiner körperlichen Resonanz in Unruhe und Getriebenheit manifestiert. Ich bin auf der Suche. Ich fühle mich in einer Supervision nicht verstanden, habe den Eindruck, ich kann mich nicht verständlich machen, wohl ein projektiv abgelegtes Reinszenieren ihres Erlebens in der Familie, nicht aufgehoben zu sein und nicht in ihren Anliegen verstanden zu sein und gesehen und gehört zu werden.

In der Desorganisation – ihrer und meiner – liegt eine erste Bahnung für Entwicklung. Ich versuche diesen Spannungszustand auszuhalten, wissend dass ich beide Seiten vereinen möchte, auch wissend, dass das vorerst nicht möglich sein wird. Man könnte auch sagen, die zweite Psyche – die Therapeutin – nimmt die Aufgabe an, die Anpassungsaufgaben zu bewältigen, die der ersten Psyche – der Patientin – gestellt sind. Ich als Therapeutin suche in meinen »embodied memories« nach Erlebens- und Bewältigungsmöglichkeiten. Ich spüre die Verzweiflung, die Panik und erlebe Zerrissenheit. Ich spüre den Wunsch nach Eingebettetsein in zugewandte Beziehungen und nach Verbundenheit. Ich möchte Innen und Außen zusammen bringen. Die Ambivalenz erlebe ich als das einzig Echte, ich als Therapeutin soll wohl die Hüterin der Ambivalenz sein.

#### Imagination »Blume«

Als *Blume* sieht sie eine große rosafarbene Lilie mit einem mächtigen Stamm, die im Raum schwebt (Abb. 2). Der Stamm greift sich stabil und fest an. Sie begleitet die Beschreibung mehrfach mit der Geste des Zupackens. Die Blütenblätter seien filigraner und ein bisschen klebrig. Die Blume wirke stolz und strahlend, man müsse sie hegen und pflegen, sie braucht Licht, frische Luft, Wasser und Gespräch. Sie sagt: pass gut auf, du bist was Besonderes, Sorge dich nicht.

Im Nachgespräch meint sie, sie brauche Stabilität um wachsen zu können.

Die Blume – das positive Idealbild – wird zum inneren Begleiter, was sie als Ressource und Stärkung erlebt. Ich freue mich über die Stabilisierung, bin jedoch auch besorgt über das haltlose Schweben, auch wenn sie in der Zeichnung durch die zwei Wurzeltentakel eine Erdung andeutet.

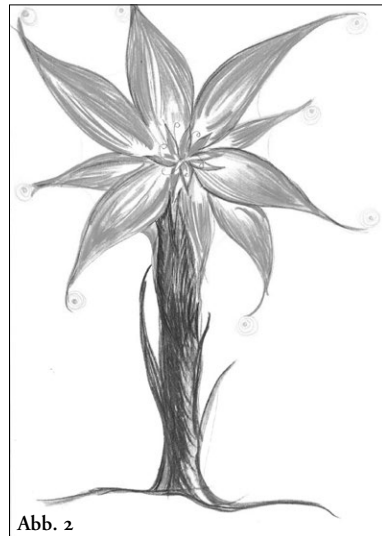


Abb. 2

Da an Gesten häufig inkorporierte Affekte, Beziehungserfahrungen und Konflikte haften, bietet die Geste des Zupackens Zugang zu positiven Erfahrungen von Stabilität und Aktivität in ihr selbst und wohl auch in der Beziehung mit mir. Jedoch ist auch ein Griff nach Haltsuche implizit mit dabei.

Als sie im weiteren Therapieverlauf das Kribbeln als somatischen Marker für Achtung und Appell, sich selbst im Arousal runter zu regulieren, begreift, kann sie ambivalente Spannungen besser aushalten und ausbalancieren.

Sie kündigt und sucht einen neuen Job, sie stellt den Freund vor Bedingungen und begibt sich auf die Suche nach ihrem eigenen Weg der Selbstverwirklichung, Selbstwirksamkeit und Vitalität. Sie prüft, welche Kontakte ihr gut tun und traut sich Beziehungen zu gestalten. Es gelingt den Kontakt zu den Eltern zu begrenzen, die intrusiven Mails und Forderungen zu handhaben, sich zu positionieren. Die Lage beruhigt sich.

Eine Kontrolle bei der Gynäkologin zeigt, dass die Myome nicht mehr nachgewachsen sind. Es kam also auch zu einer Beruhigung auf der körperlichen Ebene im Sinne eines Eindämmens des Wildwuchses. Das Symptom ist wohl nicht mehr nötig, weil auch ihr Kinderwunsch erlebt werden darf!

Imagination »Bach«

Sie sieht gleich einen fröhlich plätschernden Bach auf höherer Alm mit Blick ins Tal (Abb. 3). Klarer Himmel, sonniges Wetter und friedliche Stimmung. Ein schmaler und steiniger Weg führt entlang des Baches. Sie steht geschützt im Dickicht des Waldes, dort wo die Blumen sind,



Abb. 3

will lieber ins Tal statt zur Quelle. Neben den Naturgeräuschen kann sie ihre Schritte hören, regelmäßig im Rhythmus, stampfend. Ich bestärke sie darin mit der Bemerkung: »gut im Auftritt«. Sie spürt die Waden und dass die Beine sie tragen. Als sie diesem Sicherheitsgefühl Raum geben kann, ist es ihr möglich die Quelle zu sehen: der Ursprung ist zwischen zwei großen Bergfelsen mit Schnee, ein kleines Rinnsal, das größer wird. Das Wasser schmeckt frisch und gut. Auf Almhöhe möchte sie ein Häusl hinbauen zum Wohnen und um das Leben spüren.

Im Nachklang beginnt sie zu weinen, sie spürt ein leichtes Brennen auf der Haut wie Sonnenbrand, das sie mit Sehnsucht nach Geborgenheit und Beheimatetsein

in Verbindung bringen kann, eine Sehnsucht nach einem Zuhause, aus dem sie nicht vertrieben werden kann.

In der Zeichnung baut sie das Haus in die Landschaft, es wurde größer als beabsichtigt und hat Ähnlichkeit mit dem Haus ihrer Kindheit. Eine erste Zusammenführung von elterlichem Anspruch und eigenem Wunsch und ein Bezug zum aktuellen Leben? – Sie wohnt in einem gemieteten Haus in höherer Lage, in das sie vor kurzem gezogen ist.

Eine neue Qualität von körperlichem Gewahrsein lässt sie ihre Vitalität spüren, was sie mit den Worten »früher war ich nur Statist in meinem Leben« kommentiert.

Die einzelnen Puzzleteile beginnen sich zusammensetzen und formen langsam ein Bild mit Sinn. Es hat ein Transformationsprozess begonnen. Sie ist nicht mehr überflutet, nicht mehr fragmentiert, sondern hat einen Rahmen für sich selbst gefunden, in dem ihre Selbstentwicklung sich ausformen kann. Sie ist in Kontakt gekommen mit ihren Gefühlen, ihrer Traurigkeit, ihrer Wut und mit ihren Wünschen und Sehnsüchten. Immer mehr setzt sie sich in schwierigen und konflikthaften Gesprächen mit ihren Eltern auseinander und kann trotz enttäuschender und kränkender Aussagen »standhalten«. Auch in der Beziehung gelingt es ihr besser, sich mit ihren Bedürfnissen zu artikulieren.

Ich möchte mit den Worten meiner Patientin schließen:

»Mein Körper hat rebelliert. Meine Seele hat gesagt, du hast keine Kontrolle mehr über den Körper, wenn du nicht endlich anfängst der Mensch zu sein, der du bist und lernst hinzuschauen. Du musst ganz werden und nicht zwei Leben leben – ein privates und ein erwartetes.«

## Literatur

- Bucci, W. (2002): The Referential Process, Consciousness, and the Sense of Self. *Psychoanalytic Inquiry* 22(5): 776–793
- Ekman, P. (2010): *Gefühle lesen*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Ermann, M. (Hrsg., 2014): *Der Andere in der Psychoanalyse: Die intersubjektive Wende*. Stuttgart: Kohlhammer
- Geißler, P., Heisterkamp, G. (Hrsg., 2007): *Psychoanalyse der Lebensbewegungen*. Wien, New York: Springer
- Kahlenberg, E. (2010): Aus den Augen – noch im Sinn? Vom Selbst im Anderen. *Psyche – Z Psychoanal* 1/10: 59–85
- Leikert, S. (2013): Das kinästhetische Unbewusste – Funktion und Mechanismen des kreativen Prozesses im Feld der Sprache und Ästhetik. *Psyche – Z Psychoanal* 13: 962–990
- Leuschner, W. (2017): Paul Schilders Körperbild-Modell und der »body intercourse«. *Psyche – Z Psychoanal* 2: 123–149
- Leuzinger-Bohleber, M. (2014): Den Körper in der Seele entdecken. Embodiment und die Annäherung an das Nicht Repräsentierte. *Psyche – Z Psychoanal* 9–10: 922–950

- Leuzinger-Bohleber, M., Emde, R. N., Pfeifer, R. (2013): Embodiment, ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Plassmann, R. (2016): Körper sein und Körper haben. Gießen: Psychosozial Verlag
- Reichmann, I. (2012): »Stellen Sie sich vor, Sie entwickeln sich«. Vom archaischen zum symbolischen Erleben. *Imagination* 1–2: 41–56
- Schilder, P. (1933): Das Körperbild und die Sozialpsychologie. *Imago* 19: 367–376
- Schmidt, M. G. (2014): Der Einfluss der Präsenztheorie auf die psychoanalytische Behandlungstechnik. *Psyche – Z Psychoanal* 9–10: 951–970
- Schnell, M. (2008): Die kreative Kraft der Imaginationen – Gedanken zur ästhetischen Dimension der Katathym-Imaginativen Psychotherapie. In: Bürgi-Kraus, M., Kottje-Birnbacher, L., Reichmann, I., Wilke, E. (Hrsg.): *Entwicklung in der Imagination – imaginative Entwicklung*. Lengerich: Pabst: 109–115
- Schore, A. N. (2007): *Affektregulation und Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stern, D. N. (2005): *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt: Brandes & Apsel
- Stern, D. N. et al. (2012): *The Boston Change Process Study Group: Veränderungsprozesse, ein integratives Paradigma*. Frankfurt: Brandes & Apsel
- Storch, M., Cantieni, B., Hüther, G., Tschacher, W. (2015): *Embodiment. Die Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen*. Bern: Hans Huber
- Streek, U. (2004): *Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop*. Stuttgart: Klett Cotta
- Solms, M. (2013): Das bewusste Es. *Psyche – Z Psychoanal* 9–10: 991–1022
- Trautmann-Voigt, S., Voigt, B. (2009): *Grammatik der Körpersprache*. Stuttgart: Schattauer
- Will, H. (2016): Ungesättigte und gesättigte Deutungen. *Psyche – J Psychoanal* 70: 2–23

### **Zusammenfassung:**

Frühe Beziehungserfahrungen werden ins Körperbilderleben eingeschrieben und schlagen sich in der Grundmelodie der Seele wieder und bestimmen die Interaktion. In der gleichzeitigen Aktivierung der Sensomotorik und der inneren Bilder/Imaginationen und des sprachlich-symbolischen Ausdrucks in der therapeutischen Beziehung liegt die Chance der Veränderung.

Anhand eines Falles wird das enge Zusammenspiel von körperlichen und seelischen Prozessen dargestellt und in Zusammenhang mit neuen Theorien des Embodiments, des Impliziten und der Neurowissenschaften diskutiert.

### **Schlüsselwörter:**

Körpererleben – Embodiment – Implizites – Symbolisierung – Katathym  
Imaginative Psychotherapie

### **Autorin:**

Dr. Ingrid Reichmann

Klin. Psychologin, Psychotherapeutin in eigener Praxis,

Lehrtherapeutin für KIP und ATP

# Die Arbeit am Konflikt ist die beste Ressource

oder

## Der Mut zur empathischen Konfrontation: Fallvignette einer schweren Schreibstörung

Eva-Maria Einig

Was macht eine gute Behandlung aus?

Diese Frage beschäftigt uns täglich, lässt uns mit unserer Arbeit zufrieden – oder unzufrieden sein. Je nachdem wie die persönliche Antwort ausfällt, steigt unsere Belastbarkeit oder die Gefahr unseres Burnouts. Damit kommen wir auch zu der Frage, was sind denn die therapeutischen Kompetenzen, die wünschenswert und hilfreich sind. »Kompetenz entsteht aus der Verschränkung von Wissen mit Erfahrungen, die in subjektiv bedeutsamen Erlebensprozessen gemacht werden« (Will 2010, S.18). In den letzten Jahren haben wir auch innerhalb der AGKB diesen Dialog und das Nachdenken über die therapeutischen Kompetenzen vertieft. Die Auseinandersetzung mit der Traumatherapie, den modernen psychoanalytischen Konzepten und der Neurowissenschaft und ihrer Bedeutung für die Arbeit mit der KIP, haben in den Veröffentlichungen der letzten Jahre, besonders auch in Form des neuen Handbuchs von Ullmann und Wilke und 2013 durch das Lehrbuch von Bahrke und Nohr ihren erfreulichen Niederschlag gefunden. In diesem Beitrag soll die Aufmerksamkeit wieder auf die therapeutische Kompetenz der Arbeit am Konfliktfokus gelenkt werden. Aus meiner eigenen langjährigen Arbeit mit der KIP, meiner Tätigkeit als Supervisorin und Gutachterin liegt mir diese Thematik besonders am Herzen. Mit der Darstellung einer eigenen Behandlungsvignette möchte ich versuchen auch die praktische Umsetzung meiner Überlegungen darzustellen.

### Psychotherapie als Ko-Konstruktion von Patient und Therapeut

*Auf dem Weg zu einem gemeinsamen Verständnis des Erlebens und Leidens des Patienten: Man muss nicht nur das Verstehen fühlen, sondern auch das Fühlen verstehen.*

In unserer therapeutischen Arbeit ist jeder von uns durch mehr oder weniger reflektierte »Prozess-Vorstellungen« von unserer Behandlung geprägt. Prozess-Vorstellungen übernehmen eine wichtige Steuerungsfunktion bei der Umsetzung (unserer) Zielvorstellungen in Interventionen. Der therapeutische Prozess kann in verschiedenen Metaphern beschrieben werden, die immer auch die Haltung des Behandlers zu seinem Patienten widerspiegeln, seine Modelle und Theorien über seine Behandlung.

So beschreibt Freud 1913 die Arbeit des Analytikers: *»Er leitet einen Prozess ein, den der Auflösung der bestehenden Verdrängungen, er kann ihn überwachen, fördern, Hindernisse aus dem Weg räumen, gewiss auch viel an ihm verderben. Im Ganzen aber geht der einmal eingeleitete Prozess seinen eigenen Weg und lässt sich weder seine Richtung noch die Reihenfolge der Punkte, die er angreift, vorschreiben«* (Freud 1913, S. 463).

Im Zentrum der klassischen Psychoanalyse stand nicht die Beziehung *zwischen* Patient und Therapeut, sondern der Patient war zentraler Gegenstand der Analyse. Das Interesse galt dem »Ein-Personen-Modell«, dem das triebtheoretische Modell zu Grunde lag und nach welchem die zentralen menschlichen Bedürfnisse den sexuellen und aggressiven Trieben untergeordnet waren. Bedürfnisse des Patienten nach Bindung werden dann zu sog. Sekundärtrieben, d. h. »das Individuum sucht Bindung letztlich zum Zwecke der Abfuhr sexueller Triebspannungen« (Kunzke 2011, S. 578). Folgerichtig sah sich der Psychoanalytiker vor die Aufgabe gestellt, diese unbewussten Mächte, Wünsche und Ängste, die die Triebentwicklung blockierten, zu analysieren. Er erlebte so auch die Angst »in die mächtige Dynamik ungezügelter Triebe hineingerissen zu werden und die eigene Sicherheit und Orientierung im Feld von Aggression und Sexualität zu verlieren« (ebd. S. 579). Thomä und Kächele stellen in ihrem Lehrbuch 1985 deutlich dar, wie lange die Auseinandersetzung mit der therapeutischen Beziehung, speziell der interaktionellen Aspekte in den Begriffen »Übertragung« und »Gegenübertragung« in ihrer Bedeutung für den Heilungsprozess unter den Tisch fallen mussten. Ein Artikel von Helene Deutsch (1929), den der Psychoanalytiker Racker 1968 aufgriff, trug den bezeichnenden Titel »Okkulte Phänomene während der Psychoanalyse« (Thomä 1986, S. 85). Die Gegenübertragung war so lange ein »Aschenputtel der psychoanalytischen Technik.«

Wie ausgeprägt diese Sorge um das Monster der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik auch heute unter den tiefenpsychologisch arbeitenden Therapeuten ist, wissen Sie alle, wenn ich daran erinnere, wie gerne die Bearbeitung der Übertragung vermieden wird, indem man am besten bei als schwierig erlebten Patienten initial das 14 tägige Setting wählt und aus Angst vor der Unbeherrschbarkeit der Übertragungsdynamik die Nähe vermeidet und oft rationalisierend begründet, es müsse lange Zeit »ressourcenorientiert« gearbeitet werden.

In den letzten Jahrzehnten hat es eine heftige Diskussion zur Ausformung der analytischen Behandlungssituation gegeben, die die Auffassung, »dass der Analytiker die Funktion eines leeren Schirms für die Projektionen des Patienten habe« (Kunzke 2011, S. 585) immer mehr relativiert hat. Begriffe wie »korrigierende emotionale Neuerfahrung« oder Haltungen des Therapeuten als »Container« (Bion) oder seine »Holding Funktion« (Winnicott) waren die Wegmarken auf einer stetigen Entwicklung zu einem Zweipersonenmodell. Leuner benutzt ebenfalls den Begriff des »Projektionsschirms« (1994). So beschreibt Leuner in der Metapher des Tauchers auch ein Zwei-Personen-Modell: Ausgehend von einer positiv getönten Beziehung soll der Patient durch eine Art Versorgungsschlauch mit dem Therapeuten verbunden sein, der sich am Deck des Schiffes befindet. So soll es dem Patienten möglich sein, sein Unbewusstes zu erkunden, ähnlich wie der Taucher den Meeresgrund erkundet.

Kohut brachte dann die intersubjektiven Theorien der Behandlung besonders weiter, indem er darauf hinwies, wie sehr Beobachter und Beobachteter das therapeutische Feld beeinflussen. Der vorrangige Erkenntniszugang der Psychoanalyse ist nach ihm aber die Empathie: »*Psychoanalyse ist eine Psychologie komplexer psychischer Zustände, die mit Hilfe ausdauernden empathisch-introspektiven Eintauchens des Beobachters in das Innenleben des Menschen ihre Daten sammelt, um sie zu erklären.*« Alle angewandten therapeutischen Methoden sind somit als einzelne »*verbesserbare Werkzeuge, Hilfsinstrumente im Dienste der introspektiven und empathischen Beobachtungsmethode*« (zit. nach Kunzke 2011, S. 591).

Mit Mitchell trat der Therapeut in seiner Interaktion mit dem Patienten immer mehr in den Fokus des interaktionellen Geschehens, Behandlung wird immer mehr zu einem dreidimensionalen Modell: »Der Analytiker ist kein leerer Bildschirm; seine eigenen Gefühle, einschließlich seiner leidenschaftlichen Gefühle, sind unvermeidlich ein Teil des Prozesses und deshalb häufig von Nutzen« (Mitchell 1993 zit. nach Kunzke 2011, S. 599). Beeinflusst von der neueren Entwicklungs- und Bindungstheorie finden sich auch für die therapeutische Arbeit neue Metaphern. »Es geht nicht länger um das unidirektionale Erkennen einer objektiven seelischen Wahrheit, sondern um sich im ständigen Fluss befindliche intersubjektive Auslegungen und Co-Konstruktion von Einsichten über die Zusammenhänge der ineinander verschränkten intrapsychischen und interpersonalen Welten des analytischen Paares« (Fonograf & Target 2007 zit. nach Kunzke 2011, S. 598).

So sprechen Thomä und Kächele in ihrem Lehrbuch von der Metapher des Weges, der vom ersten Gespräch an unter die Füße genommen werden muss (vgl. auch Mertens 2011).

Dabei wird es Zeiten geben, »da beide Wanderer innehalten und sich in ein Thema vertiefen, das beiden bedeutsam erscheint« (ebd. S. 364).

Nohr findet dann unter dem Blickwinkel des intersubjektiven Paradigmas für den KIP-Prozess folgende Metapher: »Wenn ich die ersten Worte einer



Imagination höre, dann schwimme ich...bereits tief in einem Fluss, dessen eines Ufer von mir, dessen anderes vom Patienten gebildet wird und dessen Wasser und Fließart eine Vermischung unserer beider emotionaler und geistiger Substanz bildet« (Bahrke & Nohr 2013, S. 186). Neben der Akzeptanz eines umfassenden Übertragungs-Gegenübertragungs-Geschehens im KIP-Therapieraum (Schnell 2005, S. 73) akzentuiert die intersubjektive Sicht die Ko-Konstruktion deutlich radikaler. Die Intersubjektivität meint die »unendlich vielen feinen Aspekte des Austausches beider Beteiligten in der aktuellen Situation« (Will 2010, S. 98). Das Unbewusste in der Stunde wird somit »ein gemeinsam hergestelltes, das erst in der aktuellen Beziehung durch die Beteiligung beider, von Patient und ... (Therapeut), Gestalt annehme« (ebd. S. 100).

Für die KIP formuliert Bahrke: »Sich im intersubjektiven Paradigma zu bewegen, bedeutet davon auszugehen, dass diese Imagination **von beiden gemeinsam** hervorgebracht wurde: Und zwar genau so **nur hier und jetzt**, weil sie einer spezifischen Situation und einem spezifischen Beziehungserleben hier ... und einem dahinter **aktualisierten Konflikt** entsprang.« (Hervorhebung von mir; Bahrke & Nohr 2013, S. 188)

Damit betreten wir das Gebäude der gemeinsamen therapeutischen Beziehung und wir wollen im Folgenden genauer erkunden, was denn die Kompetenzen sind, die wir als Therapeuten einüben müssen, um die Türen zu den verschiedenen Räumen der Behandlung mit der KIP zu betreten:

Diese Räume des gemeinsamen Unbewussten könnten wir in Anlehnung an Will (2010, S. 102) nennen:

- einen Sprach- und Hörraum
- einen Imaginationsraum
- einen Emotionsraum und
- einen Handlungs- und Erlebensraum der wechselseitigen Bezogenheit

## **Fallvignette einer Schreibstörung**

### **Zur praktischen Herangehensweise an das intersubjektive Feld: Wie ist die praktische Herangehensweise an das intersubjektive Feld einer psychotherapeutischen Dyade**

Um die therapeutische Vorgehensweise und Wirkung intersubjektiv-systemisch zu erklären, muss ich beschreiben, was wir zwei Beteiligten – Patientin und Therapeutin – in das therapeutische Feld hineinbringen und wie komplex und interdependent die Prozesse ihrer gegenseitigen Beeinflussung sowie der asymmetrischen Rollenverantwortung sind. Donna Orange nennt diesen Prozess zu Recht: »Das Risiko der Verbundenheit« (Jaenicke 2010, S. 11).

Angelehnt an C. Jaenicke (ebd. S. 36 f.) möchte ich kurz die Herangehensweise an die therapeutische Arbeit skizzieren.

Ausgerüstet mit meinem theoretischen und technischen Wissen als »grobe Landkarten« begeben wir uns also in das unerforschte Feld des anderen und meiner selbst, und suchen für uns gemeinsam einen Pfad zu finden. Dabei gehen wir von der Annahme aus, dass das sogenannte Unbewusste kein geschlossenes System ist, sondern dass wir in der therapeutischen Begegnung gerade durch die Nichtvorhersagbarkeit immer wieder Ängste erleben und bewältigen müssen.

**Drei Wegmarkierungen** wollen wir auf diesem Weg besonders im Blick haben:

1. Die Beschaffenheit der »archaischen Konfigurationen von Selbst und Objekt« unserer Patientin.
2. Die *Übertragung der Patientin*, d. h., wie assimiliert die Patientin ihre überwiegend unbewussten Konfigurationen von Selbst und Objekt in unserer therapeutischen Situation – und mit welchen unbewussten Konfigurationen reagiere ich (meine *Gegenübertragung*).
3. Das *intersubjektive Feld* unserer Behandlung: wo entstehen »Mikrosackgassen«, wo kommt es zur »kritischen Zuspitzung«? Unter »kritischer Zuspitzung« verstehen wir jenen Punkt, »an dem die basalsten Glaubenssätze des Patienten über seine Person eine der basalsten Glaubensüberzeugungen des Therapeuten anfechten« (ebd. S. 41). Gelingt hier eine Begegnung und eine Mentalisierung dieses gegenseitigen Erlebens, können Schritte in Richtung Heilung als »Ko-Kreation« (ebd. S. 105) entstehen und vom Patienten auch erlebt werden.

## **Eingangssituation, Symptomatik und Anamnese**

Die Kollegin kam zur Erstvorstellung für eine Selbsterfahrung, da sie massiv gequält sei von einer schweren Schreibstörung. Diese habe sie seitdem sie in der Schule sei, bewusst seit dem 12. Lebensjahr. In den Kliniken sei sie beim Schreiben der Arztbriefe in massive Konflikte gekommen, denen sie durch die Selbständigkeit entkommen sei. Aber das Berichteschreiben wäre eine unerträgliche Qual. Aktuell wolle sie einen analytischen Behandlungsfall beenden, die Panik und Angst zu schreiben, würde immer schlimmer. Sie sei auch tief beschämt ob dieser Thematik, wolle aber noch einen Therapievorschlag machen, da sie sich so gequält fühle. Die Hemmung drohe sich in letzter Zeit auch auszuweiten und sie habe auch Angst, durch ihre Schreibhemmung in finanzielle Engpässe zu gelangen. Sie gerate in Zustände tiefster Lähmung, aus denen sie alleine kaum herauskomme. Sie erlebe dies wie ein sich über Stunden hinziehenden Kampf. Erst wenn sie völlig erschöpft sei, könne sie schließlich schreiben. Sie habe mich ausgewählt, weil sie mich als so strukturiert und klar Position beziehend in den bisherigen Weiterbildungen erlebt habe. Sie habe bei zwei Lehranalytikerinnen ein Stück profitiert.

Aber sie sei dann immer wieder in solche regressiven Prozesse gekommen, dass sie habe abbrechen müssen. Sie wünsche konkret die Arbeit mit der KIP in der Hoffnung, hier ein Gegenüber zu finden.

Geboren 1949 als 4. Kind eines Siebenbürgen-Sachsen (geb. 1912, gest. 2002) und dessen Frau (geb. 1915, gest. 1997), sei sie eigentlich nach den Wirren des Krieges nicht mehr gewollt gewesen. Der Vater habe die Mutter nach ihrer Geburt (Schwester +5, Bruder +3) gar nicht abgeholt, habe gesagt: »So ein hässlicher Vogel«. Der Vater habe vor dem 1. Weltkrieg in Berlin Landwirtschaft studiert, habe dann aber aus Geldproblemen heraus in Pommern die Verwaltung eines großen Gutes übernommen. Aus Wut darüber habe er den Kontakt zu den Eltern abgebrochen. Die Mutter sei mit 30 schon »ein spätes Mädchen« gewesen. Eher schlicht und in ihrer Jugend auch kränklich gewesen. War das Leben als Verwalter eher herrschaftlich gewesen, wäre nach der Flucht mit einem kleinen Kind in Norddeutschland ein schwieriger Neuanfang erfolgt. Der große Ehrgeiz und Fleiß des Vaters habe dann schnell das Pachten eines Hofes möglich gemacht. Dort habe sie ab dem 12. Lebensjahr sehr einsam gelebt. Als Jüngste habe sie entweder durch ihr »Niedlichsein« doch die Aufmerksamkeit bekommen, oder sie habe durch viel Lamento auf sich aufmerksam gemacht. Für den Vater habe Leistung über alles gezählt. Ein Mensch ohne Abi sei kein Mensch. Alle Kinder hätten studiert und einen Abschluss. Ihr Bruder sei auf seine Weise in die Leistungsverweigerung gegangen, habe den Hof nicht übernommen und sei dafür vom Vater enterbt worden. Trotz zweier Studien habe er keine akademisch erfolgreiche Laufbahn genommen.

Die Mutter habe kein Abi gehabt und es sei in der Beziehung ständig zu Druck und Schreierei gekommen. Es habe sie sehr gekränkt, dass die Lehranalytikerin gesagt habe, ihre Mutter habe sie nicht geliebt. Danach sei sie in ein Loch gefallen, habe dies auch nicht geglaubt. Sie habe sich für die Mutter lange verantwortlich gefühlt.

Nach dem Abi sei sie zuerst nach London und zum Studium dann an eine deutsche Hochschule gegangen. Sie habe sich von der Mutter entfernen müssen, um sich zu entwickeln, habe dabei aber immer Schuldgefühle empfunden.

Beziehungen zu Männern seien schwierig gewesen. Im Kontakt mit Männern habe sie sich immer klein gefühlt, solche Vatermänner habe sie nicht gewollt. Einmal habe sie sich in solch einen Mann verliebt, dann aber getrennt. Ihre langjährige Beziehung sei über Jahre für sie auch nicht glücklich verlaufen, so dass es schließlich zur Trennung gekommen sei. Seit mehreren Jahren sei sie allein.

Ein Grundgefühl von ihr sei: »Ich darf nicht nach vorne treten. Es ist als schäme ich mich, als stünde es mir nicht zu.« Sie habe immer wieder Angst, sie wecke Erwartungen, die sie nicht erfüllen kann.

Trotz all der Schreibschwierigkeiten bereits in der Schulzeit, sei es ihr gelungen, Abitur und Studium erfolgreich abzuschließen. In den Jahren der Arbeit in der Klinik habe es dann in zwei Feldern immer große Probleme gegeben: Beim

Arztbriefschreiben gab es die Schreibhemmung. »Ich war immer wieder auf Hilfe angewiesen. Das beschämte mich und machte mir permanent Druck. Dazu kam, dass ich zu meinem Chef in eine so schwierige Position geriet, dass meine Kollegen gefragt haben: ›was hast du mit dem gemacht‹. Ich fühlte mich von ihm nicht gewollt!«

Der Weg in die Selbständigkeit sei dann wie eine Flucht gewesen. In ihrer ersten Lehranalyse sei es ihr gar nicht gut gegangen: Ihr habe das Gegenüber gefehlt, dies habe sie in ihrer Lehranalytikerin aber nicht erfahren. Diese habe behauptet, meine Mutter habe mich nie geliebt. »Sie tat mir nicht gut, ich geriet immer mehr in eine Depression. Ich musste mich von ihr trennen, um mich zu befreien. Wirklich hilfreich war v. a. eine Gruppentherapie, wo der Therapeut mich immer wieder aufforderte, mich zu zeigen und Wut zugelassen werden durfte. Ihn nahm ich als hilfreiches Gegenüber wahr.« Besonders belastend beschreibt sie dann die konkreten Auswirkungen auf ihre berufliche Tätigkeit als Psychotherapeutin: »In der Arbeit mit meinen Patienten verliere ich aber immer wieder den roten Faden. Wenn es ihnen plötzlich nicht gut geht, kann ich nicht damit umgehen. Ich bekomme sofort Schuldgefühle und werde hilflos. Ich kann mich auch den Patienten gegenüber nicht abgrenzen. Meiner Schreibstörung und meinem Versagensgefühl versuche ich durch genaues Dokumentieren zu begegnen. Das kostet mich aber soviel Zeit und ich muss das ganz zwanghaft tun, so dass mir kaum mehr Luft zum Leben bleibt. Ich werde immer kraftloser in der letzten Zeit und will so nicht mehr weiterleben. Ich möchte noch einen Versuch machen und hoffe, dass Sie mir helfen können.«

### **»Bin ich strukturell gestört?« – Auf der Suche nach dem Konflikt**

In der Darstellung der Fallvignette möchte ich nun die intrapsychische Dynamik der Patientin und deren Aktualisierung auf der Bildebene jeweils mit dem Kommentar des intersubjektiven Standpunkts darstellen.

#### **1. »Die Begegnung mit der Mutter« – die Initialimagination (Abb. 1)**

*P: Ich denke an sie in der Küche. Es ist eine große Küche, ein großer Raum. Sie läuft darin herum, unruhig. Sie ist da und doch nicht da.*

*T: Beschreiben Sie einmal die Küche.*

*P: Die Küche ist etwa 20 qm groß, es ist die Küche meiner frühen Kindheit, bis ca. zum 11. Lj. Sie war in einem Anbau: ein Herd, ein Brennherd mit Holz und Kohle, ein großer und ein kleiner Tisch. Viel Licht, viele Fenster. Es gab 2 große Schränke, einen großen Tisch mit Bänken, eine Tür nach Draußen und eine Tür ins restliche Haus. Es ist Nachmittags, düster, nicht sehr warm; eine eher bedrückende Atmosphäre. Ich sehe 2 Szenen:*

1. Ich sitze am Tisch und mache Schriftübungen: Ich habe immer falsch geschrieben. Die Seite wird wieder herausgerissen, alles war falsch.

2. In der Küche steht eine große Badewanne. Ich bin auf dem Arm meiner Mutter. Sie will mich in die Wanne setzen, in der Wanne war kochend heißes



Wasser! Ich tauche mit dem Fuß in das kochende Wasser und schreie. Es hat fürchterlich gebrannt. Eine fremde Frau kam, um meine Verbrennungen zu »besprechen«. Ich bin ca. 3–4 J. alt.

T: Schauen Sie sich die Szene einmal aus der Distanz an:

P: Die Mutter ist erschrocken und geängstigt, das Kind auch. Das Kind versucht sich bei ihr auf dem Arm festzuhalten. Ich halte mich vorne bei ihr fest. Sie hat mich so umgefasst; sie ist so unsicher. Das Kind fühlt sich so traurig, wütend und verzweifelt.

T: Schauen Sie sich die Mutter noch einmal genauer an:

P: Sie hat noch etwas Jugendliches, eine gewisse Lebendigkeit. Aber da fängt schon etwas sehr Düsteres an. Im Rücken trägt sie eine schwere Last, ist traurig. Sie hat keine Kraft mehr. Je mehr ich sie mir anschau, desto dunkler wird sie. Sie ist überfordert, sie ist betroffen. Sie scheint zu sagen: »Mach mir das Leben nicht so schwer!« Sie ist weit weg, sie ist hart. Die Augen sagen: »Lass mich in Ruhe«. Sie ist nicht berührt. »Schon wieder Lärm mit ihr (dem Kind)«. – Dann ist sie ganz weit weg, sie blickt mich vorwurfsvoll an.

T: Wie geht es Ihnen jetzt als Erwachsene im Kontakt mit der Mutter, was würden Sie ihr gerne sagen.

P: Ich spüre ganz viel Bedrückung, Traurigkeit. Frage sie: »Wie geht es dir – und willst du das alles? Ist das das Leben, das du dir gewünscht hast?« Sie sagt: »Ich bin so unglücklich und unzufrieden. Ich muss alles so machen, weil er das so will«. Die erwachsene P zur Mutter: »Nimm dir mehr Raum, mach dich nicht so klein! Sieh deinen Anteil! Du könntest dich bewegen, wenn du mehr tust! Du machst es dir auch bequem!«

T: Wie geht es Ihnen als Erwachsene mit dem Kind?

P: Das kleine Kind fühlt sich ganz resigniert, wütend und hilflos. Jetzt wird es stärker: Es könnte um sich schlagen – und sie wird verstockt, böse, beleidigt.

T: Was würden Sie jetzt als Erwachsene tun?

P: Ich würde das Kind trösten und auf den Arm nehmen. »Du hast Recht, du darfst wütend sein«. Ich würde das Kind ermutigen, seinen Weg zu gehen und die Wut zu behalten!

## 2. Imagination: »Ich am Schreibtisch« (Abb. 2)

Zu diesem Motiv entwickelt die Patientin in der Imagination folgende Szene:

*P: Ich sitze am kleinen Tisch in der Küche, am Fenster und blicke raus auf den Hof. Ich sehe zwei Wellblechbaracken, Milchkannen stehen da. Ich sitze vor meinem Heft, im Heft sind noch vier Seiten. Alle anderen Seiten habe ich herausgerissen.*

*T: Wie fühlen Sie sich?*

*P: Ich spüre eine Mischung aus Wut, Resignation und »ich krieg das nicht hin«. Die 4 Seiten waren voll, ich hatte kein Heft mehr. In der 3. Klasse habe ich gar keine Hausaufgaben mehr abgegeben. Es hat keiner gemerkt. Dann habe ich fürchterlichen Ärger und großen Druck bekommen, als die Kontrolle einsetzte.*

*T: Wie ist ihre Körperhaltung?*

*P: Ich sitze ganz am Rand des Stuhles und mit den Armen auf der Hand, es ist wackelig. Ich versuche die Hand mit dem Füller ganz fest zu drücken: Es soll 100 % sein! Dann rutscht der Füller weg!*

*T: Wie ist es mit der Spannung im Körper?*

*P: Rechts ist deutlich mehr Spannung als links. Wie gespalten. Die Mutter ist in Aufruhr, sie ist ganz durcheinander. Die linke Seite ist wie gelähmt: traurig, kaputt, ganz verloren, keine Spannung, in sich gekehrt, klein, ohnmächtig. Das Gefühl zieht sich in den Nacken, in die linke Schulter. Der Schmerz ist wie ein Sog. Dieser Schmerz will alles vergessen: wie ein kleines verführerisches Biest. Zu dem anderen Körpergefühl fällt mir eine Szene ein: Ich bin ganz früh aufgestanden, hatte gute Laune. Da war die Mutter, sie hat sich nicht gefreut. Ich habe mich überflüssig und ganz traurig gefühlt. Gefragt, wozu ich denn da bin.*

*T: Was würden Sie als Erwachsene mit diesem Kind anfangen:*

*P: Ich würde ihr sagen wollen, dass es gut ist, dass sie da ist. Würde mit ihr lachen, würde sie begleiten und ein Interesse an ihr zeigen. Zeigen, dass man mit dieser Lebendigkeit was anfangen kann. – Aber der Schmerz der linken Seite ist wie ein Sog. Sie hat Angst, die Beziehung, die Antwort zu verlieren, will sich am liebsten unsichtbar machen.*

*T: Was kann die Erwachsene machen?*

*P: Ich muss die Erwachsene erst einmal auf den Boden stellen. Gut hinstellen, ihr Haltung geben. Mein Körper spannt sich an: Alles ist in Aufruhr, wie in der »Widerspenstigen Zähmung«. Die Erwachsene ist unsicher, braucht*



Abb. 2

*Geduld und Feingefühl. Sie holt sich einen Stuhl und setzt sich daneben. Das Kind fragt: »Hast du mich auch noch lieb, wenn ich es nicht kann – und darf ich dann noch da sein?« Die Erwachsene antwortet zuversichtlich. »Du wirst das schaffen!« und ich habe dich lieb. Das muss nicht sein.*

Als wichtigen Einfall meiner Patientin hierzu berichtet sie: Mein Vater hat immer gesagt: »Du wirst im Leben scheitern. Wer nichts leistet, ist ein Nichts.« Ihr Vater habe immer Unterwerfung gefordert. Bis heute führe das dazu, dass sie erst dann etwas leiste, wenn sie sich unterworfen habe. Bei ihren Berichten müsse sie erst völlig erschöpft sein und komme dabei in eine Art dissoziativen Zustand. Danach erst gelänge es ihr endlich zu schreiben. Es verwundert nicht, dass die Berichte oft wenig von dem Eigenen der Behandlung der Therapeutin wiedergeben, sondern das, von dem sie meint, das die Gutachter lesen möchten!

### 3. Imagination: »Tür oder Tor« (Abb. 3)

*P: Ich sehe das Scheunentor vor unserem großen Stallgebäude. Da ist noch eine kleine Tür, dunkelbraun mit Riegel. Die Tür ist meist auf – ich kann den Riegel öffnen. Vielleicht will ich gar nicht hinein: drinnen ist Stress: Der Vater lamentiert, was alles nicht ist. Die Mutter rennt auf und ab und ich steh im Wege herum. Ich würde gerne helfen, aber keiner hat den Nerv mich anzulernen.*

*T: Spüren Sie in Ruhe nach, wie Sie sich an der Türschwelle fühlen.*

*P: Ich will da gar nicht hin! In dem Moment fühlen sich der Nacken und die Schulter freier an. Die Beine hingegen kriegen einen Schreck! »Du musst da rein!« Ich bin zu nichts nutze, aber ich habe da zu sein. Weggehen geht nicht.*

Die Patientin wird ganz wütend und schimpft: *Was ist das für eine Scheiße. Alle sind gestresst. Ihr seid alle doof, warum habt ihr mich angeschafft! Überlegt euch das doch vorher. Das tut mir weh, es stinkt mir!*

Einfälle der Patientin im Nachgespräch: »Der Vater fragte immer: »Kannst du das?« Zugetraut hat er mir nichts. Die Mutter sagte: »Das brauchst du gar nicht, du bist wie ich.«

Ich aber wusste, so wie sie will ich auf keinen Fall sein. Es war kein »In-die-Welt-Gehen« sondern ein Fliehen. Gehen war

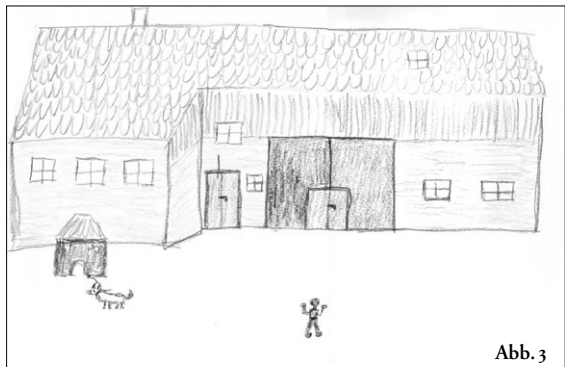


Abb. 3

richtig, aber ich habe nie gedacht, dass das so schwer werden würde. Ich habe so eine Wut, dass niemand gefragt hat, ob ich das auch will! Ich muss einfach.«

Hier zeigt sich das tiefe Dilemma der Patientin und ihr tiefer Konflikt: Für die Nähe der Mutter sollte sie bei ihr bleiben. Nähe bedeutet aber die Nähe zum depressiven Sog, zur Aufgabe der eigenen Weiterentwicklung. Weggehen aber ist notwendig mit einem tiefen Schuldgefühl der Mutter gegenüber verbunden. Weiterentwicklung und Anerkennung väterlicherseits geht nur über Leistung. Diese aber erlebt sie wie einen »Hammer«, der sie zu erschlagen scheint.

#### 4. Imagination: »Meine Schmerzen im Bauch« (Abb. 4)

Dieses Motiv wählte ich nach unserem Vorgespräch über ihre Missempfindungen in den Stunden vor dem Berichtschreiben.

*P: Da taucht so ein komisches Gefühl im Bauch auf: Das Gefühl, das kommt, wenn ich schreiben muss: Es ist eine Qual, etwas ganz Schlimmes, Verzweifeltes!*

*T: Fällt Ihnen zu diesem Gefühl eine Szene ein?*

*P: Ich sehe meine Mutter gebeugt, verzweifelt, am Ende, verletzt und gequält in der Küche. Sie will nicht mehr. Sie weiß keinen Weg! Sie muss das alles aushalten, ertragen.*

*T: Was ist mit der kleinen Astrid?*

*P: Ich passe auf: Ich habe Angst um meine Mutter, dass sie das nicht erträgt. Ich bin ihr sehr nah. Sie wendet sich ab. Ich lehne mich an ihr Bein. Das ist für mich ganz furchtbar, weil es nicht gut für mich ist. Jetzt verspannt sich mein Nacken, ich kann nicht gehen – und ich will.*

*Ich stehe am Bein: es hat etwas Aussichtsloses! Ich brauche die Mutter. Ich rüttele am Bein. Ich brauche, dass sie ein Gefühl hat. Ich stehe da und rüttele, sie hört und sieht nicht!*

Noch auf der Couch liegend, kommentiert die Patientin ihre Imagination: »Das ist die Situation, wo die Erwachsene zusammensackt. Die Erwachsene will eingreifen.

Aber es ist wie ein Hammer, der ihr auf den Kopf haut: Die Kleine braucht eine Berechtigung, erwachsen sein zu dürfen, eigenständig handeln zu dürfen. Die Erwachsene kann die Mutter nicht aushalten, das ist so furchterlich. Ich fühle mich emotional nicht dazu in der Lage.«



Abb. 4



Mit der Erlaubnis für die eigenen aggressiven und abgrenzend-trennenden Impulse (»Ich gehe nicht in das Tor hinein!«) zeigt sich auch in zwei Traumvignetten die Konfliktebene: eine schwere Selbstwertstörung.

Es folgen zwei kleine Traumvignetten:

- *»Ich kam zu einer Person, der ich sagte: ›ich habe nichts getan‹. Sie sagte: ›Jetzt ist es vorbei.‹ Ich war verletzt.«*

Psychodynamisch heißt das: Abgrenzung ist ein Verbrechen, macht Schuldgefühle und wird bestraft werden. Beim Versuch der Konfrontation und Rechtfertigung aber reagiert das wichtige Objekt mit Ausgrenzung.

- *»Ich habe mit einem Mann geschlafen und hatte Spaß daran.«*

Die Patientin kommentiert: »Ich hatte jahrelang keine Lust. Ich hatte eine große Hemmung, mich zu zeigen. Das ist ein großer Wunsch: Die Freiheit zu haben, mich zeigen zu können, ohne mich dabei zu schämen. Immer wieder hatte ich das Gefühl, als hätte mir jemand das Tor zum Paradies zugeschlagen!«

Die fehlende liebevolle Anerkennung führt bei der Patientin zu einem existentiellen Schamgefühl, zu dem Gefühl einer »existentiellen Exkommunikation« (Jaenicke 2010, S. 117). Das Bild des Paradieses »paradeisos« hingegen meint einen umgrenzten, geschützten und konfliktfreien, zeitlosen Ort. Dieses Grundgefühl setzt sich auch in späteren Beziehungen immer wieder fort. Auf der Selbstebene der Imagination des verschlossenen Tores zeigt es auch die eigene Unfähigkeit, sich zu öffnen; die eigenen männlichen und weiblichen Anteile in einen konstruktiven, liebevollen Kontakt miteinander zu bringen. In diesem kleinen Traum aber kann eine Öffnung erfolgen.

## 5. Konfrontation mit dem Ich-Ideal (Abb. 5)

Zu Beginn der nächsten Stunde bemerkt die Patientin: »Das schmerzliche Körpergefühl ist weg und nicht mehr aufgetaucht. Wut ist aber da, belastet mich. Ich will nichts leisten. Ich habe Angst, ich zerstöre mich selbst und ich muss diese Wut niederkämpfen. Die Wut ist größer geworden.«

Wir sprechen darüber, inwiefern wir uns mit der Gestalt der Mutter nochmal mehr beschäftigen können. Die Patientin berichtet, dass sie eigentlich seit dem 12. Lebensjahr Angst davor habe, so zu werden wie die Mutter und sich mit der Mutter zu konfrontieren.

Wir entscheiden uns nun, dieses Thema »Weiblichkeit und Frausein« mit dem Motiv des weiblichen Ichideals anzugehen.

»Herta« ist eine stolze und eine gebrochene Gestalt. Sie ist versteinert, erstarrt, in ihrem Stolz versteinert.

*P: Die Stolze ist wütend und empört, hat was Ungebrochenes. Aber sie kann sich nicht bewegen, als hätte sie ein Lineal verschluckt.*

T: Was scheint Sie zu sagen?

P: Ich bleibe wie ich bin, ich lass mir nichts sagen! Ich wehre mich durch Rückzug. Sie ist verhärtet, weicht aus, will nicht gesehen werden. Mir graut: Dass sie ihr Gesicht wendelt. Ich gerate in Spannung. Ich fühle mich schuldig. Ich fühle mich böse.



Aber ich denke auch: »Du bist doof! Du bist immer beleidigt. Sie soll gefälligst dableiben, reagieren, Einfühlung zeigen, präsent bleiben. Ich will mit allen Fäusten auf ihr trommeln.

T: Nehmen Sie als Erwachsene einmal Kontakt zu ihrem Blick auf.

P: Ihre Augen werden kalt und feindlich: Wenn ich sie in den Kontakt zwingen, wird sie wütend.

T: Bleiben Sie dabei, weichen Sie ihrem Blick jetzt nicht aus.

P: Ich werde traurig. Verdammt noch mal, ich bin nicht wie mein Vater!

Nimm mich ernst! Du musst hierbleiben. Ich brauche dich. Ich rüttle und schüttele sie, will sie wachrütteln. – Ich setzte meine Mutter in einen Sessel. Sie hat auch Angst vor mir, vor diesem wilden Kind. Das ist ihr zu viel. Im grünen Sessel versuche ich sie zu beruhigen. Ich muss sie wärmen. Ich muss ihr zeigen, dass meine Aggressivität nicht die teuflische Aggressivität des Vaters ist. – Ich habe sie mit meinem Temperament an die Grenzen gebracht. Sie hat so viel für mich getan, möchte, dass ich dankbar bin. Ich aber bin wie Rumpelstilzchen. – Dann kann sie nur weggehen, mich mit dem Kinderwagen in den anderen Raum stellen, weil sie mein Schreien nicht ertragen kann. – Die große Tochter nimmt die kleine Mutter in den Arm um sie zu beruhigen, ihr Sicherheit und Geborgenheit zu geben. »Ich bin doch deine dicke Püppi! Die Mutter hat ganz vergessen, dass ich so kuscheln kann.

Die Kleine geht jetzt dahin, kann auf den Sessel krabbeln; setzt sich auf das linke Bein und ich kuschele mich an ihr Bein. Die Mutter ist etwas überrascht, dass ich so lieb bin.«

In der Nachbesprechung folgt: »Ich möchte in Kontakten sicherer werden. Ich finde immer wieder, wie schwer es ist, ich selber zu bleiben. Wenn ich mich zeige und den Blick des anderen auf mir weiß, dann wird es schwierig.«

Gemeinsam versuchen wir dann die Dynamik zu formulieren: »Ich musste bisher meine eigenen Anteile der depressiven Mutter verleugnen: aus Angst vor Leere, Dissoziation und Starre. Ich habe versucht diesen Anteilen auszuweichen, indem ich mich mit dem väterlichen Leistungsideal identifiziert habe und dich Mutter

zurückgelassen habe. Das hat mir viele Schuldgefühle gemacht. Aber eigentlich liebe und brauche ich dich. Von Dir habe ich etwas ganz Wichtiges bekommen: Du hast für mein Leben gekämpft und mir eine Ahnung von Liebe gegeben. In der Liebe geht es nicht um Leistung. Das hat mich auch davor gerettet, mich im Leistungsideal zu verlieren. Aus meiner Angst, so zu werden wie du, musste ich meine eigenen depressiven, bedürftigen und starren Seiten verleugnen. Wenn diese Seiten aber auftauchen, machen sie mich sehr wütend. Ich habe darauf reagiert, wie der Vater auf dich: entwertend, aggressiv, verurteilend, bekämpfend. Jetzt aber weiß ich, dass ich mich in so einer Situation erst einmal in den grünen Sessel setzen muss.«

An dieser Stelle wird auch die Übertragungsbeziehung von der Patientin selbst erstmals ansprechbar: Sie hat sich die Gutachterin als Helferin für Ihre Schreibproblematik gewählt. Hiermit hat sie sich unbewusst ganz besonders der eigenen Leistungs- und Versagensthematik und einer Beschämungsangst ausgesetzt. Andererseits sucht sie die weiblich-mütterliche Unterstützung, die ihr erlaubt, sich weiterentwickeln zu dürfen, die sie sowohl in ihren kindlichen als auch in ihren erwachsenen Anteilen sehen und aushalten kann. Diese tiefe Beschämungsangst wird später im Bild des »leeren Tisches« deutlich.

## **6. Imagination: Motiv: »Eine Szene die ihrer inneren Gestimmtheit entspricht«**

Es entsteht eine Szene: **Als Kind bei den Hausaufgaben (Abb. 6)**

*P: Ich sitze am Tisch, ich bin ungefähr 8 Jahre und mache Hausaufgaben und komme nicht klar. Mutter ist auch hilflos und verzweifelt und weiß nicht weiter. Sie hat Vater vom Feld gerufen, Vater kommt rein und brüllt. – Ich sitze am Tisch und bin verzweifelt. Ich möchte aufstehen, wie das Mädchen mit den geballten Fäusten. Ich habe eine Riesenwut über die Beiden: »Verdammte Scheiße, mit euch beiden kann ich nichts anfangen!« Ich würde euch am liebsten auf den Mist schicken!*

*T: Was würden Sie ihrem Vater gerne sagen?*

*P: Hör auf zu brüllen! Dein Brüllen hilft auch nicht. Ich kann das Brüllen nicht ertragen. Ich würde ihm gerne sagen, wie sehr ich von ihm genervt bin, dass er sich so wichtig fühlt, so wenig Blick für die Situation hat. Er ist so unaufmerksam, so egozentrisch. Seine Wichtigtuerei! Er schüchtert mich so ein, ich möchte ihn gerne wegschieben.*

*T: Versuchen Sie jetzt noch einmal seinen Blick auszuhalten.*

*P: Wenn ich ihn direkt anschau, dann sehe ich seinen Jähzorn; da ist aber auch Sorge. Ich muss mutig sein und ihn fordern. Ich sage ihm: »Reg dich nicht so auf. Du kannst auch mit mir reden. Breite nicht deinen Pessimismus aus.« Dieser Teil der Sorge, der täte mir gut. Ehrlich ist, dass er will, dass ich zurechtkomme in meinem Leben. Er vermittelt das Gefühl, es gibt nur ihn, der wichtig und fähig ist. Dagegen muss ich mich wehren. Ich brauche meine Fäuste, ich setze den aufs Sofa. Das passt ihm nicht, das gehört sich nicht, dass er dahingezogen wird. Ich muss den zähmen, ich muss ihm gegenüber Raum nehmen. Jetzt ist er wütend. Ich setzte mich neben ihn, leg ihm mein*

*Heft auf die Knie. Das ist eine schwierige Aufgabe und da brauche ich Hilfe. Er meint, er muss den Hof retten. Ich habe mit viel Widerstand zu tun. Er guckt da nicht hin. Er hilft mir nicht. Er meint, zwei Kinder sind genug. Aber ich muss mir die Erlaubnis geben, seinen Weg zu kreuzen. Ich muss ertragen, dass er gekränkt ist, er teilt nicht gern den Kuchen.*

*Ich will auch ein Stück vom Kuchen. Ich breche ein Tabu, tue etwas, was sich nicht gehört: »Mir Raum zu nehmen«. Ich bin wütend, dass er meine Geschwister wichtiger fand als mich. Ich habe ihn dann durch meine Unfähigkeit erpresst: Ich war klein und niedlich. Ich will mich breitmachen, auch gegen seinen Willen. Ich habe ihn hingesetzt. Ich will noch die Mutter holen. Meine Mutter könnte helfen, mir den Tisch zu decken, wenn sie nicht mehr so erschreckt ist. – Die Mutter taucht jetzt auf. Mit der Mutter kann ich mich abstimmen. Da hat der andere Raum. Mutter ist im Raum und sie erkennt mich an. Ich vertreibe sie nicht, außer wenn ich so wütend bin wie mein Vater. Ich lege eine grüne Decke auf den Tisch, stelle Blumen und eine Obstschale darauf und setze mich mit meinem Heft daran. Bitte die Mutter, sich zu mir zu setzen. Ich zeige ihr mein Heft, aber sie kann das nicht – ich auch nicht.*

*Den Tisch zu decken, das geht mit ihr. Alle Geschwister kommen dazu, es gibt Käsekuchen und Erdbeerkuchen mit Schlagsahne. Da ist die Atmosphäre entspannt. Ich will bei meinen Geschwistern sitzen.«*

Kommentar der Patientin: »So ist es beim Schreiben. Ich fühle mich leer, wie der Tisch leer ist. Indem ich meine Mutter um Hilfe bitte, bin ich wenigstens aus der Erstarrung raus.

Ich sitze wie Pumuckl wütend vor dem Tisch. Ohne Stühle ist er noch nicht besetzbar! Wenn ich alleine bin, bremst mich mein Hass aus.«

Sie spricht ihre Beziehung zu mir erneut an: »Ich hole Sie als Hilfs-Ich. Gleichzeitig aber habe ich auch Angst vor der Verführung durch den gedeckten Tisch. Ich könnte satt sein und soll die Wut unterdrücken. Ich habe Sorge, ich habe für uns alle den Tisch gedeckt, ihr seid satt und ich sitze wütend alleine davor! Voller Selbsthass.«

Meine Gegenübertragung: Wichtig soll also sein, ihr Eigenes weiter zu entwickeln. Ich fühle mich ertappt, dass ich ihr immer wieder schon zu viel zumute.

Meine Arbeitshypothese wird klarer: Ihre Arbeitsstörung ist eigentlich Ausdruck einer



Abb. 6

Bindungsstörung. Es stellt ihren unbewussten Versuch dar, ihre Vater- und Mutteranteile zusammen zu bringen.

### 7. Imagination: »Basar der Möglichkeiten« (Abb. 7)

*P: Ich sitze in einem fremden Raum, hohe Fenster nach Draußen ins Grüne. Der Raum ist ganz leer, ich sitze auf dem Boden, lehne an der Wand und gucke auf den Raum. Ich bin ganz unsicher, möchte für mich alleine schauen. Der Boden ist aus Holz, Natur, helles Fenster, durch das Licht fällt. Ich habe ein Freiheitsgefühl, bin zwischen 12 und 30 Jahre. Ich möchte den Raum mit dem Körper ergreifen.*

*T: Was haben Sie an?*

*P: Flache Ballerina, Rock, T-Shirt, figurbetont. Ich möchte Pflanzen in den Raum stellen, warmen Teppich, Musik, CD-Player, Tangomusik. Dazu einen Sessel, um bequem zu sitzen. Ich möchte ausruhen, Musik hören und Pflanzen anschauen.*

*Habe einen kleinen Schreibtisch, ein paar Bücher drauf. Will den Raum noch größer machen.*

Kommentar zur Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik: Die Patientin hat jetzt Entwicklungsmöglichkeiten bekommen. Sagen tut sie, sie will ausruhen. Im gemalten Bild zeichnet sie sich aber an den Schreibtisch, der große Tisch bleibt leer. Von der entspannten Atmosphäre wird wenig deutlich. Eigentlich sitzt sie immer noch wie Pumuckl am Schreibtisch. Irgendwie wird dieses Bild von uns gar nicht weiter kommentiert. Der große Tisch ist wieder bedrohlich leer. Die Pat. sitzt wie abgeschnitten, wie in einer Sackgasse an ihrem Schreibtisch. Eigentlich ein Bild der Verlorenheit und Wut. Ich habe es in der Gegenübertragung aber nicht in dieser Bedeutung wahrgenommen. Hab mich von der kreativen, beschriebenen Loungeatmosphäre verführen lassen. Ich habe die Sorge vor der Täuschung, der gedeckte Tisch könne mich satt machen, vergessen.

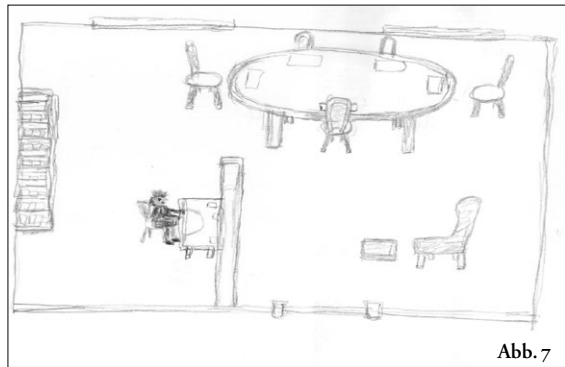


Abb. 7

### 8. Imagination: »Mein Gesicht des Hasses« (Abb. 8)

*P: Ich habe funkelnde, böse Augen, meine Haare stehen senkrecht. Ich bin zu, ganz verschlossen, da kommt keiner ran. Mit mir ist gar nicht zu reden. Ich bin so enttäuscht,*

*beiß die Zähne aufeinander, fletsche die Zähne. Ich mach die Augen ganz schmal, will eine Waffe nehmen und gezielt um mich schlagen. Ich verschließ die Arme. Ich bin wütend, sauer, könnte alles kaputtschlagen. Ich fühle mich so unschuldig. Wo ist der andere? Ich fühle mich alleine, verlassen. Ich bin überschüttet mit »Soll und Muss«. Alleine mit all dem Müll. Es geht immer nur darum, was andere wollen, Ich bin allein, es geht nie um mich. Da ist kein Auge, das mich sieht! Meine Existenz wird nicht gesehen, nicht gewürdigt. Mich als Eigenes gibt es nicht. Nur als verlängerten Arm der Anderen. Über mich werden der Brei und der Hammer geschüttet!*

*Der Brei, um mich zu versüßen, zu verzuckern, dass ich süß bin! Dann kommt der Hammer hinterher! Der Milchbrei macht mich schwach und weich. Dann bin ich voller Hass. Was macht ihr mit mir für eine Scheiße! Oder ich bereite mich auf den Hammer vor.*

*Mit dem Milchbrei habe ich keine Abwehrkraft und bin dann völlig ausgeliefert. Ich bin dann nicht in der Lage, mich für den Hammer zu rüsten. Ich versuch dann den Milchbrei abzuschütteln und krieg den nicht weg. Und bin ich erschöpft und der Hammer haut dann mit solch einer Macht auf mich ein. Dann will ich mich zerstören! Es ist alles scheißeegal: Dann spiele ich diese sinnlosen Spiele (meint stundenlanges Computerspielen). Und dann rappele ich mich auf und kämpfe wieder gegen den Milchbrei.*

*T: Versuchen Sie einmal die Szene aus der Distanz anzuschauen.*

*P: Ich bin hilflos, einsam und verlassen. Ich bin eingeknickt, mit Rundrücken, die Füße im Milchbrei, gebeugt, traurig, enttäuscht, sehr alleine. Ich habe noch keine Kraft; ich müsste mich aufrichten. – Es ist wichtig, dass sie sich aufrichtet! Sie muss den Hammer in den Blick nehmen. Ich probiere mal, den Milchbrei nicht so anzunehmen. Ich lass den Milchbrei stehen und lehne ihn ab. Ich muss sagen, dass ich das nicht will und dabei kein schlechtes Gewissen habe. Ich bin kein Milchbreityp. Wenn andere das Bedürfnis haben, dann lasse ich den halt mit seinem Milchbrei stehen. Ich brauch den nicht. Ich will auch nicht in den Milchbrei anderer hineingezogen werden!*

*T: Schauen Sie jetzt wieder auf das Gesicht. Wie wirkt es auf Sie?*

*P: Es ist entspannter, die Ohren sind geöffnet, es ist deutlich entspannter.*

*Sie muss Abstand vom Hammer finden. Dazu muss sie die Füße aus dem Milchbrei nehmen. Das ist die Grundlage und Lösung: Dazu muss sie den Rücken stärken, aufrichten. Ich brauch das Vertrauen zu mir, dass das Aufrichten geht. **Dazu brauche ich die Wut!** Ich muss wenigstens selbst dafür sorgen, dass man mich sieht gegenüber dem Milchbrei und den Hammerkräften!«*

Die Patientin berichtet, dass ihre Arbeitsstörung ganz massiv geworden ist!

»Ich sitze zuhause wie gelähmt. Ich kippe von Wut in Erstarrung und umgekehrt.«

Sie sagt, Pattex wäre auch immer an den Übergängen gewesen, z. B. mit 18 Jahren, Trennungen gingen nur mit massiven Schuldgefühlen, die Mutter alleine gelassen zu haben. Das Dilemma von Hass und Schuldgefühl: »Ich muss vom mütterlichen

Boden aus Pattex, der wie ein Sog ist, weg. Ich muss zum eigenen Selbstgrund gelangen. Dazu muss ich die Abgrenzung zu Beiden hinbekommen. Der Eine rettet mich nicht vor dem Anderen. Dies kann mir nur mit einem Gelingen, der mir den Rücken stärkt. Ich wollte niemals so werden wie mein Vater, wir sollten seine Selbstverlängerung sein: wollte mich ihm nicht unterwerfen.«

Sie fühle sich in einem Teufelskreis gefangen: Zwischen den Polen: Nicht wie meine Mutter – und nicht wie mein Vater. Aus diesem Loyalitätskonflikt heraus habe sie für ihr eigenes Selbst keine Gestalt finden können. Dynamisch versuchen wir das so zu formulieren:

»Erreiche ich die Leistung, bekomme ich Angst, mich meinem Vater zu unterwerfen. Dann bekomme ich eine Riesenwut, Riesenhass, eine Denkhemmung, eine Wut, die ich nicht loslassen kann. Meine einzige Rache ist: Ich scheitere (Arbeitsstörung). Ich erreiche die Mutter nur, wenn ich scheitere, hilflos bin wie sie. Wenn ich aber unten bin, habe ich Angst, wie meine Mutter zu sein. Ich muss aktiv sein (Computerspiele). Das Kreative als Eigenes geht flöten. Wenn ich ein Gegenüber habe, kann mein Eigenes Konturen annehmen. Wenn ich mit mir alleine bin, sitze ich in der Wüste. Dann komme ich in die Situation des Erstarrtseins. Ich bekomme ein Gefühl von Übelkeit, Bedrohung und Verkrampfung im Bauch. Dann erfasst mich ein allgemeines Schwächegefühl, ich fühle Leere, keine Vitalität, Resignation. Kann mich zwischen mir und jemanden Anderen nicht abgrenzen, bekomme aber auch kein Gefühl für mein eigenes Zentrum. So habe ich es auch in meinen Therapien erlebt: Ich habe die nicht als Gegenüber wahrgenommen und fühlte mich nicht wirklich gesehen.«

Die Patientin äußert den Wunsch: »Ich möchte den Raum der Erstarrung durcharbeiten.«

Wir einigen uns im Vorgespräch auf das folgende Motiv.

### 9. Imagination: »Das Gegenüber« (Abb. 9)

*P: Ich sehe dunkelgrüne Nadelbäume am Rande eines gepflegten Ackers. Er ist abgeerntet, nur noch die nackte Erde. Es gibt einen Weg am Waldrand entlang, neben einem kleinen Graben; der Weg macht einen Bogen.*



Abb. 8

*T: Wie fühlen Sie sich?*

*P: Ich bin ängstlich, spüre das am Bauch, am Nacken, den Füßen und Beinen. Ich stehe nicht gut. Ich habe mehr Angst, als ich wahrhaben möchte.*

*T: Wie alt sind Sie?*

*P: 4–5 Jahre, ich trage Pony, Mittelscheitel, blonde Haare; habe neugierige Augen, eine grässliche Lederhose vom Bruder, kleines Hemd.*

*T: Wer kann ihnen denn als Gegenüber begegnen?*

*P: Zuerst dachte ich, Niemand. Ich muss den Weg hochgehen, mich bewegen, das Gegenüber suchen. Das ist blöd für mich: Ich steh da mit leeren Händen. – Die Mutter steht da hilflos und besorgt, die Schwester genervt. Ich bräuchte, dass sie mir helfen, mich ernst nehmen.*

*Nun taucht meine alte Supervisorin auf: Die ist sehr warm, herzlich und konsequent. Ihrem klaren Blick kann man nicht entweichen. Er ist streng und kompetent. Ich bin ängstlich, fühle mich ertappt. – Die Kleine ist traurig und dann bleiben sie stehen. Die Kleine hat sich von der Mutter verabschiedet.*

*T: Spüren Sie jetzt ganz genau in ihren Körper und sichern Sie ihren Stand.*

*P: Ich bin erwachsener, hab mehr Spannung, bin gestreckter. Ich versuch auf eigene Füße zu kommen. Versuche mit den Füßen noch fester in Kontakt mit dem Boden zu kommen.*

*Die Kleine sagt zur Großen: Schimpf nicht, dass ich solche Sehnsucht habe. Ich spüre so einen Sog. Ich möchte mich ankuscheln. Das ist so ein Schmerz. Ich möchte, dass der Wunsch o. k. ist, dass das nichts Böses ist. Die Erwachsene weiß mehr und nimmt die Kleine an die Hand. Sie tröstet, wir müssen damit fertig werden. Jetzt richten wir den Blick nach vorne, lauf nicht weg. Ich versuche nochmals mein Körpergefühl zu sichern. Der Bauch ist wichtig: Dass ich mich da mehr spüre, das Zentrum sichern und einprägen. – Jetzt kann ich mich auch gegenüber dieser Frau (Supervisorin) positionieren: Ich stelle mich ihr gegenüber, suche sehr den Kontakt zum Boden, dann kann ich sie anschauen: Sie schaut offen und fordert mich.*

*Sie fragt mich, wo ich stehe. Ich muss mich meiner Angst stellen. Ich muss meinen Beinen Spannung geben, den Kontakt zum Boden wahrnehmen.*

*T: Wie erleben Sie nun den Kontakt zu ihrem Gegenüber?*

*P: Nun habe ich einen angenehmen Abstand. Ich sehe bei ihr Respekt, fühle mich gefordert, sie ist wohlwollend und sieht meine Fähigkeiten und Defizite.«*

Nach der Stunde kommt es zu einer interessanten Wende. In Folge lässt sich gut beobachten, wie wir gemeinsam in die »Mikrosackgasse« geraten.

Es entsteht ein gemeinsames Gefühl von: Jetzt haben wir es geschafft! Sie sagt, sie möchte zur nächsten Stunde einen analytischen Fallbericht mitbringen, wo es um den Verlängerungsantrag geht. Ob wir das besprechen können. Das tun wir dann auch. Es handelt sich um den Fall einer Patientin, bei der sie nicht weiß, ob sie verlängern will. Sie beschreibt ein Stagnieren in der Übertragung, eine Art



Benutzt werden als Selbstobjekt von der Patientin. Gleichzeitig wird ihre Hemmung deutlich, den Widerstand und die latente Aggression ihrer Patientin anzusprechen. Sie fühlt sich von der Patientin ein Stück benutzt, hingehalten. Sie meint, diese müsse langsam selbst wichtige Lebensentscheidungen treffen.

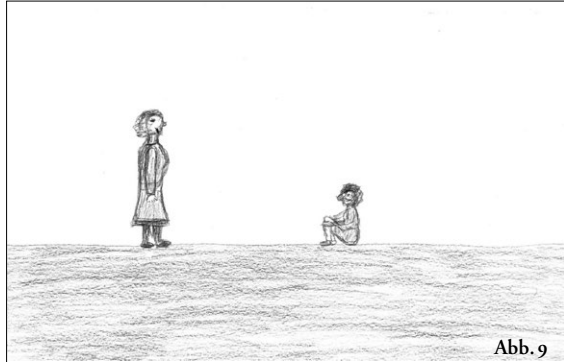


Abb. 9

Es scheint unausgesprochen so zu sein, dass sie mir signalisiert: Jetzt möchte ich hierfür noch Hilfe von Ihnen, dann habe ich es geschafft. Am Ende der Stunde sprechen wir auch noch über einige mögliche strukturelle Änderungen in ihrem Alltag, da sie massiv einfordert, ihr dabei zu helfen: sie sucht Unterstützung beim Formulieren der Anträge und sie fragt nach Möglichkeiten der besseren Strukturierung ihrer Arbeit.

Ich bespreche mit ihr einige Punkte, die ich als nächsten Schritt verstehe. Wir verabreden, dass sie in der Herbstferienpause diese Dinge ein Stück ausprobiert. Ich erlebe bei mir eine Hemmung anzusprechen, was sie denn jetzt eigentlich von mir wolle. Für den Selbsterfahrungsanteil hat sie genug Stunden gemacht. Will Sie mir signalisieren, dass es jetzt für sie reicht? Will sie jetzt die weiteren Stunden als Supervision benutzen?

Die Stunde wird beendet, ohne dass das von uns thematisiert wird. Sie fragt mich, ob sie mir ihre Ausarbeitung zur Korrektur zuschicken kann, was ich bejahe. Das passiert in der folgenden Zeit aber nicht.

Zügig vermittele ich ihr einen Kontakt bzgl. der Unterstützung beim Berichtschreiben, ich bekomme aber keine Antwort auf meine E-Mail. Ich bin irritiert.

Nach den Ferien berichtet sie mir über eine »großartige Erfahrung« mit zwei Körpertherapeutinnen im Urlaub. Sie habe verstanden, was das »Pattex« bedeutet, nämlich die Möglichkeit der Loslösung von der Mutter ohne Schuldgefühle.

In meiner Gegenübertragung (besser vielleicht »Eigenübertragung«) erlebe ich mich als gekränkt: Denke, das ist doch nichts Neues, das haben wir doch schon längst klar!

Dann kommt es in der Stunde zum Eklat und meine Patientin traut sich, ihre Gefühle mir gegenüber und zur letzten Stunde zu formulieren. Sie berichtet, dass sie zuhause völlig wütend und gelähmt war. Sie sagt: »Ich habe gemerkt, dass ich die Vereinbarungen nicht einhalten kann. Habe mich total unter Druck

gefühlt. Ich dürfe nur wiederkommen, wenn es jetzt funktioniert, dass ich Berichte schreiben kann!«

Ich fühle mich völlig überrumpelt, habe damit überhaupt nicht gerechnet. Plötzlich fällt mir mein verdrängter Ärger über ihre mangelnde Resonanz gegenüber meinen Angeboten ein. Fühle mich von ihr auf eine falsche Fährte gelockt. Gleichzeitig ärgere ich mich, dass ich mich habe täuschen lassen, ggf. den eigenen Über-Ich- und Leistungsansprüchen folgend, sie unbewusst unter Druck gesetzt habe.

Ich teile ihr meine Überraschung mit: Meinen Eindruck beim letzten Mal, sie fordere von mir klare Unterstützung und konkrete Hilfe. Ich hätte versucht, darauf einzugehen.

Diese Überraschung ist authentisch und berührt sie. Sie berichtet aufgewühlt, dass sie ihre Gefühle meist unterdrückt habe: Eigentlich könne sie nicht bei ihren Gefühlen bleiben: »Entweder esse ich sie mit Schokolade weg oder wenn ich total übermüdet, fast dissoziativ bin, mein Gefühl ausschalten kann, dann kann ich arbeiten. Wenn ich aber jetzt meine Gefühle zulasse, fühle ich mich wie ein Zauberlehrling, der die Kräfte nicht beherrschen kann, die er entfesselt hat. Ich fühle dann eigentlich nur Grimm, Groll, Hader und Rache. Das aber mache ihr wiederum tiefe Beschämung, Schuldgefühle und Angst. Sie fühle sich auch so undankbar.« Und dann zieht sie auch direkt wieder die Verbindung zur ihrer belastenden Arbeitsstörung: »Ich erlebe Berichteschreiben wie eine Vorlage zum Funktionieren müssen. Ich haue mit der Faust auf den Tisch, der Vater aber hat den Widerstand niedergeknüppelt. Ich bin in Beziehungen so gelähmt. Widerstand wäre wichtig, aber ich kann mich nicht wehren. Dieses Mädchen ist eigentlich ganz kooperativ. Die möchte ganz vernünftig und kooperativ sein. Aber die ist überfordert mit allem. Sie braucht Unterstützung darin, **etwas wollen zu dürfen**, obwohl der andere so übermächtig ist. Ihr fehlt das Gefühl für das ›das will ich‹. Und viel zu schnell übergibt sie dann die Verantwortung an andere ab.«

Wir versuchen nochmal gemeinsam die Dynamik zu formulieren: »Ich bin auf deine Hilfe angewiesen. Ich fordere sie ein. Wenn ich aber die Hilfe bekomme, bin ich überfordert. Ich erlebe die anderen, die mir Hilfe anbieten ›wie einen Hammer‹. Das macht mich ärgerlich und wütend. Indem ich aber diese Wut spüre, drohe ich, die Böse zu werden. Ärger aber darf nicht sein, das macht mir Angst vor deiner Mächtigkeit. Also versuche ich die Wut zu unterdrücken, fresse sie in mich hinein. Das kostet aber viel Kraft, führt zur Lähmung und dazu, dass ich aus dem Kontakt herausgehe. Durch den Kontaktabbruch entsteht aber Ärger in der Beziehung beim Anderen. Davor habe ich Angst und vermeide den Kontakt.

## 10. Imagination: »Landschaft der inneren Gestimmtheit« oder der Erbkönig (Abb. 10)

Es taucht eine Vulkanlandschaft auf: schwarzer und roter felsiger Boden. Rechts taucht ein steil in die Luft ragender knorriger Berg auf. Er ist hart.

*P: In der Mitte sehe ich das Loch eines Vulkans: rot und gelb und ganz ruhig.*

*T: Kann eine Gestalt von Wut und Aggression auftauchen?*

*P: Es ziehen verschiedene Gestalten vorbei, Nebel ziehen auf, die sich auf die Landschaft legen; sie verliert ihre Form.*

*T: Wie geht es Ihnen, fühlen Sie einmal in Ruhe in ihren Körper.*

*P: In den Schultern spüre ich Ruhe. Im Bauch Unruhe: Da zieht sich etwas Zusammen. Es ist aber eher etwas Vitalisierendes, Kräftigendes, keine Angst.*

*T: Welche Gestalt könnten Sie diesem Gefühl geben?*

*P: Ich mache mal verrückt weiter. Ich traue mich mal, die Kontrolle abzugeben, aber weiß nicht, ob Sie mich nicht für verrückt halten. Ich habe »Erbkönig« im Kopf! Jetzt wird es bedrohlicher: Der Reiter auf dem weißen Pferd, der Vater mit seinem Kind.*

*T: Wollen Sie ihn einmal genauer beschreiben.*

*P: Der schwarze Reiter: er will sich nicht zeigen: erst freundlich, dann nicht freundlich, undurchsichtig. Er steht am Loch vom Vulkan. Der hat eine Rüstung an, eine schwarze auf weißem Pferd.*

*T: Trägt er was bei sich?*

*P: Ja, Schwert und Lanze.*

*T: Was ist mit Ihnen?*

*P: Ich bin geflüchtet, habe vorher am Lavarand gestanden. Mir ist alles unheimlich, habe mich in den Berg zurückgezogen. Will mich auf den Berg flüchten, aber der ist so hoch und unwirklich. Ich habe mich in dem Berg versteckt.*

*T: Versuchen Sie das Bild jetzt mal aus der Distanz zu betrachten.*

*P: Ich bin nicht mehr locker, ich habe schlechte Karten. Ich finde das sehr bedrohlich, fühle mich ungeschützt, suche mir im Berg eine Schutzhöhle, da ist es warm.*

*T: Wie alt fühlen Sie sich da?*

*P: Ich bin so 12 Jahre alt. Fühle so Einbuchtungen in der Bergwand, es ist eine Art Unterstand. Ich fühle einen Rückhalt, bin im Rücken geschützt. Ich bin jetzt näher dran, erlaube mir einen Blick auf die Szene. Das Pferd ist ungeduldig, der Reiter verborgen: schwarz-silbern-wechselnd. Es wirkt auf mich wie ein Ritterkampf, wie »auf in den Kampf«, wie Ritterspiele. Ich habe in der Situation keine Rüstung und kein Pferd: mir ist in der Situation ganz unheimlich. Einer wird am Ende am Boden liegen bleiben.*

*T: Gehen Sie jetzt nochmal in Distanz zu der Szene!*

*P: Es ist ein ungleicher Kampf! Das Mädchen muss gehen. Es hat so keine Chance. Über den Berg geht es auch nicht, der ist unwirklich. Sie braucht einen Weg, der sie vom Vulkan wegführt in freundlichere Gebiete. Rechts vom Berg, da könnte sie etwas*

*finden. Der Ritter wirkt jetzt etwas verloren: Der steht da rum, wie bedröppelt, wenn sie geht. Der geht dann irgendwann los und weg. Das Mädchen ist ganz überrascht und erleichtert! – Dass das möglich war, einen Weg zu finden. Neben dem Berg gibt es eine freundliche Landschaft. Das war anfangs gar nicht da.*



Abb. 10

Kommentar der Patientin:

»Der Erlkönig ist der verführerische Sog, der aber in den Tod führt. Ich lass mich auf das Säuseln ein und dann kommt das Erwachen und das Entsetzen über das tote Kind auf dem Arm. Mit 12 Jahren fing meine Unfähigkeit zu schreiben an! Mein »Klumpfuß«. ... Die Klärung mit ihnen beim letzten Mal war so wichtig: Zerstöre ich Sie, halten sie meine Kraft aus? Ich habe auch viel Kraft und überrenne manchmal andere. Die sind dann gekränkt. Ich zeige mich erst als schwach, aber dann kann ich auch selbst wie ein Hammer sein. Endlich sieht man das Thema. Das Hammerbild ist mein Drama. Meine Wahrheit ist nicht das Wutgesicht, sondern Hammer und Pattex. Mir geht es ein Stück besser, ich fühle mich vitaler. Ich achte ein Stück mehr auf das, was mir gut tut. Den Vulkan in der Mitte zu malen, hat gutgetan. In der Auswahl meiner Patienten versuche ich mir klarer darüber zu werden, welche ich für mich als zu belastend erlebe. Was will ich tragen, was nicht. In den Berichten ist der Bereich, wo ich mich zeigen muss. In den Analysen hatte ich immer das Gefühl, ich werde immer schwächer. Habe ich kein konkretes Gegenüber, dass sich mit mir auseinandersetzen will oder kann, laufe ich ins Leere.«

## **Metapsychologische Überlegungen zum Thema Struktur und Konflikt**

### **Die Auswirkung früher pathogener Bindungsmuster und Präzisierung des intrapsychischen Konflikts: Die Arbeitsstörung als Ausdruck einer desorganisierten Bindung**

Auf der **Objektebene** werden hier die tiefen Vernichtungsängste im Kontakt mit dem Objekt thematisiert: Projiziert auf das verführerisch-bedrohliche Außenobjekt des »Erlkönigs« wird dessen hohe Ambivalenz deutlich: Im Text des Gedichts wird von der verführerischen »Mutter im gülden Gewand« – also quasi madonnengleich – gesprochen, von dem »Wiegen und Tanzen«, Metaphern für

die tiefe Sehnsucht nach mütterlich-väterlicher Geborgenheit und Wärme. Doch dann kippt die Verheißung in die Androhung von Gewalt, der Ort wird düster, es droht die körperliche Bemächtigung »er fasst mich an«.

Auf der Realebene versagt das elterliche Objekt, es schützt nicht vor der todbringenden Macht. Das Kind stirbt in seinen Armen.

In der Sprache der **Bindungstheorie** können wir hier in Anlehnung an K. Lyons-Ruth das Modell der »desorganisierten Bindung« anwenden. Sie beschreibt in ihrem Modell eine Vulnerabilität, wie sie durch eine frühe, instabile Beziehung entsteht. »Wenn der Grad des Schutzes, der Kommunikation und der mentalen Organisation, die eine Pflegeperson dem Kind anzubieten vermag, unter das Qualitätsniveau fällt, das eine sicher oder unsicher organisierte Betreuungsperson bietet, dann kann es auch ohne besonders traumatische Erfahrungen zur Desorganisation kommen.« (Fonagy 2006, S. 145) Es kommt zu einer hilflosen oder feindseligen Haltung oder zu einem Pendeln zwischen hilfloser und feindseliger Haltung (ebd. S. 147). Das Verhalten bleibt zwischen Kontrolle und Hilflosigkeit stecken. Die mangelnde Integration solch widersprüchlicher Prozeduren führt dann zur Desorganisation.

Auf **psychogenetischer Ebene** erspüren wir in diese eigentümliche Dichte von verzweifelter Anklammerung und Bedrohung, wie das Kleinkind infolge der ausstrahlenden Vernichtungängste – bei unserer Patientin v. a. bei der Mutter – eine noch intensivere »anklammernde Hinwendung an das zutiefst verunsichernde Objekt« (Maier 2013, S. 491) notwendig macht. Das mütterliche Objekt kann diesen Schutz nicht leisten, ist auch nicht in der Lage, angemessen die Bedrohung ihres Kindes wahrzunehmen und versagt als »mütterliches Schutzschild« (ebd. S. 487). Der Vater versagt in der Folge auch als emotionales Schutzschild, wird zum strengen, leistungsfordernden Introjekt. Die Leistung wird wiederum zum Stabilisator in Krisen, kompensatorisch soll es Sicherheit herstellen gegen den Sog der dunklen, depressiven Seite der Mutter.

Auf der **Selbstebene** führt es zu einer tödlichen Lähmung: Eigene Wünsche und Strebungen können nicht angemessen umgesetzt werden.

Hin- und Hergerissen zwischen »Pattex«, dem mütterlich-depressiven Sog, und »Hammer«, dem väterlichen Leistungsintrojekt kommt es schließlich zur inneren Desorganisation, zur tödlichen Starre. Mit dem leeren Blatt wird gleichsam die Konfrontation mit der inneren Leere inszeniert. Das gemeinsame Erleben zwischen Patientin und Therapeutin lässt sich nicht abbilden, beim Versuch der Wiedergabe und Planung der gemeinsamen Arbeit bleibt eine Leerstelle. Das leere Blatt wird zum bedrohlichen Stellvertreter des tiefsitzenden Objektverlustes. Auf der anderen Seite bleibt das Offenhalten der Leerstelle auch eine »Lücke, die die Abwesenheit widerspiegelt, und die Furcht vor Objektverlust (in Form der Versagung durch den Gutachterspruch) ... zumindest aufgehalten wird« (Maier 2013, S. 488). So kann die Hoffnung auf Wiedervereinigung wenigstens aufrechterhalten werden.

Das zentrale Gefühl von Resonanz und Bestätigung des Kindes für sein Selbstwertgefühl und sein Selbsterleben ist inadäquat. So entwickelt sich ein weiteres zentrales Grundgefühl, »das existentielle Schamgefühl (Urscham)« (Jaenicke 2010, S. 117), weil ihm dieses basale Gefühl der Anerkennung und Bestätigung verwehrt wird. Aus Angst und Scham flüchtet das Kind wie hier in der Imagination in sein dunkles Versteck. Es gibt keine Kommunikation auf Augenhöhe, das Kind fühlt sich bedroht, der andere steht weit über ihr. »Intersubjektiv wird Scham als Angst erlebt, geprüft, für nicht wert befunden und infolgedessen ausgeschlossen zu werden – eine existentielle Exkommunikation« (ebd. S. 117).

Durch die hier deutlich fehlende »affektive und temporale Passung« der Mutter an das Kind kommt es zu einer »kontinuierlichen Fehlanpassung«, die letztlich als kumulatives Trauma wirksam werden. Die in der Imagination deutlich depressive, nicht-responsive Mutter der Patientin führt bei der Patientin jedenfalls partiell zu pathologischen Selbstregulierungen.

Auf der Konfliktebene sehen wir **zwei zentrale Konflikte: Unterwerfung vs. Kontrolle und Abhängigkeit vs. Autonomie**. Erst jetzt wird der dritte zentrale Konflikt, der **ödipale** vorsichtig angehbar.

Nach der Weihnachtspause berichtet die Pat. darüber, dass sie klarer sei und sich klarer wahrnehme. Dies sei insbesondere im Patientenkontakt entlastend.

Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Artikels liegt ein weiteres Jahr erfreulicher und kontinuierlicher Entwicklung der Patientin hinter uns. Die Arbeitsstörung ist noch nicht völlig beseitigt, aber mit deutlicher Tendenz zur Verbesserung. Vor allem aber ist das Selbstwertgefühl von einem lebensbejahenderen und deutlich selbstbestimmteren Grundgefühl getragen. Die aktive Gestaltung ihrer Kontakte, die Möglichkeit der Gestaltung und Selbstwirksamkeit hat sich merkbar positiv verändert. Der Durchbruch und qualitative Sprung, der das Behandlungsende ankündigte, folgte erst nach intensiver Durcharbeitung und v. a. Trauerarbeit über die verlorene Lebenszeit, die Leere, den fürchterlichen inneren einsamen Kampf. Dabei spielte das Aushalten-Können Ihrer Trauer in der Gegenübertragung den bedeutsamen Wirkfaktor für Ihre deutliche Verbesserung. Der konsequente Blick von mir als Therapeutin darauf, wie *wir gemeinsam* unsere Behandlungsblockaden konstruiert haben – und verstehen können, hat der Patientin zu ihrer Weiterentwicklung geholfen. Dabei stellte die gemeinsame Betrachtung und Besprechung *der gemalten Bilder der Patientin* immer wieder einen ganz wichtigen Moment der Kurskorrektur für mich und die Führung des weiteren Behandlungsprozesses dar. Die spezifisch intersubjektive Haltung führt damit zu einem Prozess, in dem das Material der Patientin in besonderer Weise im gemeinsamen Dialog zur Entfaltung kommt.

## Literatur

- Bahrke, U., Nohr, K. (2013): *Katathym Imaginative Psychotherapie. Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen in psychodynamischen Psychotherapien.* Berlin: Springer
- Freud, S. (1913): Zur Einleitung der Behandlung. *GW Bd. 8:* 453–478
- Fonagy, P. (2006): *Bindungstheorie und Psychoanalyse.* Stuttgart: Klett-Cotta
- Jaenicke, C. (2010): *Veränderung in der Psychoanalyse.* Stuttgart: Klett-Cotta
- Kunzke, D. (2011): Grundmerkmale interpersonaler, intersubjektiver und relationaler Ansätze in der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 65: 577–616
- Leuner, H. (1994): *Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie.* Bern: Verlag Hans Huber. 3. Auflage
- Lyons-Ruth, K., Jacobvitz, D. (1999): Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In Cassidy, J., & Shaver, P.R. (Hrsg.): *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications.* New York: Guilford Press: 520–55
- Maier, C. (2013): Der Stellvertreter. Über eine Schreibhemmung deutscher Psychoanalytikerin: *Forum Psychoanal* 29: 477–497
- Nohr, K. (2006): »Meine Seele hört im Sehen« – Zum szenischen Charakter des therapeutischen Umgangs mit katathymen Imaginationen. *Imagination* 28/4: 5–29
- Rudolf, G. (2010): *Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma.* Stuttgart: Schattauer
- Schnell, M. (2005): Imaginationen im Dialog. Zur Dynamik der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in der KIP. In: Kottje-Birnbacher, L., Wilke, E., Krippner, K., Dieter, W. (Hrsg.): *Mit Imaginationen therapieren.* Lengerich: Pabst: 69–78
- Thomä, H., Kächele, H. (1986): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. I.* Berlin, Heidelberg: Springer
- Ullmann, H., Wilke, E. (Hrsg., 2012): *Handbuch Katathym Imaginativer Psychotherapie.* Bern: Huber
- Will, H. (2010): *Psychoanalytische Kompetenzen. Standards und Ziele für die psychotherapeutische Ausbildung und Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer, 2. Aufl.

## Zusammenfassung:

In diesem Artikel wird der Behandlungsverlauf einer schweren Schreibstörung mit der KIP dargestellt. Die Symptomatik stellte nicht nur eine reale Bedrohung der Existenz der Patientin dar, da ohne Berichte an den Gutachter keine Langzeitbehandlungen von den Kassen genehmigt werden. Dahinter zeigte sich aber auch eine lebenslange schwere neurotische Konfliktthematik. Es wird dargestellt, wie sich insbesondere auch die KIP und ihre Behandlungstechniken für die intersubjektive therapeutische Haltung anbieten.

## Schlüsselwörter:

Psychotherapie als Ko-Konstruktion von Patient und Therapeut – Der besondere Blick des Intersubjektiven, die Analytiker und Patient als unauflösbare

psychisches System sehen – Arbeitsstörung als Ausdruck einer desorganisierten Bindung – Behandlungstechnik der KIP

**Autorin:**

Dipl.-Psych. et Theol. Eva-Maria Einig

Lehranalytikerin und Dozentin (DGPT), Dozentin der AGKB, Gutachterin für PSA und TP im Rahmen der Psychotherapievereinbarung in Deutschland (KBV), 1988–2013 Leiterin der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik Bochum, Marienhospital Herne, eigene Praxis in Herne /NRW.  
e-m.einig@psychoanalyse-einig.de



# Freie Hypnose und hypnotische Assoziation

Wolfgang Oswald

## 1 Einleitung

Freuds eigene Begründungen für das Aufgeben der Hypnose (*»Ich gab die Hypnose auf, suchte sie durch eine andere Methode zu ersetzen, weil ich die Einschränkung der Behandlung auf hysteriforme Zustände überwinden wollte.«*), das Nichtfunktionieren und die Unzufriedenheit mit der kathartischen Methode (vgl. Freud 1924, S. 51), der Fall Elisabeth von R. (Freud 1895–10, Tögel 2017) sind als Mythen in die Psychoanalysegeschichte eingegangen (vgl. Kinzel 1993, Rios 2013). Im Folgenden wird versucht, den aus meiner Sicht zwingenden Übergang von der Hypnose zur Freien Assoziation aus hypnosepsychotherapeutischer und psychoanalytischer Sicht historisch nachzuzeichnen und weiterführende Fragen für die Zukunft aufzuwerfen.

## 2 Hypnoseseitig betrachtet: Freud konnte nicht anders, er musste die Hypnose aufgeben

### 2.1 Rückblende 1897: etwas Obszönes, Unerforschbares und Verführerisches wie die Hypnose von damals musste man als seriöser Arzt aufgeben

Man kann ohne Übertreibung sagen, dass Hypnotismus zu fast allen Zeiten spektakulär und obszön war – geschäftstüchtige Hypnotisten ziehen durch die Lande und wohl auch den Menschen das Geld aus der Tasche. Angesichts dessen wie sich Hypnose (nicht nur) Ende des 19. Jahrhunderts präsentiert, marktschreierisch, laut und unwissenschaftlich, kann man, ohne weiter in die Tiefe zu gehen, verstehen, warum sich Freud davon abgrenzen und die Hypnose aufgeben musste: Er wollte in der wissenschaftlichen Community ernst genommen werden. Das musste ihm spätestens seit 1888 klar geworden sein, als Meynert in einem Vortrag davon

spricht, dass »die Phänomene der Hypnose im Grunde kein Thema wissenschaftlicher Erörterung seien, sie seien vom »Abglanz der Abgeschmacktheit umgeben« und Ausdruck einer »hündischen Unterjochung von Menschen durch andere Menschen.« (vgl. Fichtner/Hirschmüller 1988, S. 113). Worauf bezieht sich Meynert? Charcot zwingt seine Patientinnen mit autoritären Methoden dazu, das Innere nach außen zu wenden; Hippolyte Bernheim beginnt, unfolgsame Patientinnen, bei denen die Hypnose nicht funktioniert, anzuschreien (vgl. Kinzel 1993). Freud hingegen bemüht sich bald um ein psychologisches Verständnis von etwas, das zwar nach außen hin sichtbar ist (hysterische Symptomatik), aber innere Ursachen hat (Gegenbesetzung): *»Mit Bezugnahme auf die Behandlung der Frau v. N. liegt dort im Gefolge der Umgestaltung des therapeutischen Verfahrens hin zur Ausforschung in der Hypnose der nach Freuds eigenen Angaben erste direkte Nachweis der Begründung hysterischer Störungen in unbewussten Vorstellungen vor. Zwar wird der aufgestellte psychologische Zusammenhang schließlich doch noch physiologisch begründet, aber der Begriff der Assoziation erscheint dort erstmals – negativ – in der Bestimmung der psychischen Funktion des Bewußtseins, wonach die pathogen wirksamen Vorstellungen als aus der Assoziation ausgeschlossen beschrieben werden.«* (vgl. Reicheneder 1988, S. 196 und Skues 2017) Freud wird bemerkt haben, dass man die Innenwelt des Menschen nicht mit den in Wirklichkeit schlechten Hypnose-Tricks von damals erkunden und verstehen kann. Er wendet sich von einer Methode ab, die zu seiner Zeit auch hauptsächlich dem Ausforschen von äußeren Erlebnissen der Patientinnen dient, weniger ihren inneren Vorstellungen und Assoziationen. In einem Brief an Wilhelm Fließ schreibt er: *»Ich habe gerade eine Dame in Hypnose vor mir liegen und kann daher ruhig weiterschreiben.«* So amüsant dieses Zitat auch sein mag, man kann sich nicht des Eindrucks erwehren, dass er die Methode in Wirklichkeit nicht ganz ernst nimmt (Brief an Fließ Nr. 4. vom 28. 5. 88, zitiert nach Freud/Schröter 1986, S. 8). Daher war es nur konsequent, sie aufzugeben.

Freud war in Bezug auf Hypnose und Suggestion gleichzeitig ein Wissender und ein Unwissender. Er wusste über den Hypnotismus der damaligen Zeit sehr gut Bescheid und war vor allem mit der Wiener Auseinandersetzung um die Hypnose vertraut (vgl. Fichtner/Hirschmüller 1988). Ab 1880 wird er durch den Kaufmann Hansen mit der Hypnose bekannt, quasi als Jahrmarktspektakel. Er kann allerdings weder in seiner Selbstdarstellung von 1924 noch an anderen Stellen näher ausführen, was ihn dabei so beeindruckt hat, er sagt aber: *»Damit war meine Überzeugung von der Echtheit der hypnotischen Phänomene fest begründet.«* (Freud 1924, S. 40). Darüber hinaus kommt er mit Josef Breuer und durch den Wiener Arzt Heinrich Obersteiner mit der therapeutischen Hypnose in Kontakt (vgl. Freud 1888), er übersetzt Hippolyte Bernheim (vgl. Freud 1888–29), rezensiert Auguste Forel (vgl. Freud 1888–29 und Freud 1889–01) und streitet sich mit Meynert und anderen, indem er zum Beispiel Charcot nicht nur übersetzt und kommentiert, sondern auch verteidigt (vgl. z. B. Freud 1886–05). Er war also aus

damaliger Sicht in Bezug auf den Hypnotismus durchaus ein Wissender. Nachträglich betrachtet lassen ihn aber seine eigenen Schriften und die von ihm publizierten hypnotischen Anleitungen als schlechten Hypnotiseur erscheinen (vgl. Freud 1891–04 und Freud 1905), der, dem Zeitgeist des ausgehenden 19. Jahrhunderts entsprechend, autoritäre Behandlungen durchführte: weitgehend direktive monologische Trancen, die zum Zweck des »Ausforschens« dialogischen Charakter bekommen. Es scheint allerdings kaum Belege dafür zu geben, was Freud eigentlich unter Hypnose versteht. Seine Definitionen bzw. Umschreibungen von Hypnose und Suggestion sind teilweise selbst tranceinduzierend (vgl. Freud 1891–04), in der Ericksonianischen Hypnose gibt es dafür auch den Begriff »Konfusions-trance«. Das Wort »Hypnose« wird wie ein Platzhalter verwendet, der nicht erklärt wird und wahrscheinlich auch nicht erklärt werden konnte, weil die technischen Forschungsmöglichkeiten (Messgeräte, MRT, CT etc.) gefehlt haben. Gelegentlich, wie in der Rezension zu Forels Buch aus dem Jahr 1889, setzt er den hypnotischen Zustand mit dem »Schlaf« gleich, bezeichnet ihn als »schlafähnlich« oder mit einem »mystischen Element« behaftet (Freud 1889–29 und 1889–01 und Freud 1924), eine sehr vereinfachende Beschreibung, die aus heutiger Sicht der Hypnose keineswegs gerecht wird.<sup>1</sup> Wie alle seine Zeitgenossen, die sich mit Hypnose beschäftigten, ist Freud dahingehend ungenau, was er mit den Begriffen »Hypnose«, »tiefe Hypnose«, »Suggestion«, »Rapport«, »posthypnotische Suggestion« eigentlich meint: Jahrmarktspektakel, Scharlatanerie, autoritäre klinische Behandlung oder einfach gut zureden bei geschlossenen Augen. Auch wenn er besser informiert ist als seine Zeitgenossen, lässt er seinen wissenschaftlichen Untersuchungen rund um die Hypnose nicht dieselbe Gründlichkeit angedeihen wie seinen anderen Forschungsbereichen wie der Neuroanatomie und den eigenen Ideen.<sup>2</sup>

Wie aus Freuds 5. Brief an Fließ vom August 1888 hervorgeht (vgl. Freud/Schröter 1986, S. 10f), dem Jahr, in dem Meynert gegen die Hypnose polemisiert, macht er wichtige Entwicklungen der französischen Hypnoseschule nicht mehr mit: »*Die suggestive, d. h. iatrosuggestive Theorie Bernheims, hat einen großen Common-Place-Zauber für die deutschen Ärzte, welche keinen großen Sprung zu machen brauchen, um aus der Simulationstheorie, bei der sie jetzt stehen, in die Suggestionstheorie hineinzukommen.*« Er geht bei einem, aus hypnosetherapeutischer Sicht wichtigen Entwicklungsschritt nicht mehr mit, auch wenn er Werke von Bernheim übersetzt. Er offenbart Fließ, dass er dies nur mehr halbherzig tue. Bernheims grundlegende

1 vgl. Freud 1924, S. 24/25: »*Auch zur Erklärung der Hypnotisierbarkeit habe ich die archaische Erbschaft aus der Urhordenzeit der Menschen herangezogen.*«

2 Dieses Phänomen besteht unverändert bis heute: man müsste im Grunde jedes Mal nachfragen, was jemand meint, wenn er bzw. wenn sie von Hypnose spricht, ob es sich überhaupt um eine ärztliche oder psychologisch-psychotherapeutische Behandlungsform handelt, oder um ein Phantasma, für das »Hypnose« als der geeignete Platzhalter erhalten muss.

Idee, dass Fremdsuggestionen nur als Anregungen zu Autosuggestionen wirksam werden können (vgl. Revenstorf/Prudlo 1994), ist Freud nicht zugänglich, auch wenn er anerkennen kann, dass diese Form der Behandlung wichtig werden wird (*»Ich habe die Arbeit sehr ungern unternommen, nur um bei einer Sache, welche in den nächsten Jahren gewiß die Praxis der Nervenärzte beeinflussen wird, eine Hand im Spiele zu behalten.«* Vgl. Freud/Schröter a. a. O., S. 10). Er hält innerlich wahrscheinlich an einer Art von Hypnose fest, die mehr an Zaubern als an ärztliches Handeln erinnert, indem er einerseits Charcot verteidigt, aber andererseits bekanntlich andere Pfade mit mehr wissenschaftlichem Eifer verfolgt. Vielleicht muss er etwas aufgeben, was er nicht mit derselben Gründlichkeit verstehen und erklären konnte, wie er sich andere Bereiche erschließen konnte.

Bemerkenswert ist der zeitliche Zusammenhang zwischen der Aufgabe der sogenannten Verführungstheorie und der Aufgabe der Hypnose.<sup>3</sup> Die ersten Aussagen zur Aufgabe der Verführungstheorie macht Freud im September 1897 in seinem berühmten Brief 139 an Wilhelm Fließ (vgl. Freud/Schröter 1986, S. 283ff), seine ersten Aussagen zur Aufgabe der Hypnose stammen aus dem Jahr 1895, in den »Studien über Hysterie«, wo er sich deutlich von der Hypnose und dem kathartischen Vorgehen abwendet zugunsten dessen, was er ab 1896 als »Psychoanalyse« bezeichnet<sup>4</sup>. Vielleicht kann man aufgrund der zeitlichen Nähe folgende inhaltliche Hypothese wagen: In dem Maß, wie er von der tatsächlichen Verführung im Sinne eines realen sexuellen Missbrauchs in der Kindheit als Ursache für die Neurosen abrückt, in dem Maß wendet er sich auch von jener ihm damals bekannten Form der Hypnose ab, die ihm als verführend, missbräuchlich, spektakulär und paramedizinisch erschien. Er kann aufgrund seiner Forschungen und Fallstudien nicht mehr von einer realen Verführung der Tochter durch den Vater ausgehen und hat sich, mit einer gewissen Logik, etwa zu gleichen Zeit von der Methode Hypnose abgewendet, die bei nachträglicher kritischer Reflexion weitgehend als missbräuchlich, als Verführung, als Scharlatanerie gesehen werden muss. Im Wissen um die Suggestibilität seiner hysterischen Patientinnen plagte ihn vielleicht auch die Sorge, dass gerade in der Hypnose seine ausgesprochenen oder unausgesprochenen Annahmen über die Genese der Symptomatik die Ergebnisse seiner Forschungsarbeit verfälschen (vgl. Knörzer 1988).

3 Bis 1897 ist Freud davon ausgegangen, *»dass Neurosen auf (reale, Anm. des Autors) sexuelle Verführungen im Kindesalter zurückzuführen wären, weil viele seiner Patientinnen solche Erlebnisse beschrieben haben. Die Überlegungen, aus denen heraus die 1. Verführungstheorie wieder aufgegeben wurde, gründeten in der Erkenntnis, dass (sexuelle) Phantasien und Realität im Unbewussten nicht unterschieden werden (können).«* (zitiert nach List 2009, S. 29)

4 vgl. Freud, S. (1896–01, S. 440): *»On finira même par se convaincre si l'on n'est pas influencé par la conduite des malades, pourvu qu'on puisse suivre en détail le cours d'une psycho-analyse d'hystérie par référent.«* Das ist die erste Stelle, an dem der Begriff »Psychoanalyse« verwendet wird, im französischsprachigen Artikel *»L'hérédité et l'étiologie des névroses«*.

## 2.2 Hypnose ging verloren und wurde wiedergefunden

Freud hat bekanntlich vieles von der Hypnose übernommen und es mit neuen Begriffen belegt: Der Einsatz von expliziten Hypnosens mit geschlossenen Augen fällt weg zugunsten des asymmetrischen Settings mit der Couch und zugunsten der Aufforderung zur Freien Assoziation.<sup>5</sup> »Suggestion« hingegen wird zum Unwort, und etwas zu suggerieren wird quer über die verschiedenen psychoanalytischen Schulen zum technischen Fehler. Wenn Sándor Ferenczi (Ferenczi 1931, S. 281) meint, dass »die Analyse nicht Dinge in den Patienten hineinsuggerieren oder -hypnotisieren darf, heraussuggerieren oder hypnotisieren aber gestattet, ja förderlich ist«, dann steht er damals auf dünnem psychoanalytischem Eis und wird kritisiert. Vielleicht auch deswegen, weil er allzu explizit Begrifflichkeiten der Hypnose verwendet. Es entwickelt sich in der Psychoanalyse eine geradezu »allergische« Reaktion auf Hypnotisches oder Suggestives, obwohl so vieles in der psychoanalytischen Arbeit unweigerlich suggestiv und hypnotisch ist. Etwas unauffälliger und geschickter machen es einige Jahrzehnte später Psychoanalytiker/inn/en der neokleinianischen Schulen<sup>6</sup>, wo sich vieles wiederfindet, was mit hypnotherapeutischen Konzepten ohne weiteres verstanden werden kann. Es fängt mit Paula Heimann an, die das Verständnis von Gegenübertragung stark erweitert, worüber ihre Analytikerin Melanie Klein nicht erfreut war (vgl. Oswald 2016). Heimann legt damit den Grundstein für das heute weitgefaste Verständnis von Gegenübertragung (vgl. Heimann 1950) und für die Technik der Gegenübertragungstrance (vgl. z. B. Zindel 1996). Wenn Wilfred R. Bion (und andere) von der »Traumfunktion« oder der »Alphafunktion« des Analytikers sprechen, so lese ich diese Texte als eine Wiederfindung verlorengeglauhter hypnotischer Elemente auf dem Feld der Gegenübertragung. Von Bion unabhängig kann man eine Analogie herstellen zwischen dem durch Alpha-Wellen im Hirnstrombild (EEG) charakterisierten Zustand der *Rêverie*, in dem die Alpha-Funktion möglich wird, und der hypnotischen Trance.<sup>7</sup> Wenn man probeweise den Begriff »*Rêverie*« mit »Trance« gleichsetzt, so rückt das Konzept der Bion'schen Alpha-Funktion in die Nähe der vermehrt auftretenden Alpha-Wellen in der Trance, so wie wir sie in der modernen Hypnose verstehen. Als Hypothese für weitere Forschungen ließe sich formulieren, dass manche der neokleinianischen Ansätze auf etwas hinauslaufen, was man

5 »... behielt von ihr nur die Lagerung des Patienten auf einem Ruhebett bei, hinter dem ich saß, so daß ich ihn sah, aber nicht selbst gesehen wurde.«, Freud 1924, S. 53

6 Darunter versteht man einen Zweig innerhalb der Psychoanalyse. Vertreter/inn/en sind z. B. Wilfred R. Bion, Ron Britton, Betty Joseph, Herbert Rosenfeld, Hanna Segal.

7 »Die Alpha-Funktion wandelt Sinneseindrücke in Alpha-Elemente um, die den visuellen Bildern ähneln oder tatsächlich mit ihnen identisch sein mögen, mit denen wir in Träumen vertraut sind; in die Elemente nämlich, von denen Freud annimmt, dass sie ihren latenten Gehalt freigeben, wenn der Analytiker sie interpretiert hat (...).« (vgl. Bion 1962/1992, S. 53f)

letztlich auf Grundkonzepte der Hypnosepsychotherapie zurückführen kann – die Fähigkeit, eine Alpha-Funktion zur Verfügung zu stellen, kann genauso als Trance-Fähigkeit des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin verstanden werden wie die gleichschwebende Aufmerksamkeit. Auch das Konzept der »unbewussten Phantasie« (vgl. Isaacs 1948) wird als etwas verstanden, was vom analytischen Paar erzeugt wird, wie in einer gemeinsamen Trance – co-kreativ. Intuitiv lassen sich diese Konzepte gut in der Praxis miteinander verbinden (vgl. Punkt 4).

### **3 Die Aufgabe der Hypnose von der Warte der Psychoanalyse aus betrachtet**

Freuds Entwicklung des Konzepts »Freie Assoziation« und seine Konzeption des Unbewussten (in ökonomischer, dynamischer und struktureller Sichtweise) führen dazu bzw. ermöglichen es überhaupt, dass er seine Zeit und Aufmerksamkeit nunmehr »seiner« Wissenschaft der Psychoanalyse zuwendet. Ohne Freie Assoziation und ohne Unbewusstes keine Psychoanalyse. Er unterstreicht in seinen letzten Werken die Bedeutung der Hypnose als Fundament der Psychoanalyse (vgl. z. B. Freud 1924, Freud 1937, S. 74, Freud 1938), auch wenn er in seinem Leben hypnosetherapeutische Konzepte nicht mehr weiterentwickelt.

#### **3.1 Entwicklung des Konzepts »Freie Assoziation«**

Die Aufgabe der Hypnose wird üblicherweise (vgl. z. B. List 2009, S. 21, S. 26 und S. 239ff) mit der Entwicklung der Freien Assoziation begründet (vgl. Freuds eigene Begründung, in Freud 1924). Fast 2 Jahrzehnte hat dies gedauert – von den neuroanatomischen Studien der frühen 1880er Jahre bis zu den ersten expliziten Erwähnungen um 1900. Wie von Reicheneder (1988, S. 183) vorgeschlagen, kann »*die Entwicklung der freien Assoziation als Grundlage für alle originären Erkenntnisse dieser Wissenschaft gesehen werden.*« Das Konzept »Freie Assoziation« wird zwar erst in der Traumdeutung (Freud 1900, S. 385–475) so beschrieben, geht aber in ihren Ursprüngen auf Freuds histologische Untersuchungen zurück, die mit dem Aufsatz »Die Structur der Elemente des Nervensystems« aus dem Jahr 1884 (vgl. Freud 1884–05) und 1886 in einer gemeinsamen Arbeit mit Darkschewitsch (vgl. Freud 1886–02) und in der Aphasie-Studie aus 1891 (Freud 1891–01) einen ersten Höhepunkt erreichen. Auffällig ist, dass sich Freud schon früh mehr für die Physiologie als für die Anatomie interessierte und ein betontes Interesse an den Faserverbindungen zeigt, somit an den funktionellen Vorgängen im Gehirn. »*Freud erklärte später die Hysterie als das Ergebnis fehlgeleiteter Assoziationen bzw. Verbindungen, die sich durch frühe Kindheitserlebnisse gebildet hatten, und so wurde der Weg frei für eine Ätiologie der Nerven- und Geisteskrankheiten, bei der psychische und*

*nicht mehr physische Traumen in den Vordergrund traten.*« (Guenther 2012, S. 27). Wesentlich erscheint mir festzuhalten, dass Freud die Hypnose so lange noch als probates Behandlungsmittel erschien, solange die Freie Assoziation als Grundlage der Wissenschaft noch nicht vollständig entwickelt war.

Die Briefe an Wilhelm Fließ (1887–1904, vgl. Freud/Schröter 1986) sind in diesem Sinne als angewandte Freie Assoziation, als ein Selbst-Theoretisieren im Sinne von Laplanche zu verstehen (vgl. Laplanche 2011, S. 195ff). Die Briefe kommen bezeichnenderweise erst nach der Aphasie-Studie aus 1891 (vgl. Freud 1891–01) richtig in Gang, einer Studie über Sprachstörungen. Die allmählich frei werdenden Gedankengänge der Fließbriefe, die Umwege, die Ideen und ihre Verwerfungen sind angewandte Freie Assoziation, und der »Entwurf einer Psychologie« aus dem Jahr 1895 (vgl. Freud 1895) ist eine Zusammenfassung dessen, was durch die neue Methode erdacht und gefunden werden konnte. Was er in den Briefen an Fließ als Selbstanalyse vorzeigt und in kleinen Schritten über die Jahre im Rahmen seines selbstanalytischen Prozesses erlebt, begründet somit sowohl das Verfahren als Ganzes als auch in der Folge jede einzelne Behandlung. In psychoanalytischem Verständnis lässt sich diese auch nicht verkürzen – weder durch Hypnose noch durch ein anderes psychotherapeutisches oder psychologisches Verfahren.

Ich meine, dass sich Freud von der Idee einer biologischen Psychologie des »Entwurfs einer Psychologie« aus dem Jahr 1895 ebenso distanzieren musste wie von der Hypnose (so wie er sie kannte), weil er beides neurobiologisch nicht begründen konnte. Die Hypnose war für Freud gut ein Jahrzehnt eine Art Übergangstechnik, die zeitlich zwischen den neuroanatomischen Forschungen und der Entwicklung der Psychoanalyse rund um die Freie Assoziation angesiedelt ist. Auch Fließ, dem an der Biologie orientierten HNO-Arzt aus Berlin, war wohl für Freud ein solches Übergangsobjekt, das Freud braucht, bis er die Biologie zugunsten der Psychologie hinter sich lassen kann. Seine Bemühungen um eine neurologisch fundierte Psychologie und seine ärztliche Tätigkeit mit Hypnose bestehen fort, solange das Konzept vom Unbewussten noch nicht ausgereift ist.

### 3.2 Konzeption des Unbewussten

Mit der Publikation der Traumdeutung *»war nicht nur eine neurologische Begründung der Psychologie völlig verschwunden, sondern ein großer Teil dessen, was Freud im Entwurf [gemeint ist der »Entwurf einer Psychologie«, Anm.] in der Sprache des Nervensystems ausgedrückt hatte, erwies sich jetzt als gültig und weitaus verständlicher, nachdem Freud es in auf die Psyche bezogene Termini übersetzte. Nun war das Unbewusste ein für alle mal fest verankert«*<sup>8</sup>

8 zitiert nach Grubrich-Simitis aus dem Vorwort zu »Das Unbewusste«, Studienausgabe Band III, S. 123

Freud konnte letztlich das Unbewusste weder durch Hypnose noch durch seine neurobiologischen Überlegungen wissenschaftlich begründen, sondern hat es aus Alltagssituationen, Fehlleistungen, aus dem Witz, aus Banalitäten menschlicher Begegnungen etc. erschlossen (vgl. Freud 1900 und 1901) – unter bewusstem Verzicht auf hypnotische Techniken, wie im Fall Anna O. (vgl. dazu Kinzel 1993, S. 64ff). Etwas »frei assoziativ zu erschließen«, kann unter Zugrundelegung des damaligen Verständnisses von Hypnose ohne Übertreibung als dessen Gegenteil bezeichnet werden. Dieses *Erschließen des Unbewussten* wird im Verständnis der Psychoanalyse durch die Übertragung ermöglicht und, je nach psychoanalytischer Schule, durch die Analyse derselben, durch rekonstruktive (»genetische«) Deutungen, durch Arbeit am Widerstand und andere Techniken, die heute Standard von psychodynamisch orientierten Psychotherapien sind. Das »Unbewusste zu erschließen« ist damit auch der erste Schritt weg von einer Ein-Personen- zu einer Zwei-Personen-Psychologie, die die Zusammenarbeit von Arzt und Patient (und nicht Hypnose im damaligen Verständnis) braucht, um z. B. Träume zu deuten oder Fehlleistungen zu verstehen (oder Trancen zu entwickeln und nachzubesprechen). Vielleicht aus Bewunderung oder Nostalgie versucht Freud 1938 den durch posthypnotischen Auftrag auffindbaren »Beweis« für das Unbewusste<sup>9</sup> festzuschreiben bzw. zu retten, ohne wiederum zu erklären, worin für ihn der offenbar so klare kausale Zusammenhang zwischen Hypnose und Unbewusstem bestehe. Seinen eigenen Erklärungen zufolge läßt die Wirkung von Suggestion ebenfalls eher zum Rückschließen auf unbewusste Vorgänge ein als auf dessen kausalen »Nachweis«. Es fällt auf, dass Freud die Hypnose immer wieder gegen Angriffe verteidigt, vielleicht auch, weil er in ihr bis an sein Lebensende eine Technik vermutet, die hirnpfysiologische Vorgänge direkt beeinflussen kann, was erst in den

---

9 *»Endlich drittens: Man kann an hypnotisierten Personen experimentell nachweisen, dass es unbewusste psychische Akte gibt und dass die Bewusstheit keine unentbehrliche Bedingung der Aktivität ist. Wer einen solchen Versuch mitangesehen, hat von ihm einen unvergesslichen Eindruck empfangen und eine unerschütterliche Überzeugung gewonnen. Es geht ungefähr vor sich: Der Arzt betritt das Krankenzimmer im Spital, stellt seinen Regenschirm in eine Zimmerecke, ver setzt einen der Patienten in Hypnose und sagt ihm: Ich gehe jetzt fort, wenn ich wiederkomme, werden Sie mir mit aufgespanntem Schirm entgegengehen und ihn über meinen Kopf halten. Arzt und Begleiter verlassen darauf den Raum. Sobald sie wiedergekommen sind, vollzieht der jetzt wache Kranke genau das, was ihm in der Hypnose aufgetragen wurde. Der Arzt stellt ihn zur Rede: Ja was machen Sie denn da? Was hat das für einen Sinn? Der Patient ist offenbar verlegen, er stammelt etwas wie: Ich dachte nur, Herr Doktor, da es draussen regnet, würden Sie den Schirm schon im Zimmer aufspannen. – Eine offenbar unzulängliche Auskunft, im Augenblick erfunden, um sein unsinniges Benehmen irgendwie zu motivieren. Aber uns Zuschauern ist es klar, dass er sein wirkliches Motiv nicht kennt. Wir kennen es, denn wir waren zugegen, als er die Suggestion erhielt, die er jetzt befolgt hat, während er von ihrem Vorhandensein in ihm nichts weiss.« (vgl. Freud 1938, S. 145)*



kommenden 100 Jahren mit funktionellen und bildgebenden Verfahren bewiesen werden konnte.

#### **4 Freie Hypnose und hypnotische Assoziation – integrative Betrachtungen und Ausblick**

Freud hat mit der Entwicklung des Konzepts der Freien Assoziation nicht nur der Psychoanalyse ein Fundament gelegt, sondern auch der Hypnose etwas hinzugefügt, dem sich verschiedene Techniken unterordnen: Neben dem Einsatz von expliziten und direktiven hypnotischen Trancen spielen auch indirekte Suggestionen (»Sprachmuster«) und hypnotische Verfahren mit und ohne Augenschließen eine Rolle, die das frei-assoziative (Nach-)Denken und Sprechen fördern (»hypnotische Assoziation«). Die heutigen Formen von Hypnose, wie sie in der Hypnosepsychotherapie gelehrt und praktiziert werden, könnte man auch als »Freie Hypnose« bezeichnen: Trancen werden aus dem therapeutischen Gespräch mit dem Patienten bzw. mit der Patientin co-kreativ entwickelt, Abwehr und Widerstand können ebenso genutzt werden wie das Übertragungsgeschehen (vgl. Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie, 2009, Band 4 mit dem Schwerpunkt »Hypnose und Psychodynamik«).

Die Verknüpfung von psychodynamischen und hypnotherapeutischen Konzepten im Rahmen der Methode Hypnosepsychotherapie eröffnet ein integratives Verständnis, das eine Verschränkung von Theorie und Behandlungstechnik erlaubt und erfordert. Es sollte nicht nur (eher in der Privatheit der Ausbildungsvereine gehaltenen) Ausbildungsgruppen und Supervisionen vorbehalten sein, diese Verschränkung aufzuzeigen, z. B. wie sich Abwehr und Widerstand in Trancen zeigen, wie sich die Technik der Gegenübertragungstrance mit dem Konzept von projektiver Identifizierung vereinen lässt etc. Es braucht auch die wissenschaftliche und damit öffentliche Auseinandersetzung darüber, was wir in unserer Methode als »integrativ« und »verschränkt« verstehen, um die Verschränkung von Psychodynamik und Hypnose weiterzuentwickeln. Freud musste bald erleben, dass ihn ein allzu techniklastiges Verstehen der Psyche (Anatomie, Physiologie, kausales Denken) in eine Sackgasse geführt hat. Unsere Zeitschrift »Imagination« bietet für die wissenschaftliche Darstellung dieser Integration bzw. Verschränkung grundsätzlich eine sehr gut geeignete Plattform. Die aktuellen Publikationen im Bereich psychotherapeutischer Anwendungen von Hypnose sind als eher »techniklastig« zu beschreiben<sup>10</sup> bzw. haben selten<sup>11</sup> tiefenpsychologisch-psychodynamisch fundierte Konzepte im Blick. Häufig wird die Hypnose mit allgemeinen psychologischen

---

10 z. B. störungsspezifische Darstellung hypnopsychotherapeutischer Behandlungsstrategien

11 Es sei auf die Publikationen von Harrer, Kanitschar, Köpke, Ladenbauer, Mende, Scheuchel, Wallnöfer, Zindel u. a. in der »Imagination« hingewiesen, ebenso auf den Sammelband der

Konzepten oder mit neurobiologischen Erkenntnissen verknüpft.<sup>12</sup> Sell/Taubner/Möller (2017) weisen darauf hin, dass bei der Studie zur Effektivitätsmessung der Hypnosepsychotherapie<sup>13</sup> zwischen der Verwendung von »psychodynamic technique« und »outcome« kein signifikanter statistischer Zusammenhang festgestellt werden konnte (vgl. auch Sell/Schöpfer-Mader/Brömmel 2017). Man kann dies auch als einen Hinweis und Auftrag verstehen, diese Verbindung wissenschaftlich genauer zu untersuchen, zu beschreiben bzw. zu publizieren und für die Ausbildung nutzbar zu machen. Haben Sie Lust bekommen, die Auseinandersetzung über die Verbindung von psychoanalytisch-psychodynamischer Theorie und hypnotherapeutischer Technik auch auf wissenschaftlichem Feld zu führen – hier oder in einem anderen Medium?

## Literatur

- Ferenczi, S. (1931): Kinderanalysen mit Erwachsenen. In: Sándor Ferenczi: Schriften zur Psychoanalyse, Band 2. Gießen: Psychosozial: 274–289
- Fichtner, G., Hirschmüller, A. (1988): Sigmund Freud, Heinrich Obersteiner und die Diskussionen über Hypnose und Kokain. *Jahrb. Psychoanal.* 23: S.105–137
- Freud, S. (1884–05): Die Structur der Elemente des Nervensystems. In: Sigmund Freud Gesamtausgabe, Band 1 1877–1885. Gießen: Psychosozial: 255–268
- Freud, S. (1886–02): Ueber die Beziehung des Strickkörpers zum Hinterstrang und Hinterstrangkern nebst Bemerkungen über zwei Felder der Oblongata. In: Sigmund Freud, Gesamtausgabe, Band 2 1886–1890. Gießen: Psychosozial: 29–42
- Freud, S. (1886–05): Vorwort zu Charcot: Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems insbesondere über Hysterie. In: Sigmund Freud Gesamtausgabe, Band 2 1886–1890. Gießen: Psychosozial: 77–80
- Freud, S. (1888–27): Rezension von Obersteiner: Der Hypnotismus mit besonderer Berücksichtigung seiner klinischen und forensischen Bedeutung. In: Sigmund Freud Gesamtausgabe, Band 2 1886–1890. Gießen: Psychosozial: 313–315
- Freud, S. (1888–29): Vorrede und Nachwort des Uebersetzers zu Bernheim: Die Suggestion und ihre Heilwirkung. In: Sigmund Freud Gesamtausgabe, Band 2 1886–1890. Gießen: Psychosozial: 319–331

---

»Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie« aus dem Jahr 2009 («Hypnose und Psychodynamik») und dort weitere Arbeiten von Kanitschar, Mende, Zindel u. a.

- 12 vgl. die Ausgaben von 2013–2017 von »DGH-Suggestion«, »CH-Hypnose« und »Zeitschrift für Hypnose und Hypnotherapie«: Ausnahmen sind die Publikationen von Mende (2016) und Zanotta (2013), die Hypnose/Hypnotherapie mit psychodynamischen Konzepten verbinden.
- 13 Eine ÖGATAP-weit durchgeführte Studie zur Effektivität von KIP, ATP und HY, durchgeführt zwischen 2012 und 2015, vgl. Sell/Taubner/Möller 2017

- Freud, S. (1889–01): Rezension von Forel: Der Hypnotismus, seine Bedeutung und seine Handhabung. in: Sigmund Freud Gesamtausgabe, Band 2 1886–1890. Gießen: Psychosozial: S. 333–343
- Freud, S. (1891–01): Zur Auffassung der Aphasien. In: Sigmund Freud Gesamtausgabe, Band 3. Gießen: Psychosozial: 13–106
- Freud, S. (1891–04): Hypnose. In: Sigmund Freud Gesamtausgabe, Band 3 1891. Gießen: Psychosozial: 377–388
- Freud, S. (1895): [I. Teil] Allgemeiner Plan. (»Entwurf einer Psychologie«). In: Gesammelte Werke: Texte aus den Jahren 1885 bis 1938. Frankfurt: Fischer: 387–477
- Freud, S. (1895–10): Studien über Hysterie. In: Sigmund Freud Gesamtausgabe, Band 5 1895–1896. Gießen: Psychosozial: 131–410
- Freud, S. (1896–01): L'hérédité et l'étiologie des névroses. In: Sigmund Freud Gesamtausgabe, Band 5 1895–1896. Gießen: Psychosozial: 433–445
- Schröter, M. (Hrsg.)(1986): Briefe an Wilhelm Fließ, Frankfurt: Fischer
- Freud, S. (1900–01): Traumdeutung. In: Sigmund Freud Gesamtausgabe, Band 7 1900. Gießen: Psychosozial: 11–480
- Freud, S. (1901): Psychopathologie des Alltagslebens, Gesammelte Werke Band 4. Frankfurt/M.: Fischer
- Freud, S. (1905). Psychische Behandlung (Seelenbehandlung). Gesammelte Werke 5. Frankfurt/M.: Fischer: 289–315
- Freud, S. (1924): Selbstdarstellung, Gesammelte Werke Band 7. Frankfurt/M.: Fischer
- Freud, S. (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. Gesammelte Werke Band 16. Frankfurt/M.: Fischer: 59–99
- Freud, S. (1938). Some Elementary Lessons in Psycho-Analysis. Gesammelte Werke Band 17. Frankfurt/M.: Fischer: 141–147
- Guenther, K. (2012): Freuds »Kritische Einleitung in die Nervenpathologie«. Kontext und Bedeutung. *Luzifer-Amor Z Gesch Psychoanal* 25 (49): 7–32
- Heimann, P. (1950): On countertransference. *Int J of Psychoanal Bd.31*: 81–84
- Isaacs, S. (1948): Wesen und Funktion der Phantasie. *Psyche Z Psychoanal* 6 (2016): 532–582
- Kinzel, C. (1993): Psychoanalyse und Hypnose. Auf dem Weg zur Integration. München: Quintessenz
- Knörzer, W. (1988): Einige Anmerkungen zu Freuds Aufgabe der Verführungstheorie. *Psyche Z Psychoanal* 42(2): 97–131
- Laplanche, J. (2011): Neue Grundlagen für die Psychoanalyse. Die Urverführung. Gießen: Psychosozial
- List, E. (2009): Psychoanalyse. Geschichte, Theorien, Anwendungen. Wien: Facultas
- Revenstorf, D., Prudlo, U. (1994): Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach M. H. Erickson. *Hypnose und Kognition*, 11 (1 und 2): 190–224
- Mende, M. (2016): Die strukturellen Dimensionen der Hypnotherapie. *DGH-Suggestionen (Zeitschrift d. Dt. Ges. f. Hypnose und Hypnotherapie)*: 6–10
- Reicheneder, J. G. (1988): Zur Entwicklung des Begriffs der »Assoziation« bei Freud bis in das Jahr 1895. *Jahrb Psychoanal* 23: 181–209
- Rios, J. J. (2013): Psychoanalytische Hypnose Therapie (PHT). Über die Verbindung von Hypnose und Psychoanalyse, sowie die Frage der Wirkung der hypnotischen Technik als Beschleunigung spezifischer Prozessaspekte in der psychoanalytischen Übertragung und Erinnerungsrbeit. Dissertation an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien.

- Sell, C., Möller, H., Taubner, S. (2017, February 20): Effectiveness of Integrative Imagery- and Trance-Based Psychodynamic Therapies: Guided Imagery Psychotherapy and Hypnopsychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. Advance online publication. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/int0000073>
- Sell, C., Schöpfer-Mader, E., Brömmel, B. (2017, abgerufen am 21.10.2017): Behandlungstechnik in Katathym Imaginativer Psychotherapie, Hypnosepsychotherapie und Autogener Psychotherapie: Die Therapeutenversion der »Prozessskala für imaginations- und trancebasierte tiefenpsychologische Methoden« (PITT). *Psychotherapie-Forum/Online*, <https://doi.org/10.1007/s00729-017-0102-2>
- Skues, R. (2017): Wer war die »Heldin« in Freuds »Ein Fall von hypnotischer Heilung«? In: *Luzifer-Amor J Gesch Psychoanal* 30 (60): 110–126
- Tögel, C. (2017): »Elisabeth von R.« – Geburtshelferin der Freien Assoziation. Neues zu Familie und Leben von Helene Weiss, verh. Gross. *Luzifer-Amor Z Gesch Psychoanal* 30 (60): 175–181
- Zanotta, S. (2013): Ego-State-Therapie. *CH-Hypnose Vol. XXIII, No. 2/2013*
- Zindel, J. P. (1996): Eine hypnoanalytische Methode zur aktiven Introjektion des Therapeuten bei tief gestörten Patienten. *Imagination* 4: 29–47

### **Zusammenfassung:**

Der Autor zeichnet den aus psychotherapiehistorischer Sicht zwingenden Übergang von den hypnotischen Techniken hin zur Psychoanalyse nach, und zwar aus der Sicht der Hypnose und aus der Sicht der Geschichte der Psychoanalyses. Das von Freud neu entdeckte Verfahren (Psychoanalyse) unterscheidet sich inhaltlich und behandlungstechnisch grundlegend von dem vorher angewandten Verfahren (Hypnose). Es besteht nach wie vor eine Forschungslücke in der wissenschaftlichen Darstellung der Verschränkung von Psychodynamik und Hypnose, wiewohl grundlegende Arbeiten dazu vorliegen.

### **Schlüsselwörter:**

Hypnose – Psychodynamik – Psychotherapiesgeschichte

### **Autor:**

Mag. Wolfgang Oswald  
Psychotherapeut (HY, PA, PP), Lehrtherapeut (HY)  
In freier Praxis  
Alser Straße 13/6, 1080 Wien

## Rezension

**Harald Ullmann:**

**Einführung in die Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)**

2017, Carl-Auer-Verlag, 14,95 €

Dieses Buch nimmt einen sofort gefangen. Man verfolgt mit Lust, was der Autor einem zu erzählen hat, lässt sich mitnehmen von einem sehr erfahrenen Therapeuten, Theoretiker und Didaktiker, der souverän seinen Stoff beherrscht. Harald Ullmann stellt die KIP mit ihren besonderen Möglichkeiten überzeugend dar und verortet sie in der theoretischen Landschaft der Psychotherapie. Das Buch ist lebendig und anschaulich geschrieben, mit überzeugenden kleinen Fallvignetten, an denen die Weiterentwicklung der Patienten sichtbar wird, und eingestreuten theoretischen Überlegungen und Begriffsklärungen, die ein Nachdenken des Lesers anstoßen.

Harald Ullmann ist psychosomatisch ausgebildeter Internist, Neurologe und Psychiater, Psychoanalytiker, Familientherapeut, Hypnotherapeut und KIP-Therapeut, er hat in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in leitender Position gearbeitet, und dieser ganze Erfahrungsschatz ist in das Buch eingegangen.

Das Buch beginnt vorsichtig das Thema umkreisend mit einem Kapitel: »Erste Einblicke«. Hier geht es um die Universalität von Imaginationen, ihre affektive und symbolische Aufladung und ihre gemeinsame Gestaltung im Dialog von Patient und Therapeut. Alles wird sehr konkret dargestellt und die Wirksamkeit der Imaginationen zeigt sich quasi nebenbei, wenn etwa eine Patientin ihrer imaginierten Blume, die sie sich in einer Vase ohne Wasser vorgestellt hat, beim Malen zu Hause Wasser gibt und damit verstanden hat, was ihr selbst zur Zeit fehlt und was sie selbst tun kann, damit es ihr besser geht. Es wird ferner gestreift, wie man für unterschiedliche Patienten jeweils passende Angebote formulieren kann, indem man etwa einer depressiven Patientin nicht einfach vorschlägt, sich eine Blume vorzustellen, sondern eine Blume, die alles hat, was sie braucht, und damit eine Zielvorstellung ins Bild holt, die eine neue Fokussierung einleiten kann.

Das zweite Kapitel: »Verlaufsstruktur der Psychotherapie mit dem Tagtraum« enthält eine komprimierte Übersicht über das Vorgehen in der KIP, beginnend mit der Entwicklung von Ideen für Motivvorgaben und mit einer Instruktion für die Einleitung der Imagination. Dann wird auf Möglichkeiten des Begleitens und der Beendigung des Tagtraums und auf dessen Nachschwingphase eingegangen, auf die nachfolgende Instruktion für das Malen und Nacherzählen zu Hause, auf die

häusliche Weiterbearbeitung und die anschließende gemeinsame Beschäftigung mit dem Ergebnis, angereichert um Symbolverständnis, Metaphern und Ideen.

Es ist in diesem Kapitel vieles explizit und präzise formuliert, was sonst eher implizit und intuitiv gehandhabt wird, insofern enthält der Text sowohl einen guten Überblick über das technische Repertoire der KIP für Leser, denen die KIP fremd ist, als auch Stoff zum Nachdenken für erfahrene KIP-Therapeuten. Die therapeutische Haltung in den verschiedenen Phasen der Therapie mit Raum geben, wachem Begleiten, Trösten und Ermutigen, Zulassen, Anregen, Würdigen und ständigem Ausbalancieren von planvoller Systematik und flexiblem Eingehen auf die jeweilige Situation wird gut nachvollziehbar.

Anhand einer ausführlichen Fallgeschichte wird dann das therapeutische Vorgehen im Einzelnen dargestellt, wobei wiederum viele Dinge explizit gemacht werden, die sonst nicht so klar formuliert sind: welche diagnostischen Anhaltspunkte sich aus den Imaginationen ergeben, was man zu welchem Zeitpunkt besser nicht sagt, welche Fragen man an ein gemaltes Bild stellen kann, wann Ressourcenförderung notwendig ist und wann Konfliktarbeit, wie der Patient die Konfrontation mit einem ängstigenden Symbol bewältigen kann, wie man regressive Prozesse begleitet und wie man mit dem Patienten zusammen neue Narrative entwirft, die sich als Interpretation seiner Geschichte genauso gut eignen wie die alten, aber für sein Selbstwertgefühl besser sind. Das kreative Selbstheilungspotential von Imaginationen wird anhand dieser Fallgeschichte sehr eindrücklich deutlich.

Im folgenden Kapitel »Grundelemente der Katathym Imaginativen Psychotherapie« werden wichtige Wirkelemente der KIP genauer betrachtet, Imaginationen, Affekte, therapeutische Beziehung und Symbole inklusive Metaphern und Geschichten. Es geht um neuen Input und Konsolidierungen in verschiedenen Gedächtnissystemen, um Begriffsklärungen (Affekt, Emotion, Gefühl) und Mentalisierungsfähigkeit.

Das Kapitel zur Behandlungstheorie beginnt mit allgemeinen Überlegungen zu Theorien und den Grenzen ihrer Nützlichkeit. Entsprechend empfiehlt der Autor dann das Jonglieren mit mehreren Theorie-Bällen, um eine gute integrative Praxis auf der Basis von Kognitions- und Neurowissenschaften zu entwickeln. Gemäß seiner eigenen Ausbildung diskutiert er die unterschiedlichen Gesichtspunkte, die von der Psychoanalyse, Systemtherapie und Hypnotherapie beigesteuert werden können und arbeitet in Anlehnung an Fürstenau zentrale Aufgaben des Therapeuten heraus:

- dem Patienten als verstehender, potentiell hilfreicher Partner begegnen,
- symptom- und problemrelevante Beziehungsmuster herausarbeiten und ihre adaptive Funktion zur Zeit ihrer Entstehung würdigen,
- den Patienten auf eine ihm eigene Lösung seiner Probleme hinlenken durch Distanzierung von problemschaffenden Überzeugungen und Mobilisierung von Lösungsressourcen und Zielfantasien.

Dann erläutert Harald Ullmann die spezifische Fokussierung einzelner Theorien anhand ausgewählter zentrale Begriffe, die in verschiedenen therapeutischen Schulen ganz unterschiedlich akzentuiert werden, z. B. der Begriff des Unbewussten bei Freud, bei Jung und in der Hypnotherapie, das Agieren als Widerstand oder als Probehandeln, der unterschiedliche Umgang mit Regression und Progression, die Arbeit an Konflikten und die Identifikation mutativer Momente, in denen neue Erfahrungen in der Therapie möglich werden. – Wiederum gibt es mehrere sehr instruktive, veranschaulichende Fallgeschichten, so dass auch ein therapeutischer Anfänger diesem Buch, das Fortgeschrittenen eine sehr subtile Analyse therapeutischer Prozesse bietet, gut folgen kann.

Im letzten Teil werden das »therapeutische System der KIP« mit Basisebene und Erweiterungsebene sowie seine didaktische Vermittlung in Grund- und Aufbaustufe genauer dargestellt.

In diesem Buch werden die spezifischen therapeutischen Möglichkeiten der KIP von allen Seiten beleuchtet: zum einen das diagnostische und therapeutische Potenzial der Bilder, zum anderen die Vorgehensweisen bei Fokussierung und Begleitung mit den zugehörigen Hintergrundannahmen. Die vielschichtigen handlungsleitenden Überlegungen werden in ihrer Komplexität gut verstehbar. Insofern kann man das Buch allen Interessenten, Anfängern und Fortgeschrittenen uneingeschränkt empfehlen. Es ist gut strukturiert und gut didaktisch aufbereitet, ein Ergebnis gründlicher Reifung und Integration.

*Leonore Kottje-Birnbacher, Düsseldorf*



Institut für Katathymes Bilderleben  
Arbeitsgemeinschaft für Katathymes Bilderleben und  
imaginative Verfahren in der Psychotherapie (AGKB) e. V.  

---

Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)

**Einladung zum 14. internationalen Kongress  
für Katathymes Bilderleben und Imagination in der Psychotherapie  
7.–10. Juni 2018 in Köln**

**Erweiterung des Möglichkeitsraumes –  
Von Blume, Wildschwein und anderem**

**Donnerstag, 7. Juni 2018**

mittags            Gelegenheit zum Besuch des Lunchkonzertes in der Philharmonie,  
nachmittags      Stadtrundgang mit Führung oder Besuch eines Museums  
16.00–18.00      Tagungsbüro ist geöffnet für die Anmeldung  
ab 18.30            Get together, Kölsch- und Sektempfang

**Freitag, 8. Juni 2018**

09.00              Plenum: Begrüßung und Einführung in das Tagungsthema  
09.30–10.30      Hauptvortrag: Prof. Dr. Ulrich Sachsse (Göttingen)  
10.30–11.30      Hauptvortrag: Prof. Dr. Svenja Taubner (Heidelberg)  
12.00–13.00      Hauptvortrag: Dipl. Psych. Götz Biel (Eutin)  
13.00–15.30      Mittagspause: Essen im Hotel oder in der Nachbarschaft  
15.30–17.00      Workshops und Kurzvorträge  
17.30–19.00      Workshops und Kurzvorträge  
ab 20.30            Filmvorführung mit Einführung und Diskussion

**Samstag, 9. Juni 2018**

09.00–10.00      Hauptvortrag: Dr. Annegret Boll-Klatt (Hamburg)  
10.00–11.00      Hauptvortrag: Dipl. Psych. Beate Steiner (Darmstadt)  
11.30–13.00      Workshops und Kurzvorträge  
13.00–15.30      Mittagspause  
15.30–17.00      Workshops und Kurzvorträge  
20.00                Festabend: Gemeinsames Abendessen, anschließend Musik u. Tanz

**Sonntag, 10. Juni 2018**

09.00–10.00      Hauptvortrag: Dr. Franz Wienand (Böblingen)  
10.30–11.30      Hauptvortrag: Dr. Harald Ullmann (Karlsruhe)  
11.30                Schlussworte und Abschied

**Tagungsort:** Lindner Hotel City Plaza, Magnusstr. 20, 50672 Köln

**Herzlich Willkommen!**

**Ihr Kongresskomitee:** Leonore Kottje-Birnbacher, Petra Kreuzberger, Kornelia Gees,  
Georg Rasch, Christoph Smolenski, Marcus Wimmer



## Register 1991–2017

- Josef Christian Aigner: **Postmoderne Sexualitäten – Entwicklungen und Verwicklungen** 1/08
- Susanne Altweger: **Gott schläft im Stein** 1–2/12
- Susanne Altweger: »Die Person in der Person«. Das Innere Team nach Schulz von Thun in Kombination mit katathymen Bildern in Beratungsprozessen 2–3/15
- Brigitte Arlt-Schöpfli, Norbert Arlt: **Archetypen der griechischen Mythologie in einer KIP-Therapie** 2/02
- Ulrich Bahrke: **Imaginationen in der Psychoanalyse – erläutert an einem Behandlungsfall einer narziß-tischen Persönlichkeitsstörung** 3/97
- Ulrich Bahrke: **Zum Begriff der Regression im Kontext Katathym Imaginativer Psychotherapie** 3/03
- Ulrich Bahrke: **Zur Förderung der Symbolisierungsfähigkeit im Behandlungsspektrum der Katathym Imaginativen Psychotherapie** 1/05
- Ulrich Bahrke, Karin Nohr: **Katathym Imaginative Psychotherapie: Eine Positionsbestimmung** 2/05
- Ulrich Bahrke, Karin Nohr: **Katathym Imaginative Psychotherapie: Eine Positionsbestimmung** 4/05
- Ulrich Bahrke: **Übertragungskonzeptionen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie** 3/10
- Ulrich Bahrke: **Migration – ein kultureller Prozess zwischen Chance und Risiko** 1/15
- Eva Bänninger-Huber, Brigitte Fiala-Baumann: **Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen. Teil 1 der Studienergebnisse – Daten zum Zeitpunkt des Studienbeginns** 4/16
- Till Bastian: **Ich und Er: Selbstreflexion zur männlichen Sexualentwicklung** 1/94
- Waltraut Bauer-Neustädter: **Der Weg zum Gefühl der Bewegung – Annikas Unendliche Geschichte** 2/03
- Waltraut Bauer-Neustädter, Susanne Drewes: **Spiegelneurone, Spiegel-Eier und das Zwillingdrama ...** 1–2/12
- Waltraut Bauer-Neustädter, Susanne Drewes: **Verloren im »Land der unbegrenzten Möglichkeiten« – Orientierungslosigkeit bei Spätadoleszenten** 2–3/15
- Gaetano Benedetti, Maurizio Peciccia: **Selbstbild, Therapeutisches Spiegelbild, Selbstobjekt und Über-gangsobjekt im Traum und in der Imagination** 3/00
- Danielle Bazzi: **Transformationen im analytischen Feld: Von Bewegungen zwischen Fremdem, Angst, Spielerischem und Eigenem** 2/17
- Nicole Berger-Becker: **Woher komme ich? Wer bin Ich? Die Schatten der Vergangenheit und ihre Verarbeitung in der Imagination** 2/14
- Konrad Bernard: **Die gelenkte Alterprogression – ein Regieprinzip in der KB-Therapie bei Kindern und Jugendlichen** 4/93
- Stefan Bienenstein: **Fehlerkultur in der Psychotherapie** 1/10
- Dieter Birnbacher, Leonore Kottje-Birnbacher: **Ethische Probleme in der Ausbildung von Psychotherapeuten** 2/98
- Brigitte Bischof: **Autogene Psychotherapie** 2/04
- Brigitte Bischof: **Ziele Autogenen Trainings. Grundstufe der ATP** 2/06
- Brigitte Bischof: **»Wenn Loslassen zum freien Fall wird« – Risiken, Nebenwirkungen und Schäden aus Sicht der Autogenen Psychotherapie (ATP)** 3/17
- Josef Bittner: **Hingabe, Aufgabe, Abgabe – Metamorphosen von Gesundheit** 4/92
- Josef Bittner: **Zum Procedere des Therapeutenkolloquiums** 1/95
- Josef Bittner: **Zur Tiefe der Tiefenpsychologie** 3/95
- Josef Bittner: **Lust an der Herrschaft? Aspekte der Interaktion zwischen Klient, Therapeut und Symptom** 3/97
- Josef Bittner: **Anpassung Macht krank.** 1/00
- Josef Bittner: **KIP und Kino – Zur Dynamik unbewusster Prozesse** 2/02

- Josef Bittner: Alles Spiegel – Mediale Berichte zu den Spiegelneuronen im Sommer/Herbst 2013 3/13
- Hedda Bittner-Weise, Hans Lauber: »Die gute Stunde, die erfolgreiche Behandlung« – Ein schulübergreifendes Interventionsmodell am Ambulatorium f. P.Th. d. Wf. GKK 3/04
- Ulrike Blom: Die interkulturelle Begegnung in der Psychotherapie 2/00
- Matthias Boesch: Du-Furcht und Begehren – Inter-subjektivität in der psychotherapeutischen Beziehung 4/00
- Matthias Boesch: Die Liebe in der Psychotherapie 3/07
- Angelika Bolz: Vom »Sternenwanderer« zum »Piratenkapitän«. Veränderungsmöglichkeiten eines 10-jährigen Bubens mit einer reaktiven Entwicklungshemmung und daraus folgenden Schulschwierigkeiten 4/14
- Kathrin Angelika Bolz: »... Nachts ist die Kuh manchmal ein Stier« 1/16
- Clara Bretschneider: Orientierung im Grenzland 4/13
- Bernhard Brömmel: Sterbebegleitung einer stationären Karzinompatientin im Schnittpunkt unterschiedlicher Erwartungen 1/98
- Bernhard Brömmel: »Ich find's eh nett, wie Sie sich bemühen!« – Zum Umgang mit Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen 2/02
- Bernhard Brömmel: Wir brauchen Psychotherapie im Krankenhaus! Über Möglichkeiten und Grenzen der Kooperation zwischen Psychotherapie und Medizin 3/04
- Bernhard Brömmel: Die Übertragung in der KIP und in der TFP. Oder: braucht die KIP die TFP? 4/05
- Bernhard Brömmel: »Was mir fehlt, ist nur ein bisschen Mut. Ich habe Angst, dass das Wasser eiskalt ist!« – Die Frau auf der Brücke. Über aggressives und destruktives Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, dargestellt in einem Spielfilm 3/09
- Bernhard Brömmel: König Blaubarts Schloss und andere geheimnisvolle Häuser – Über Störungen der Identität 2–3/15
- Bernhard Brömmel: Die Grenzen der Behandelbarkeit. Todestrieb – maligner Narzissmus – Neid 1/17
- Elisabeth Brunner-Karré: Gespräch und therapeutische Beziehung in der KIP 1/99
- Elisabeth Brunner-Karré: »Heute setz' ich mich in Ihren Stuhl!« Von der therapeutischen Szene über die Beziehungsanalyse zur Mentalisierung 2/08
- Elisabeth Brunner-Karré: Der kreative Impuls als therapeutisches Agens 2–3/15
- Barbara Burian-Langegger: Stieffamilie 1/15
- Barbara Burian-Langegger: Virtuelle Spielräume 2–3/15
- Michael B. Buchholz: Worte hören, Bilder sehen – Seelische Bewegung und ihre Metaphern 1–2/12
- Monika Bürgi-Kraus: Multikultur und Imagination – Sprachliche und sozio-kulturelle Determinationen in der KIP 2/02
- Monika Bürgi-Kraus: »Das bessere Leben ist anderswo« – Auswirkungen von Migrations-Traumata auf die Identität und die Fähigkeit zur Symbolisierung und Mentalisierung 2–3/15
- Wilhelm Burian: Vom Trieb zur Interaktion 1/01
- Wilhelm Burian: Das Mödlinger Modell (Wie wirkt psychoanalytische Behandlung in der stationären Behandlung der Drogenabhängigkeit?) 3/04
- Barbara Burian-Langegger: Adoleszenz 2/99
- Barbara Burian-Langegger: Trauma und inneres Objekt 3–4/02
- Barbara Burian-Langegger: Kinder zwischen den Institutionen – Die Arbeitsweise der Child Guidance Clinic, Wien 3/04
- Barbara Burian-Langegger: Aggression und Trennungsangst – Krisen in der Adoleszenz 3/05
- Barbara Burian-Langegger: Brüche in Biografien. Die transgenerationale Weitergabe von Kriegsfolgen, Migration und Gewalt 3/12
- Renate Chiba: Persönlichkeitsentwicklung und Gemeinschaftsförderung in der Tagtraumtherapie 1/97
- Renate Chiba: Ethische Fragen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 2/99
- Peter Conzen: Fanatismus. Eine unheimliche Persönlichkeitsveränderung – Versuch einer tiefenpsychologischen Annäherung 2/16
- Kristina Cordes-Leyendecker: Der Pilger auf seiner Reise zu sich Selbst – Überlegungen zu einem Tagtraum-Motiv in der Schlussphase der Therapie mit der Kathathym Imaginativen Methode 4/04

- Suzanne Claire Cottier: Was hat ein Eisbär in der Supervision verloren? Szenisches Verstehen mit Hilfe von Katathymen Imaginationen, Objekten und gestalterischen Mitteln in der Fallsupervision 2/01
- Suzanne Claire Cottier: Coaching: Führungsprozesse imaginativ begleiten 3/08
- Margret Flores d'Arcais-Strothmann, Harald Ullmann: Der Tagtraum unter der Lupe 1/02
- Elfrun Delanoy: Facetten der Depressivität und die hilfreiche Beziehung 4/12
- Heide Dellisch: Sexueller Mißbrauch und Inzest 3/93
- Heide Dellisch: Altern – Verlust und Gewinn 1/05
- Heide Dellisch: Symbole in der bildenden Kunst und ihre Bedeutung in der Psychotherapie (KIP) 1/07
- Michael Jay Diamond: Die interaktionelle Basis der hypnotischen Erfahrung – Über die Beziehungsdimension der Hypnose 2/93
- Jadranka Dieter: Bindungsforschung und ihre Bedeutung für die Katathym Imaginative Psychotherapie 2/99
- Jadranka Dieter: Symbolbildung und ihre Bedeutung für die Psychotherapie 1/00
- Jadranka Dieter: Stufen der Triangulierung – Die Bedeutung der Dyade und der Triade in Entwicklung und Psychotherapie 4/04
- Jadranka Dieter: Neue Entwicklungen der Bindungsforschung. Was leistet die Bindungstheorie für die Psychotherapie? 3/06
- Jadranka Dieter: Zu dritt im imaginären Raum – Ein intersubjektives Modell für die KIP 3/07
- Jadranka Dieter: Ich bin Ich und wer bist Du? – Begegnung und Anerkennung in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 1/09
- Jadranka Dieter: Altersregression in der KIP. Neubetrachtung und Neubewertung eines bekannten Phänomens 1–2/12
- Jadranka Dieter: Ist jede Imagination hilfreich? – Von der Objektverwendung zur Verwendung der Imagination 2–3/15
- Jadranka Dieter: Found In Translation – Psychische Transformationsprozesse in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 2/17
- Wilfried Dieter: Katathym Imaginative Psychotherapie bei depressiven Störungen 4/93
- Wilfried Dieter: Das innere Bild von Mann und Frau – Geschlechtsspezifische Gegenübertragung in der Imagination 3/95
- Wilfried Dieter: Lernen durch Erfahrung mit Hilfe von Symbolen 3/96
- Wilfried Dieter: Symbole in Therapie und Kunst – Die Symbolbildung auf der paranoid-schizoiden und auf der depressiven Position 3/97
- Wilfried Dieter: Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Träumen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten 3/98
- Wilfried Dieter: Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Imaginationen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten 3/99
- Wilfried Dieter: Die Bedeutung der Selbstpsychologie für die KIP-Behandlungstechnik – Zur Renaissance der Ideen von Heinz Kohut 4/00
- Wilfried Dieter: Die Katathym Imaginative Psychotherapie – eine tiefenpsychologische Behandlungsmethode 3/01
- Wilfried Dieter: Wir brauchen die Kunst, um das Leben zu ertragen 2/02
- Wilfried Dieter: Katathym Imaginative Psychotherapie bei Angstneurosen 4/03
- Wilfried Dieter: Störungsspezifische KIP-Therapie der Depression 2/04
- Wilfried Dieter: Explizite und implizite KIP-Behandlungstechnik 1/06
- Wilfried Dieter: Lebendigkeit oder Erschießungskommando – Das analytische Dritte, die projektive Identifikation und die Kunst der KIP 4/07
- Wilfried Dieter: Bruchstücke einer Vater-Erinnerung – Hanscarl Leuner zum 90. Geburtstag 4/08
- Wilfried Dieter: In meinem All bist du mein fixer Stern – Rooms and Spaces als Schlüsselbegriffe in der Theorie Winnicotts und der KIP 3/09
- Wilfried Dieter: Übertragung und Gegenübertragung sind Saiten eines Instruments – Interview und Laudatio zum 80. Geburtstag von Professor Dr. Edgar Hättich 3/09
- Wilfried Dieter: Katathym Imaginative Psychotherapie bei narzisstischen Störungen. Teil 1: Grundlagen 4/11
- Wilfried Dieter: »Wer weiß denn, dass ich im Welt-raum bin?«. Die Bedeutung einer »impliziten« Behandlungstechnik für die KIP bei schwersten und frühesten Störungen der Symbolisierung« 1–2/12

- Wilfried Dieter: **Katathym Imaginative Psychotherapie bei narzisstischen Störungen. Teil 2: Anwendungen** 1/13
- Wilfried Dieter: **Die wichtigsten Therapiekonzepte von Donald W. Winnicott und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der KIP** 2/13
- Wilfried Dieter: **Katathym Imaginative Psychotherapie bei Zwangsneurosen** 1/14
- Wilfried Dieter: **Phantasie und Imagination – Ein Beitrag zu einer Theorie der Imagination** 1/15
- Wilfried Dieter: **Phantasie, Imagination und Übertragung** 2–3/15
- Fritz Döcker, Petra Klampff: **Integrative Behandlung von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Rahmen einer stationären Krisentherapie auf einer sozialpsychiatrischen Aufnahmeabteilung – Teamintervention und Einzeltherapie** 3/04
- Angelika Drews: **Von der Verleugnung zur Verneinung** 1/96
- Susanne Drewes, Waltraut Bauer-Neustädter: **Spiegelneurone, Spiegel-Eier und das Zwillingdrama ...** 1–2/12
- Susanne Drewes, Waltraut Bauer-Neustädter: **Verloren im »Land der unbegrenzten Möglichkeiten« – Orientierungslosigkeit bei Spätadoleszenten** 2–3/15
- Traude Ebermann: **AUTOSTOP – Fahren Sie mit? Fahren Sie mit!** 1/99
- Traude Ebermann: **Jahrhundert der Frauen – Ja, hunderte Frauen!** 1/01
- Traude Ebermann: **Auf der Suche nach der weiblichen Sexualität auch in der KIP** 2/02
- Traude Ebermann: **Symbolisierung von Aggression, Niki de Saint Phalle – und das (R-)evolutionäre des Motivs »Amazone«** 1–2/12
- Traude Ebermann: **Tanz der Geschlechter – neu belebt durch KIP, Hirn- und Genderforschung** 3/13
- Traude Ebermann: **Die lebenslange Entwicklung von Identität(en) – Kreative geschlechtsabhängige Lösungsversuche des persönlichen Rätsels** 2–3/15
- Hannelore Eibach: **Die Heilkraft im Schlangensymbol – Eine KB-spezifische Kreativität** 1/93
- Hannelore Eibach: **Neues Wagen von Lebenswegen, Lebenszielen und ihre Grenzen** 4/97
- Hannelore Eibach: **Imagination in der Psychotherapie mit körperlich schwer kranken Menschen** 3/03
- Eva-Maria Einig, Iris Veit: **Kooperative Psychotherapie: Das Herner Modell – Ein Praxisbericht** 3/04
- Eva-Maria Einig: **Ohne Selbstobjekte keine Kreativität – Picassos künstlerisches Werk und seine Frauenbeziehungen** 1/05
- Eva-Maria Einig: **Gerechtigkeit – Psychoanalytische Perspektiven eines strittigen Begriffs** 1/08
- Eva-Maria Einig: **Die Arbeit am Konflikt ist die beste Ressource oder Der Mut zur empathischen Konfrontation: Fallvignette einer schweren Schreibstörung** 4/17
- Stephan Engelhardt: **»Über die innere Mongolei« – Zum Verständnis der menschlichen Fähigkeit der Symbolbildung** 2/03
- Stephan Engelhardt: **La dolce Vita – Oder das komische Drama des hysterischen Mannes** 3/07
- Stephan Engelhardt & Isolde Morawitz: **Wish You Were Here. Über den kreativen Prozess aus tiefenpsychologischer Sicht** 3/06
- Stephan Engelhardt: **Das Kunstwerk als Dokument eines Triebchicksals. Über Raffaels & Leonardos Leben und Werk oder Der Andere im Bild** 1/11
- Stephan Engelhardt: **Das Kunstwerk als psychischer Automatismus im therapeutischen Kontext** 1–2/12
- Stephan Engelhardt: **Bewegte Bilder – Die therapeutische Szene als Prozess der Mentalisierung** 3/13
- Stephan Engelhardt: **Der Andere und das Begehren – Das gemalte Bild als intersubjektiver Raum** 2–3/15
- Rotraud Erhard, Marianne Martin: **§§ für PsychotherapeutInnen in Österreich: Verschwiegenheitspflicht** 1/95
- Michael Ermann: **Von der Deutung zur Beziehung – Spielen mit dem Material** 3/17
- Hans Essers, Sebastian Krutzenbichler: **Das Spiel der Liebe als (un)erwünschter Gast in den Räumen der Psychotherapie oder Übertragung als Spielball zwischen dem schafsgesichtigen Blechaffnen und Darth Vader ES** 2/11
- Gerda Felder: **Das Wiederfinden der Lebensträume in der Imagination – Ressourcenorientierte Arbeit mit KrebspatientInnen** 1/07
- Brigitte Fiala-Baumann, Eva Bänninger-Huber: **Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Katathym Imaginativer Psychotherapie (KIP) bei Jugendlichen. Teil 1 der Studienergebnisse – Daten zum Zeitpunkt des Studienbeginns** 4/16

- Elfriede M. Fidal: Psychoanalytische Betrachtung zur Verneinung im Rahmen der Therapie mit dem Katathymen Bilderleben 3/92
- Elfriede M. Fidal: Überlegungen zum Setting in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 1/95
- Elfriede M. Fidal: Interview mit einem Schüler des Autogenen Trainings 2/95
- Elfriede M. Fidal: Abstinenz im psychotherapeutischen Prozeß 2/96
- Elfriede M. Fidal: Aspekte der Objektbeziehungstheorien 2/04
- Elfriede M. Fidal: Zeit, Raum und Erinnerung im psychotherapeutischen Prozess 1/10
- Elfriede M. Fidal: Good – bad – besser. Das psychotherapeutische Paar im Spannungsfeld zwischen Konstruktivität und Destruktivität 1/14
- Melitta Fischer-Kern, Elisabeth Jandl-Jäger: Neue Wege der Evaluation klinischer Zusammenarbeit 1/04
- Martina Fitzek, Regina Schnallinger: Das Symptom als kreative Lösung? Psychotherapeutische Spielräume bei Kindern mit psychosomatischen Erkrankungen 1/13
- Norbert Flamme: Ist Imagination überbewertet? Zur Gewichtung einzelner methodischer Aspekte (1): Die Kunst der Beendigung einer Psychotherapie 1/16
- Edith Frank-Rieser: Symbol als das Dritte – Symbolisierung als Beziehungsgeschehen: von transparenten und opaken Wirksamkeiten 4/08
- Johanna Franz: Wie Kunst verändern kann – Resonanzphänomene über Spiegelneurone 3/07
- Johanna Franz: Wie der Paarkonflikt in die Welt kam. Das mythologische Paar Adam und Lilith 2/14
- Georg Franzen: Ein Tagtraum des Malers Dante Gabriel Rossetti 1/06
- Georg Franzen: »Sonar« – Imaginationen im Kunstraum 1/08
- Georg Franzen: Imaginationen im Kunstraum: Die Grotte von Niki de Saint Phalle 1–2/12
- Georg Franzen, Regina Heimeshoff: Kunsttherapie und KIP – Eine Standortbestimmung 4/12
- Georg Franzen: Bezogenheit aus der Mitte – Friedensreich Hundertwasser 2–3/15
- Stefan Freidel: Die sich wandelnde Einstellung zum Lebensende am Beispiel des assistierten Suizids. Medizinethische und psychologische Aspekte 1/10
- Stefan Freidel: Der Tod als Motor der Psychotherapie oder Gibt es ein Leben vor dem Tode? 4/12
- Friedl Früh: Die Entdeckung des sexuellen Unbewussten – wieder betrachtet 2/10
- Lilli Gast: Psychoanalyse als Denkbewegung – Eine Expedition in psychoanalytische Denkwelten 3/13
- G. Gastaldo, M. Ottobre, M. Prior: Autogene Psychotherapie in vier Stufen: Statistische Analyse von 2000 Fällen 2/95
- Mandana Gharari-Bofinger: Die symbolische Relevanz des Ödipusmythos 3/99
- Vladimir Aristos Gheorghiu: Suggestion, Suggestibilität, Suggestionalität 2/00
- Ines Glinig: »Sex bildern« oder die Befreiung des Begehrens? 1/07
- Ines Glinig: Grenzüberschreitungen. Sexuelle Gewalterfahrung und die verschlungenen Wege zu Begehren und selbstbestimmter Sexualität 1/14
- Felicitas Goodman: Rituelle Körperhaltungen und ekstatische Erlebnisse 2/96
- Graciela Greco, Beatrix Weber Bertschi: Türbilder – Bildertüren. Wohin führen Bildertüren? 2/02
- Graciela Greco: KIP in der Psychotherapie von Fertilitätsstörungen 1–2/12
- Graciela Greco, Beatrix Weber Bertschi: Begleitung des Migrationsprozesses mit KIP und psychodynamischen Techniken 1/16
- Georg Gröller: Das Ziel der Behandlung bei Lacan: Das Durchqueren des Phantasmas 2/06
- Rainer Gross: Psychose – Die Unmöglichkeit der Trennung 3/05
- Rainer Gross: Der Psychotherapeut im Kino 2/07
- Katharina Gутtenbrunner: Giovanni Segantini – Die »tote Mutter«, Narzissmus und Divisionismus 2/05
- Steffen Häfner: Die Bilderwelt Franz Kafkas 4/07
- Daniela Hammer-Tugendhat: Repräsentation des Unsichtbaren – Aspekte der holländischen Malerei des 17. Jahrhunderts 2/17
- Michael E. Harrer: Wirkkonzepte in der Hypnosepsychotherapie 1/08

- Michael E. Harrer: Achtsamkeit und Hypnosepsychotherapie 1/10
- Matthias Hartmann: Psychotherapeutische Arbeit mit den gesunden Anteilen bei krebserkrankten Patienten 3/93
- Edgar Hättich: Kindheit, die Quelle der Genesung 3/92
- Edgar Hättich: Erfahrungen mit Musik in der KIP 2/02
- Volker Haude: Erste Erfahrungen mit der Kathym Imaginativen Psychotherapie in Türkisch – Eine Kasuistik 4/10
- Barbara Hauler: Ausgesetzt auf den Bergen des Herzens – Überlegungen zur Symbolik des Motivs Berg in der KIP 1/03
- Barbara Hauler: Geschlechtsunterschiede im therapeutischen Prozess 2/09
- Barbara Hauler: Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen. Über das schöpferische Potential von Übergängen 3/10
- Barbara Hauler: Krebs als Metapher 1–2/12
- Susann Heenen-Wolff: Die polymorph-perverse Lebenslust 3/12
- Regina Heimeshoff, Georg Franzen: Kunsttherapie und KIP – Eine Standortbestimmung 4/12
- Peter Heintel: Warum gibt es nur eine Gesundheit und so viele Krankheiten? 3a/92
- S. Hemke: Psychotherapie mit dem KB bei Torticollis spasmodicus – Behandlungsbeispiele 2/93
- Heinz Hennig: Imaginationen im multimodalen Ansatz einer analytischen Psychotherapie 3/96
- Heinz Hennig: Zum Übertragungs- und Gegenübertragungsprozess in der Kathym Imaginativen Psychotherapie 1/99
- Martina Hexel: Tiefenpsychologische Theorien über die Entwicklung des Kindes 1/96
- Martina Hexel: Traumatische Lebensereignisse und dissoziatives Verhalten bei Patienten mit Borderlinepersönlichkeitsstörungen, Angststörungen und Somatoformen Störungen 2/02
- Mathias Hirsch: Besonderheiten psychoanalytischer Therapie traumatisierter Patienten 3–4/02
- Markus Hochgerner: Trauer – Abschied – Trennung. Heilsame Vorgehensweisen mit psychosomatisch schwer erkrankten (oder: »Sag beim Abschied leise: servus«) 3/05
- Daniela Hofmann: Mond im Meer – Lyrik als Resource in der systemischen Arbeit mit (bindungs-)traumatisierten Menschen 2–3/15
- Hans Holderegger: Die Darstellung des Traumas in der therapeutischen Beziehung 3–4/02
- Doris Hönlgl: Lachen in der Psychotherapie – Die unterschiedlichen Facetten von Witz und Humor 2/11
- Doris Hönlgl: Das Mädchen in der Wand. Vom Handlungsdialog zur Symbolisierung 1–2/12
- Doris Hönlgl: Die KIP zwischen Struktur und Freiraum 2–3/15
- Walter Hollstein: Veränderung der Männlichkeit 1/94
- Christa-Maria Höring: »Schulangst« – ein lebenslanges Thema? KIP bei Lehrern mit Belastungsstörungen 3/11
- Christa-Maria Höring: Resonanz in Bild und Wort – das Tagtraumotiv »Orchester« und die Weiterentwicklung über ein »Elfchen«. Zwei Anregungen zur Förderung der Symbolisierungsfähigkeit 3/12
- Günther Horn: Kathymes Bilderleben – und was noch? Eine Selbsthilfegruppe zum Zweck der eigenen Psychohygiene 3/94
- Günther Horn: Über die Bedeutung des Settings als Ausdruck des personalen Bezuges für neue Ansätze in der Kindertherapie 2/96
- Günther Horn: Die Abgestufte Altersregression – Informationen zur Organisation der B3-Seminare für interessierte DozentenkollegInnen, Co-LeiterInnen und interessierte TherapeutInnen 1/99
- Günther Horn: Bezugspunkte zwischen Psychotraumathe-  
rapie, Kinderpsychotherapie und Abgestufter Altersregression 4/05
- Gerald Hüther: Neurobiologische Auswirkungen von Angst und Stress und die Verankerung traumatischer Erfahrungen 3–4/02
- Eva Jaeggi: Psychotherapie zwischen Abstinenz und Bemutterung 4/97
- Eva Jaeggi: Der Beruf des Psychotherapeuten 1/05
- Elisabeth Jandl-Jäger, Melitta Fischer-Kern: Neue Wege der Evaluation klinischer Zusammenarbeit 1/04
- Elisabeth Jandl-Jäger: Qualitätsmanagement in der Psychotherapie 4/06
- Paul L. Janssen: Berufsgruppen und Methoden integrierende Teamarbeit – Standard in der stationären psychodynamischen Psychotherapie 1/04

- Horst Kächele: Ziele der Behandlung: Von Micro- über Meso- zu Macro-Outcome 2/06
- Ulrike Kadi: Ich seh' etwas, was du nicht siehst 1/02
- Mathilda Kainz: Matroschka – oder wie ich lernte, über die Bombe hinauszuschauen. Trauma und Konflikt 1/13
- Hans Kanitschar: Hypnose als Psychotherapie 4/95
- Hans Kanitschar: Imagination in der Hypnose-therapie im Vergleich zur KIP 3/99
- Hans Kanitschar: Der innere Bildschirm. Imagination und therapeutische Dissoziation in der Hypnosepsychotherapie 2/07
- Hans Kanitschar: Risiken, Nebenwirkungen und mögliche Schäden aus Sicht der Hypnosepsychotherapie 3/17
- Victor G. Kann: Grenzüberschreitung, Erkenntnis und Neubeginn oder: Der fremde Spiegel und die Lösung des Ganapati 3/96
- Hartmut M. Kanwischer: Ehrfurcht vor der Maske. Zur Bedeutung von Geheimnissen in Psychotherapien 4/05
- Hans-Peter Kapfhammer: Psychotherapie und Pharmakotherapie – ein synergistisches Unternehmen dargestellt am Beispiel der Behandlung depressiver Störungen 1/04
- Verena Kast: Das Symbol in der Psychotherapie 4/96
- Beate Katschnig: Der Einsatz der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie bei SchülerInnen mit verschiedenen persönlichen und leistungsbezogenen Schwierigkeiten 4/00
- Florian Katzlberger: Symbole sexueller Gewalterfahrung. Von der Darstellung zum potentiellen Raum 1–2/12
- Florian Katzlberger: Identität und Psychopharmaka – Psychodynamik der Kombination von Psychotherapie plus Medikation 2–3/15
- Hans Kaufmann: Gewährsein 3/93
- Jürgen Kellersmann: Über Freuds Text »Trauer und Melancholie« 2/13
- Otto F. Kernberg: Preliminary Communication. The Basic Components of Psychoanalytic Technique and Derived Psychoanalytic Psychotherapies 2–3/15
- Michael Kierein: Berufsrechtliche Rahmenbedingungen der Psychotherapie – das Psychotherapiegesetz 4/97
- Petra Klampfl und Fritz Döcker: Integrative Behandlung von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Rahmen einer stationären Krisen-therapie auf einer sozialpsychiatrischen Aufnahmeabteilung – Teamintervention und Einzeltherapie 3/04
- Edda Klessmann: Daheim und unterwegs 3/98
- Eva Koch: »Zeit heilt alle Wunden nicht ...« – Wenn ein Kind im Mutterleib oder während der Geburt stirbt 3/09
- Anna Koellreuter: Das Fremde zwischen Therapeutin und Klientin 2/08
- Eva Köpke: Möglichkeiten der tiefenpsychologisch fundierten Hypnosepsychotherapie in der Behandlung Drogenabhängiger 3/09
- Ulrike Körbitz: Wie uns die Veränderung die Verhabereung zwischen AnalytikerIn und AnalysandIn ver-nadert 1/09
- Leonore Kottje-Birnbacher: Übertragungs- und Gegenübertragungsbereitschaften von Männern und Frauen 2/94
- Leonore Kottje-Birnbacher, Dieter Birnbacher: Ethische Aspekte der Psychotherapie 1/98
- Leonore Kottje-Birnbacher: Die Katathym-imaginative Psychotherapie als tiefenpsychologisch-systemische Therapie 4/98
- Leonore Kottje-Birnbacher: Einführung in die katha-thym-imaginative Psychotherapie 4/01
- Leonore Kottje-Birnbacher: Arbeit an der Paarbeziehung in Einzeltherapien mit KIP 2/02
- Leonore Kottje-Birnbacher: KIP in Beratung und Coaching 1/05
- Leonore Kottje-Birnbacher: Die Liebe in der Paartherapie mit KIP 2/09
- Leonore Kottje-Birnbacher: Imaginationen in Ent-scheidungssituationen 2–3/15
- Klaus Krippner: Neue Wege in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörungen mit der KIP 2/02
- Sebastian Krutzenbichler: Die Übertragungsliebe – Eine kritische Literaturschau 16 Jahre nach der Erstbetrachtung 2/08
- Sebastian Krutzenbichler, Hans Essers: Das Spiel der Liebe als (un)erwünschter Gast in den Räumen der Psychotherapie oder Übertragung als Spielball zwischen dem schafsgesichtigen Blechaffen und Darth Vader ES 2/11

- Joachim Küchenhoff: Das Objekt, die Trennung und die Anerkennung des Anderen. Ziele psychoanalytischer Therapie 3/05
- Joachim Küchenhoff: Zeit, Erinnerung, Anderer: psychoanalytische Annäherungen 1/09
- Joachim Küchenhoff: Erinnerung und Neubeginn in der Psychotherapie 2/13
- Christoph Kuhn: Theodor Fontane spricht vor den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Fortbildungsseminars der DGKIP am 11. September 2014 in Berlin-Schmöckwitz 1/15
- Hannes Kuhn: Sublimierung und Katathym Imaginative Psychotherapie. Was hat sie in diesem psychotherapeutischen Verfahren zu suchen? 2/05
- Wolfgang Kuntze: Nur der Geliebten weih' ich mein Leben 3/95
- Michael M. Kurzmann: Radikalisiertes Geschlecht. Über die Gefahren und Verführungen zu Fanatismus entlang männlicher Identitätsentwicklungen 2/16
- Wolfgang Ladenbauer: Imagination und Hypnose bei Krebs 1–2/92
- Wolfgang Ladenbauer: Einführung in die Psychosomatik des Halte-, Stütz- und Bewegungsapparates 3/94
- Wolfgang Ladenbauer: Die Grundlagen der analytischen Oberstufe des Autogenen Trainings 2/95
- Wolfgang Ladenbauer: Systematik der Techniken in der Begleitung katathymen Bilder (KB) 1/99
- Wolfgang Ladenbauer: Der andere (Anteil) im KB 2/00
- Wolfgang Ladenbauer: Hypnose und Bindungstheorie 2/01
- Wolfgang Ladenbauer: Hilfe! Psychische Erste Hilfe bei Unfällen – Ideen für hypnotische Techniken 3/01
- Wolfgang Ladenbauer: Musik-KB – Musik in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 1/06
- Barbara Laimböck: Heilkunst und Kunst. Ärztinnen und Ärzte in der österreichischen Malerei des 20. Jahrhunderts – Eine sowohl künstlerische als auch tiefenpsychologische Reflexion 4/13
- Barbara Laimböck: Von der innigen Dyade zur inspirierenden Triade 2–3/15
- Barbara Laimböck: Liebe, Kunst und Psychotherapie 4/15
- Inge Lang: Empathie in Beziehung zu Intuition und Phantasie 3/92
- Inge Lang: Eine Randbemerkung zum »falschen Selbst« oder Zur »ausgeborgten« Vitalität und sexuellen Identität speziell strukturell ich-gestörter Klienten 3/96
- Inge Lang: Motivwahl und Durcharbeiten in der KIP 2/97
- Inge Lang: Durcharbeiten in der Psychoanalyse und in der KIP 3/98
- Otto Lang: Die Macht des Symbols 3/96
- Otto Lang: Der Moortümpel und die Brücke 1–2/92
- Otto Lang: Das Symbol als therapeutisches Agens 2/97
- Otto Lang: Emotionen in der Katathym-Imaginativen Psychotherapie (K.I.P.) und ihr Zusammenhang mit der Symbolik 2/97
- Wolfgang Lassmann: Unerwartetes erleben mit Bion 2/08
- Susanne Lastin, Isolde Morawitz: 30 Thesen zur Ausbildungssituation nach Kernberg und Implikationen für die ÖGATAP 3/03
- Susanne Lastin, Bernd Lunglmayr: Die Entdeckung des Eigenen und die Freude am Anderen. Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Arbeit mit ambulanten KIP-Gruppen 1/17
- Hans Lauber, Hedda Bittner-Weise: »Die gute Stunde, die erfolgreiche Behandlung« – Ein schulübergreifendes Interventionsmodell am Ambulatorium f. P.Th. d. Wf. GKK 3/04
- Karin Lebersorger: Vom Küssen und Kämpfen – Phantasierte und reale Herkunftsgeschichten in ihrer Bedeutung für die kindliche Entwicklung 3/14
- Yves Le Bloch, Michael Stigler: Borderline-Patienten in der stationär-ambulanten Behandlungskette: ein niederschwelliger Ansatz 1/04
- Erich Lehner: Der Mann als aktiver Vater – Ein historisch neues Beziehungsangebot an Kind/er und Partnerin 3/14
- Hanscarl Leuner: Pesendorfers Angriff. Eine Richtigstellung 1–2/92
- Hanscarl Leuner: Beitrag der Katathym-imaginativen Psychotherapie zu einer progressionsorientierten, psychoanalytisch-systemischen Psychotherapie 2/94
- Walter Lindner: Was macht ein Künstler ohne KIP? 2/02



- Kristiina Linna-Lutz: **Paartherapie mit KIP** 3/16
- Rolf Werner Lippmann: **Das Symboldrama bei der Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Krankheiten** 2/94
- Andrea Loebenstein: **Der Receiver des Telefons** 4/96
- Mathias Lohmer und Corinna Wernz: **Sexualität und Abwehrmechanismen** 2/10
- Marga Löwer-Hirsch: **Dynamik und Auswirkungen sexuellen Mißbrauchs in der Psychotherapie** 4/98
- Marga Löwer-Hirsch: **»Die Trennung der Liebenden« im intersubjektiven Kontext** 3/05
- Marga Löwer-Hirsch: **Traum und Spielraum – eine intersubjektive Betrachtung** 2/11
- Brigitte Lueger-Schuster: **Akutinterventionen nach traumatischen Ereignissen** 3–4/02
- Bernd Lunglmayr, Susannew Lastin: **Die Entdeckung des Eigenen und die Freude am Anderen. Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Arbeit mit ambulanten KIP-Gruppen** 1/17
- Helene Lytwyn: **Effekte des Autogenen Trainings auf verschiedene Symptome** 2/00
- Helene Lytwyn: **Psychische und somatische Effekte der Schwere- und Wärmeübung des Autogenen Trainings bei leicht depressiv Erkrankten im psychiatrischen Krankenhaus** 1/17
- Susanne Mahrer: **Was der Glanz im Auge der Mutter für das Kind bedeutet. Gedanken zur therapeutischen Arbeit mit Eltern. Sehen und Gesehen-Werden als Metapher für gelingendes Leben** 1–2/12
- Susanne Mahrer: **»Ich träume vom Meer, da kann ich mich finden«. Über Bindungsmuster, die generationsübergreifend bestehen bleiben, über Mentalisierung und über kreative Wege der Identitätssuche** 2–3/15
- Waltraud Malin: **Die Intensive Psychodynamische Kurzzeittherapie nach Davanloo – Ein Beitrag zur Integration in den Kontext der traditionellen Psychoanalyse** 2/02
- Christa Malitz-Picard: **Fortsetzungsgeschichten in der KIP** 3/06
- Angelika Märk: **Dolmetschunterstützte Psychotherapie – die Landkarte als Symbol** 3/14
- Marianne Martin: **Der verlorene Ansatz** 1/93
- Marianne Martin: **§§ für PsychotherapeutInnen in Österreich: nützliches Wissen** 4/94
- Marianne Martin: **Imagination und Utilisation bei Raucherentwöhnung** 1/96
- Verena Maxeiner: **Wie können Imaginationen und kreative Medien bei der Arbeit in präventiven und nachsorgenden Institutionen eingesetzt werden?** 2/02
- Harald Meller: **Einmal Eldorado und zurück** 4/97
- Harald Meller: **Die psychotherapeutische Praxis – TRAUM und TRAUMA** 3–4/02
- Harald Meller: **Identität und Kooperation – Zusammenhänge und Widersprüche zwischen Sittenbild und Kulturprozess** 3/04
- Felix de Mendelssohn: **Zorn, Hass und Wut in Gruppen und Massen** 3/05
- Dwora Miller-Florsheim: **Verborgene Türen, geheime Schubladen – Ist die Enthüllung eines Geheimnisses ein Hindernis oder eine Möglichkeit für Veränderung in der Psychotherapie?** 4/15
- Ingrid Mohr: **Vom gestirnten zum gestalteten Himmel** 3/95
- Bernhard Mohr: **Ganzheitliches Erleben in der Katakthym-imaginativen Psychotherapie** 2/96
- Michaela Moratelli: **Modell einer psychotherapeutischen Kindergruppe mit begleitender Elternarbeit** 2/95
- Michaela Moratelli: **Bindung – Autonomie – Aggression. Autogenes Training in einer Kindergruppe** 2/99
- Isolde Morawitz: **Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von Straftätern am Beispiel der Forensischen Nachbetreuungsambulanz Wien** 1/03
- Isolde Morawitz, Susanne Lastin: **30 Thesen zur Ausbildungssituation nach Kernberg und Implikationen für die ÖGATAP** 3/03
- Isolde Morawitz & Stephan Engelhardt: **Wish You Were Here. Über den kreativen Prozess aus tiefenpsychologischer Sicht** 3/06
- Isolde Morawitz-Haslauer: **»Der Rest ist Schweigen«. Über frühe Traumata und deren Symbolbildung im therapeutischen Prozess** 1–2/12
- Isolde Morawitz-Haslauer: **»Maikäfer flieg – dein Vater ist im Krieg!« oder: Wie der Krieg unserer Eltern und Großeltern in uns Kindern und Enkeln weiterlebt** 2/14
- Isolde Morawitz-Haslauer: **»Geben Sie Gedankenfreiheit« oder wie aus Religion Gewalt wird** 2/16

- Claudia A. Mühl: Vorwärts zu den Wurzeln – das KIP-Motiv der Baum in der Arbeit mit Jugendlichen 2/14
- Claudia A. Mühl: »Da ist was los! Was ist da los?« – Übertragung, Gegenübertragung und das Unbewusste in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 3/16
- Karin Nohr, Ulrich Bahrke: Katathym Imaginative Psychotherapie: Eine Positionsbestimmung 2/05
- Karin Nohr, Ulrich Bahrke: Katathym Imaginative Psychotherapie: Eine Positionsbestimmung 4/05
- Karin Nohr: »Meine Seele hört im Sehen«. Zum szenischen Charakter des therapeutischen Umgangs mit katathymen Imaginationen 4/06
- Veronika Oepen-Duré: Vom Bild zum Symbol – Das Selbstbild in einem Kreisprozeß aus Bildern, Gegenständen und Katathymen Imagination – Ein therapeutisches Modell zur Anwendung in der KIP 2/03
- Michaela Okorn: »Was liegt da in der Luft?« – Internationale Künstler beschäftigen sich mit einem leerstehenden Hotel – einem Symbol für ... 2–3/15
- Wolfgang Oswald: Hypnosepsychotherapie bei chronischen Psychosen 3/11
- Wolfgang Oswald: Hypnosepsychotherapie und »schwierige« Patienten: Drei Positionen zu Theorie sowie praktische Behandlungstechnik 4/16
- Wolfgang Oswald: Freie Hypnose und hypnotische Assoziation 4/17
- Aydan Özdaglar: Religion – Tradition – Kultur? Verständnisschwierigkeiten in der interkulturellen Therapie mit muslimischen ZuwandererInnen 1/09
- Jürgen Pahl: Regression, Progression und psychische Gesundheit – Die Begriffe und ihre Phänomenologie innerhalb des psychotherapeutischen Prozesses 3/94
- Lisbeth Pelzl: Lost in Translation. Die Spur der Geschichten im muttersprachigen Wort 2/14
- Mathilde Pichler: Psychotherapie im Krankenhaus: Erfahrungen aus der psychosomatischen Ambulanz einer Internen Abteilung 2/98
- Mathilde Pichler: Macht und Anpassung bei psychosomatischen Erkrankungen 4/99
- Mathilde Pichler: Das psychosomatische (Erst-) Gespräch als Übergangsraum zwischen somatischer Behandlung und Psychotherapie 3/04
- Mathilde Pichler: Zwischen den Bildern. Überlegungen zum therapeutischen Prozess in der KIP 4/06
- Mathilde Pichler: Triebhaftes im Dornröschenschlaf. Zur Bedeutung des Sexuellen im psychodynamischen Gefüge 2/10
- Mathilde Pichler: Wenn der Körper spricht ... – Zum Symbolverständnis psychosomatischer Phänomene 1/11
- Mathilde Pichler: Über verschiedene Formen von Fanatismus im psychotherapeutischen Alltag 2/16
- Mathilde Pichler: Die »Achse der psychosomatischen Totalität« – Vom Körper-Sein zum seelischen Erleben bei psychosomatischen Symptomen 2/17
- Berta Pixner: Wie Märchen zur Diagnose führen 2/00
- Berta Pixner: Märchenmotive – ein Versuch neuer zusätzlicher Standardmotive für die KIP 2/01
- Berta Pixner: Märchen als Gestaltungselement in der therapeutischen Beziehung 1/02
- Berta Pixner: »In meinem Körper sind überall Schlangen ...« – Die Bildersprache der Psychose 2/02
- Berta Pixner: Märchen als KIP-Motive in der Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen 4/03
- Berta Pixner: Möglichkeiten und Grenzen der stationären Kurzpsychotherapie in einer psychiatrischen Abteilung 1/04
- Berta Pixner: Intersubjektivität und Begegnungsmomente in den Imaginationen 1/07
- Helga Ploner: Wenn Trennung nicht gelingt – Von vorzeitigen Beendigungen in Kindertherapien 3/17
- Monika Pomberger-Kugler: Choreografiert KIP unser Gehirn? 3/13
- Hermann Pötz: Die Lust am Leiden und die Macht durch Opfertum – Über Masochismus 3/01
- Hermann Pötz: Die Lust am Leiden – Über Masochismus 2/02
- Hermann Pötz: Aufgaben und Ziele psychotherapeutischer Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation 3/04
- Hermann Pötz: Die Wirkungsweise des Autogenen Trainings – Ein Beitrag zur tiefenpsychologischen Konzeptualisierung der Grundstufe der Autogenen Psychotherapie 4/04
- Hermann Pötz: Die Bedeutung des autogenen Prinzips für den psychischen Trennungsprozess 3/05

- Hermann Pötz: Die symbolische Ordnung der Kultur und Identität. Über das Menschenbild in der Moderne und seine Bezüge zu psychotherapeutischen Fragen 4/10
- Hermann Pötz: Wenn die Welt der Symbole zusammenbricht. Seelische Probleme infolge körperlicher Erkrankungen 1–2/12
- Hermann Pötz: Die Vermessung der inneren Welt: über das Verhältnis von Seele und Gehirn 2/13
- Hermann Pötz: Ethisch verantwortungsvolles Handeln in der Psychotherapie zwischen Über-Ich-Anforderung und Ich-Leistung 4/14
- Hermann Pötz: Was in einer Katathym Imaginativen Psychotherapie alles schief laufen kann: Ursachen von Behandlungsfehlern in der Anwendung der KIP 3/17
- Ilka Quindeau: Die Entstehung des Sexuellen oder wie die Lust in den Körper kommt 2/10
- C. Pratzka, W. Rosendahl, H. Hennig: Möglichkeiten und Grenzen der Katathym-imaginativen Psychotherapie bei der Behandlung von Alkoholikern 1/97
- Johannes Ranefeld: Hamlet ohne den Prinzen aufführen? 4/96
- Johannes Ranefeld: Schicksale der Lust 4/98
- Georg Rasch: Das Über-Ich – »Urheber aller Neurosen«? 3/99
- Georg Rasch: »... und das eine Mal wäre einmal zu viel« – Die Übertragungsliebe im Spannungsfeld zwischen Verbalisieren, Imaginieren, Agieren 2/05
- Georg Rasch: Die machtvolle Bedürftigkeit der frühen Objekte. Über die Auseinandersetzung mit aggressiven Selbst- und Objektrepräsentanzen mit Hilfe der Motivationsfrage 3/08
- Georg Rasch: Der Blick des Therapeuten und seine Wirkung 1–2/12
- Georg Rasch: Das Leid moderner Seele – Von der Schuld zur Verantwortung – Vom Regen in die Traufe 2–3/15
- Vivienne Rauber-Decoppet: Heilendes Atmen und Visualisieren – Psycho-Korporelle Energiearbeit 2/02
- Ingrid Reichmann: Körper und Bild – Körperbild 2/02
- Ingrid Reichmann: Trauma Arbeitslosigkeit 3–4/02
- Ingrid Reichmann: Bewegung in/ durch Therapie 2/06
- Ingrid Reichmann: »Stellen Sie sich vor, Sie entwickeln sich«. Vom archaischen zum symbolischen Erleben 1–2/12
- Ingrid Reichmann: Wenn Körperliches und Seelisches sich begegnen 4/17
- Helga Reiter: Das frühe Ich und der träumende Andere 2/07
- Helga Reiter: Heureka! Die Lust am Erkenntnisgewinn 1/13
- Helga Reiter: Beobachten – Reflektieren – Verstehen. Über die Bedeutung der Säuglingsbeobachtung für die psychotherapeutische Beziehung 2/13
- Helga Reiter: Vom »surviving space« nach Esther Bick zum »imaginativen Raum« in der KIP 2–3/15
- Inge Rieber-Hunscha: Zeitbewusstsein – Fokus und Ziel der Psychotherapie 2/06
- Karel Riegel: Structured Interview of Personality Organization (STIPO). Czech Version Validation Study as an Optional Approach to Research Testing of the "Katathym Imaginative Psychotherapie" (KIP) Effectiveness 2–3/15
- Lutz Rosenberg: Kraftquellen und Ressourcen in der KB-Therapie 2/98
- Lutz Rosenberg: Über Ordnung und Elefanten – Ein Hintergrundmodell für die KIP: Versuch einer Systematik 3/00
- Michael Rosner: Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepte in der KIP 2/98
- Michael Rosner: Zur Anwendung der Theorie von John Steiners »Orte des seelischen Rückzugs« auf die KIP 1–2/12
- Michael Rosner: Die Rückeroberung der eigenen Provinz. Zur Dynamik von (familiärer) Kultur, Phantasie und Erinnerung 2/14
- Jörg Walter Roth: Das Katathyme Bilderleben als spirituelle/transpersonale Therapie 1/93
- Ulrich Sachsse: Zwischen Ver-nicht-ung und Ver-zwei-flung 2/98
- Hanni Salvisberg: Die zwei Seiten der Wirklichkeit – Wörtliche und symbolische Bedeutung 2/93
- Hanni Salvisberg: Zum Zugang zu Gedächtnisinhalten. Die Bedeutung der prozessualen Aktivierung für die Psychotherapie 4/05
- Renate Sannwald: Die Katathym Imaginative Psychotherapie in der Praxis des Kinder- und Jugendpsychiaters 1/00

- Renate Sannwald: Die Katathym Imaginative Psychotherapie einer Binge Eating Disorder – Eine Fall-darstellung 1/03
- Renate Sannwald: Aufmerksamkeitsdefizitstörungen und Katathym Imaginative Psychotherapie 2/11
- Renate Sannwald: Imaginative Psychotherapie bei Angststörungen in der Adoleszenz am Beispiel der Schulphobie 4/11
- Renate Sannwald: Die psychodynamische Psychotherapie von Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa 2–3/15
- Yuji Sasaki: On Makyo Phenomena During Autogenic Training 2/95
- Bettina Scharfetter: Warum wir denken wie wir denken. Über die Ursprünge der tiefenpsychologischen Denkungsweise 3/14
- Margit Scheuchel: Trance und hypnotische Beziehung als besondere Stärken einer Hypnose-therapie 1/02
- Margit Scheuchel: Hypnose 2/04
- Margit Scheuchel: Wenn der eigene Körper fremd wird. Erfahrungen mit Hypnosepsychotherapie bei Autoimmunerkrankungen (Multipler Sklerose) 3/08
- Anneliese Schigutt: Psychotherapie zwischen Erkenntnisweg, Pädagogik und Krankenbehandlung – Die Zukunft der Psychotherapie 2/01
- Raoul Schindler: Wieviel Krankheit braucht die Psychotherapie? 4/92
- Manfred G. Schmidt: Präsenz und implizite Beziehungsregulierung in der psychotherapeutischen Behandlungspraxis 2/17
- Regina Schnallinger: »Der Blumentest« als projektives Verfahren in der kinderpsychologischen Diagnostik 1–2/12
- Regina Schnallinger, Martina Fitzek: Das Symptom als kreative Lösung? Psychotherapeutische Spielräume bei Kindern mit psychosomatischen Erkrankungen 1/13
- Monika Schnell: Imagination, Phantasie und Traum – Die Entwicklung des Imaginationsraumes und der Dialog mit dem Selbst 2/02
- Monika Schnell: Die Kraft der Bilder – Vom neurophysiologischen Phänomen zur bedeutungsvollen Innenwelt 4/03
- Monika Schnell: Das dynamische Prinzip der Phantasie ... – Von der Imagination zum Spielraum 1/11
- Monika Schnell: Phantasieren – Assoziieren – Imaginieren. Gedanken zur ästhetischen Erfahrung in der Katathym Imaginativen Psychotherapie 1–2/12
- Claudius Schnieder-Stein: Suizidale Phantasien und Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene in der Psychotherapie chronisch suizidaler Patienten 4/95
- René Schramböck: In 100 % der Fälle wird eine Krebszelle von einem Menschen begleitet 1/06
- René Schramböck: Im weißen Kleid mit dem weißen Schiff ins weiße Dorf. Sterbebegleitung mit KIP 3/08
- Josephine Schwarz-Gerö: Fütterungsprobleme – ein heterogenes und polyätiologisches Phänomen, das sich immer gleich präsentiert: »Das Kind ist nicht« 3/14
- Franz Sedlak: Katathymes Bilderleben und Gesundheit 4/92
- Franz Sedlak: Leistungsfähigkeit und seelisches Wohlbefinden: Überlegungen aus der Sicht der Triarchischen Intelligenztheorie 4/93
- Franz Sedlak: Autogene Psychotherapie (Autogenes Training) – Katathym Imaginative Psychotherapie – Hypnose – Wissenschaftliche Grundlagen, wesentliche Kriterien, Konzepte der Therapieführung 4/94
- Franz Sedlak: Strukturierung von Kolloquienarbeiten 4/94
- Franz Sedlak: Die Autogene Meditation des Leibes als Seins- bzw. Existenzenerfahrung 2/95
- Franz Sedlak: Neue Wege – Neue Motive in der KIP 3/95
- Franz Sedlak: Handreichung zur Fallbearbeitung und zur Abschlusarbeit der Therapieausbildung 4/95
- Franz Sedlak: Integratives Denken und Handeln als (nicht nur) pragmatische Konsequenz unserer Erkenntnisunsicherheit 1/96
- Franz Sedlak: Diagnostische Reflexionen in der KIP 3/97
- Franz Sedlak: Die besonderen Möglichkeiten der Mittelstufe der Autogenen Psychotherapie: Persönlichkeitsentwicklung und Kompetenzsteigerung 4/99
- Franz Sedlak: Symbolische Notizen zur Erleichterung der Selbst- und Fremdbeurteilung von Falldokumentationen in der Kolloquiumsvorbereitung, in Supervisionsgruppen und in Fallkontrollseminaren 1/00

- Franz Sedlak: Die tiefenpsychologische Fundierung der Autogenen Psychotherapie 3/01
- Franz Sedlak: Verfremdung und Integration als Grundbewegung der therapeutischen Erkenntnisarbeit und die Methode der KIP 3/06
- Franz Sedlak: Die Begegnung von Erwartung und Überraschung im Symbol 2/08
- Franz Sedlak: Differenz, Dialog und (Ver-)Dichtung. Imaginationstherapie als kunstvolle Verschränkung von unmittelbarer Erfahrung und Gestaltung 3/10
- Franz Sedlak: Die Autogene Meditation des Leibes – die achtsame Grundstufe der Autogenen Psychotherapie 1/11
- Franz Sedlak: Die Coping-Dimension: Die imaginative Förderung von Resilienz 4/11
- Franz Sedlak: Die Brücke als Motiv und als Metapher für die Symbolarbeit 1–2/12
- Franz Sedlak: Förderung der Individualität – Ihre grundlegende Verankerung in der Autogenen Psychotherapie 4/13
- Franz Sedlak: Der Wert der Werte. Wertbewusstsein und Autogene Psychotherapie 1/14
- Franz Sedlak: Entwicklungen in der Kathathym Imaginativen Psychotherapie: Motive zur Förderung des Zeitbewusstseins und Zeiterlebens 4/14
- Maria Sedlak: Die Kommunikation im KB – eine Kombination von Therapiesprach und Traumkommunikation 3/95
- Franz Sedlak: Die drei gesellschaftlichen Megatrends der Gegenwart als Herausforderung und Chance der Psychotherapie 4/15
- Franz Sedlak: Autogenes Prinzip und Repräsentanz – Neue Impulse für Forschungen und Untersuchungen der ATP 2/17
- Angelica Seithe: Schöpferische Imagination und sprachliche Gestaltung 4/94
- Angelica Seithe: Kreativität als Ressource 4/96
- Angelica Seithe: Die Suggestion im Dienste des Ich 1/97
- Angelica Seithe: Die wechselseitigen Verbindungen von Körpererleben und Imagination 2/02
- Angelica Seithe-Blümer: Die Geburt der Metapher. Zur Psychologie ihrer Entstehung 1–2/12
- Angelica Seithe-Blümer: Die Themenschwerpunkte der Essgestörten und ihre Bearbeitung mit Hilfe der Imagination 4/14
- Angelica Seithe-Blümer: Kreativität – Rausch und Disziplin. Zur Psychologie kreativer Menschen und ihrer Gestaltungsprozesse 1/16
- Simon Severino: Liebe, Hass, Erkenntnis – Bion und das Mentale 4/07
- Anna Sieber-Ratti: Symbolisierung, Kreativität und Kunst. Die Semiotik im Tarot und in der Kunst von Niki de Saint Phalle 1–2/12
- Anna Sieber-Ratti: »Was der Mensch nicht sieht, das macht Amor sichtbar«. Kathathym Panoramen 3/12
- Anna Sieber-Ratti: Das erlöste Objekt oder Wo der Blick sich niederlässt – Die Bedeutung der »Augenprobe« als Ausgangspunkt für Mentalisierung und Symbolbildung 2–3/15
- Helene M. Socher: Aggression und Gewalt in der Schulklasse 1/98
- Gernot Sonneck: Das Burnout-Syndrom – Entstehung – Folgen – Bewältigung 4/92
- Brigitte Spreitzer: Literaturwissenschaftliche Theorien des Symbols – Symbole in der Literatur 3/10
- Brigitte Spreitzer: Die Sprachlichkeit des Bildlichen. Metapher und Symbol in der Kathathym Imaginativen Psychotherapie 1–2/12
- Brigitte Spreitzer: Mensch, Krille, du flennst ja! Erzählen, Trauma, Literatur. Peter Pohls Jugendroman »Jan, mein Freund« 2/14
- Brigitte Spreitzer: Das alles bin ich – Durch Imagination mit Kreativität zu Identität 2–3/15
- Ulla Steger: Vom kahlen Rosenstrauch zur fruchttragenden Sonnenblume. Die Therapie einer Frau mit metastasiertem Brustkrebs 4/10
- Ulla Steger: Eine warme Brise kündigt den Frühling an – Die Arbeit mit der kathathym-imaginativen Psychotherapie (KIP) in psychoonkologischen Seminaren 3/11
- Susanne Stefan: Von »Momis« und »Spatzis« – Sexualität in der Therapie mit Kindern und Jugendlichen 4/16
- Claudius Stein: Sexueller Mißbrauch in der Psychotherapie – Von der Umkehr des Täter-Opfer-Verhältnisses 3/97
- Claudius Stein: Imagination in der Krisenintervention 1/01

- Claudius Stein: »Sie können es nicht ungeschehen machen« – Grenzen und Chancen des psychotherapeutischen Prozesses nach Traumatisierungen 1/03
- Claudius Stein: »Beruf PsychotherapeutIn«: Zwischen Größenphantasien und Versagensängsten 3/03
- Claudius Stein: Krisenintervention als ein Modell interdisziplinärer Zusammenarbeit 3/04
- Claudius Stein: »Selbstmord ist die Abwesenheit des Anderen«. Ziele der Behandlung suizidaler Klienten 2/06
- Claudius Stein: Wenn der Schmerz zu groß wird. Trauer und Depression. Trauerprozesse in Film und Imagination 2/07
- Beate Steiner: Aspekte der Behandlung mit der KIP bei Krebspatienten 2/02
- Beate Steiner: Zum Umgang mit feindseligen Symbolgestalten 4/08
- Beate Steiner: Scham, Affektregulierung und Identität 2–3/15
- Beate Steiner: Was geschieht, wenn Eltern nicht »gut genug« sind? 3/16
- Rosemarie Steinhage: Das Trauma des sexuellen Mißbrauchs 2/94
- Christoph Stettler: Die Baracken von Rivesaltes – Gedanken zum Verhältnis von Wahrheit und Bild 4/03
- Michael Stigler: Von der gesunden Achtung und der inestuösen Mißachtung des »Einen« und seines »Anderen« 3/92
- Michael Stigler: Der chronische Schmerzpatient 4/93
- Michael Stigler: Koordinierte psychodynamische und deskriptive Diagnostik 4/95
- Michael Stigler: Psychotherapieforschung: Methoden und Ergebnisse 1/97
- Michael Stigler, Yves Le Bloëh: Borderline-Patienten in der stationär-ambulantem Behandlungskette: ein niederschwelliger Ansatz 1/04
- Michael Stigler: Die KIP-Technik des »Körpers in Haltung und Bewegung« 4/15
- Franz Strunz: Bergsteigen und Träume 3/94
- Franz Strunz: Woody Allen und Ingmar Bergman 1/95
- Gerhard Stumm: Psychotherapeutische Schulen und Vereine: Zwischen Wertschätzung, Gleichgültigkeit, Abwertung und Fanatismus 1/09
- Angela Teyrowsky: Wer bin ich – und wenn ja wie viele? – Transidentität – (keine) kreative Lösung? 2–3/15
- Jens Tiedemann: Scham-Wut als Ursache von Fanatismus und Gewalt 2/16
- Wolfgang Till: Homosexuelle Männer: Zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit – zwischen Aktivität und Passivität 1/94
- Karin Tordy: Wie werden wir empfangen? Psychologische Aspekte zur Eizellspende 3/14
- Volker Tschuschke: Zum Stand der Psychotherapie – Allgemeine oder schulgebundene Psychotherapie? 1/01
- Eva-Dorota Uhrová: KIP und Kunst – Suche (oder Sehnsucht) nach der Struktur 2/02
- Dorota Uhrová: Ist Kreativität das »Salz« der Psychotherapie? 2–3/15
- Harald Ullmann, Margret Flores d'Arcais-Strotmann: Der Tagtraum unter der Lupe 1/02
- Harald Ullmann: Die narrative Dimension der Kathathym Imaginativen Psychotherapie 2/02
- Harald Ullmann: KIP und Hypnose in Konkurrenz – Gemeinsamkeiten und Unterschiede 2/05
- Harald Ullmann: Die Ros' ist ohn' warum... Über das Eigenleben emotionsgetragener Symbole 4/08
- Harald Ullmann: Die metaphorische und narrative Dimension der Kathathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) – Über den Zusammenhang von Symbol, Drama und Metapher 2/09
- Harald Ullmann: Imagination in der Psychotherapie – Zur Positionsbestimmung der KIP 4/10
- Harald Ullmann: Zum Sinn und Unsinn von Metaphern in der Psychotherapie. Möglichkeitsräume des Symboldramas 1–2/12
- Harald Ullmann: Der Tagtraum als Wegbereiter des Neuen – Zum vielfältigen Potenzial an Geschichten in der Kathathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) 3/13
- Harald Ullmann: Wie Konflikte zu neuen Geschichten führen: die »Zentrale Beziehungsgeschichte« in der KIP 2–3/15
- Iris Veit und Eva-Maria Einig: Kooperative Psychotherapie: Das Herner Modell – Ein Praxisbericht 3/04
- Rolf Verres: Subjektive Steuerungs- und Erkenntnisprozesse in der Gesundheitsforschung 3/93

- Marika Vogelsinger: **Kombination von KIP-Therapie, Marionettenspiel und kreativen Techniken in der Kinder- und Jugendlichentherapie** 3/11
- Christine Walder: »If you want your dream to be ...« – **Überlegungen zu den Berührungspunkten von Spiritualität und KIP** 4/11
- Christine Walder: **Heilsames Lesen und Schreiben. Zur Verbindung von Poesietherapie und Bibliothektherapie mit der KIP** 1–2/12
- Heinrich Wallnöfer: **Autogenes Training als Psychotherapie** 1–2/92
- Heinrich Wallnöfer: **Das Phänomen Hypnose** 1/93
- Heinrich Wallnöfer: **Nachruf auf Univ.-Prof. univ. med. Dr. Alois Moritz Becker** 3/09
- Heinrich Wallnöfer: **I. H. Schultz und die Psychoanalyse** 3/11
- Henriette Walter: **Stellenwert der Hypnose in der Therapie** 2/93
- Henriette Walter, Brigitte Anderl, Marianne Martin: **Weiterbildungscurriculum für zahnärztliche Hypnose und Kommunikation** 1/96
- Henriette Walter: **Neu in Österreich – ZahnärztInnen lernen Hypnosetechniken** 4/94
- Reinhard Walter: **Die Vielfalt in mir** 3/94
- Reinhard Walter: **Der kleine Stern der Ewigkeit** 4/95
- Beatrix Weber Bertschi, Graciela Greco: **Türbilder – Bildertüren. Wohin führen Bildertüren?** 2/02
- Beatrix Weber Bertschi: **KIP-Bildmotive für die Kurztherapie bei Müttern nach traumatisch erlebter Geburt. Zur Geburtsverarbeitung – mit Falldarstellung** 1–2/12
- Beatrix Weber Bertschi, Graciela Greco: **Begleitung des Migrationsprozesses mit KIP und psychodynamischen Techniken** 1/16
- Susanne F. Wernegger: **Body-Image-Störung als persistentes Symptom nach überwundener Adipositas** 1/97
- Corinna Wernz, Mathias Lohmer: **Sexualität und Abwehrmechanismen** 2/10
- Peter Widmer: **Schlängliches** 1/95
- Renate Wimberger: **Überlegungen zur Dauer von Psychotherapien und der Verleugnung von Sterben und Tod in der Therapie** 1/98
- Sylvia Wintersperger: **Wann ist das Trauma zu Ende? Wege und Ziele in der Traumatherapie** 2/06
- Hans-Jürgen Wirth: **Narzissmus und Machtmissbrauch in der Psychotherapie** 2/09
- Alexis Konstantin Zajetz: **Burnout: Ursachen, Neurobiologie und Therapie** 4/13
- Philip Zindel: **Eine hypnoanalytische Methode zur aktiven Introjektion des Therapeuten bei tief gestörten Patienten** 4/96
- Philip Zindel: **Hypnose im Spannungsfeld zwischen Machtphantasien und abstinenter Nähe** 4/99
- Sylvia Zwertler-Otte: **Über die Bedeutung von Deck-erinnerungen in der KIP** 1/94
- Sylvia Zwertler-Otte: **KIP als tiefenpsychologisches Verfahren oder Die rote Kappe des Bahnhofsvorstandes** 1/95
- Sylvia Zwertler-Otte: **Gespräch mit Prof. Dr. Otto Lang zu seinem 70. Geburtstag** 2/97
- Sylvia Zwertler-Otte: **Die Fresken des Goldegger Rittersaales als katathyme Bilder** 2/97
- Sylvia Zwertler-Otte: **»Iuvat vivere!« – Psychoanalytische Überlegungen zur Lust** 4/98
- Sylvia Zwertler-Otte: **Suggestive und analytische Elemente der Psychotherapie** 4/99
- Sylvia Zwertler-Otte: **Bilder sind Netze, was auf ihnen erscheint, ist der haltbare Fang« (Elias Canetti) – Über die schöpferische Seite des Unbewussten** 3/16
- Ralf Zwiebel: **Gegenübertragung, Präsenz und Einsicht** 2/11
- **Curriculum für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** 2/99
- **Tagungsband Open Space Interlaken** 4/09

## Hinweise für AutorInnen

- 1) Die Imagination veröffentlicht wissenschaftliche Originalbeiträge. Mit der Einsendung eines Beitrags erklärt der/die AutorIn, dass dieser bisher auf keinem Medium veröffentlicht wurde sowie dass er/sie über sämtliche Rechte an ggf. mitgeliefertem Bildmaterial verfügt.
- 2) Manuskripte schicken Sie bitte als E-Mail oder auf Datenträger (CD, DVD oder USB-Stick) sowie in einfacher Ausfertigung ausgedruckt an die ÖGATAP, 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13 (E-Mail: [imagination@oegatap.at](mailto:imagination@oegatap.at)). Hinweise zu den möglichen Formaten finden Sie auch auf der Website der ÖGATAP unter [www.oegatap.at/imagination/publikationshinweise](http://www.oegatap.at/imagination/publikationshinweise) in den »technischen Hinweisen«.
- 3) Die Schriftleitung gibt eingesandte Manuskripte in ein Peer-Review-System. AutorInnen erhalten nach der Begutachtung der vorgelegten Manuskripte eine Benachrichtigung bezüglich der Annahme zum Abdruck in der *Imagination*.
- 4) Bitte fügen Sie Ihrem Beitrag eine *Zusammenfassung* von maximal 10 Zeilen hinzu.
- 5) Kennzeichnen Sie bitte Ihren Artikel durch maximal 3 *Schlüsselwörter*.
- 6) Zur *Hervorhebung einer Textstelle* verwenden Sie bitte *ausschließlich die Kursivsetzung* des Textverarbeitungsprogramms (also nicht fett, nicht unterstrichen bzw. nicht gesperrt!).
- 7) *Fußnoten* bzw. *Endnoten* bitte immer mit der Fuß- bzw. Endnotenfunktion des Textverarbeitungsprogramms erstellen. Bitte verwenden Sie Fußnoten nicht für Literaturangaben im Text.
- 8) *Korrektes Zitieren* in der Zeitschrift »Imagination« (Autorinnen und Autoren bitte unbedingt Zitiervorschriften für Literaturangaben beachten!):

Literaturangaben im Text: Nur Nachname des Autors und Jahreszahl (ohne Beistrich). Im Text soll die Jahreszahl der Originalpublikation angegeben werden. Im Literaturverzeichnis dann auch Jahreszahl einer Übersetzung oder einer Neuauflage.

*Beispiel (im Text):* (Kohut 1971)

*Beispiel (im Text mit Seitenangabe):* (Kohut 1971, S. 83)

*Beispiel (im Text mit Angabe einer Seite und der folgenden):* (Kohut 1971, S. 83f)

*Beispiel (im Text mit Angabe einer Seite und mehreren folgenden):* (Kohut 1971, S. 83ff)

*Beispiel (im Text mit Angabe von–bis):* (Kohut 1971, S. 83–87)

*Erstellen des Literaturverzeichnisses:*

*Beispiele (Zitieren eines Buches):*

Winnicott, D. W. (1958): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. München: Kindler. Dt. 1983

Ullmann, H. (Hrsg.) (2001): Das Bild und die Erzählung in der Psychotherapie mit dem Tagtraum. Bern: Huber: 158–166

*(mit Angabe des Erscheinungsjahres der deutschen Ausgabe):* Kohut, H. (1971): Narzissmus. Frankfurt/M.: Suhrkamp. Dt. 1973

*(mit Angabe der Auflage):* Ermann, M. (1999): Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin. Stuttgart: Kohlhammer, 3. Aufl.

*Beispiele (Zitieren einer Zeitschrift):*

Dornes, M. (2004): Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. Forum Psychoanal 20: 175–199

Fischer-Kern, M. (2004): Psyche – Z Psychoanal 52: 681–706

- 9) Am Ende Angabe von Namen, Adresse und Schwerpunkte der Tätigkeit.
- 10) Das *Beachten einer gendersensiblen Schreibweise* obliegt den AutorInnen.
- 11) Prinzipiell sollen neue Manuskripte nach der *neuen deutschen Rechtschreibung* verfasst sein. Für die Einhaltung dieser Richtlinien bedanken wir uns herzlich.



## Technische Hinweise

Stand: November 2017

### Senden Sie uns bitte Ihre Daten in einem der folgenden Formate:

**Textdateien:** DOC oder DOCX aus Microsoft Word (Windows oder Macintosh – alle Versionen), ODF (Open Document Format) aus OpenOffice, RTF (Rich Text Format).

#### In jedem Fall aber bitte auch einen Ausdruck mitsenden!

**Bilddateien:** Anstelle von eingescannten Fotos oder Grafiken wäre es uns lieber, wenn Sie die Originale zum Scannen zu Verfügung stellen könnten. Anderenfalls ist bei Farb- und Graustufenbildern eine Auflösung von **mindestens 300 dpi** notwendig (bezogen auf die Größe, in der das Bild abgedruckt wird). Beispielsweise ist bei einem Bild, das mit einer Breite von 8cm abgedruckt wird, eine Größe von **mindestens 1000 Pixel** in der Breite notwendig. Farbbilder können nur in Graustufen gedruckt werden. Für reine Strichgrafiken (schwarzweiß) ist eine Auflösung von ca. **1000 bis 1200 dpi** notwendig.

**Binden Sie die Bilder bitte keinesfalls in das Textdokument ein**, sondern legen Sie sie als getrennte Dokumente bei. Fügen Sie im Text an entsprechender Stelle einen Hinweis auf die jeweilige Abbildung ein, z.B.: (s. Abbildung 2) etc.

Abbildungen können aus satztechnischen Gründen auch nicht immer an genau derselben Stelle platziert werden, wie in Ihrem Textdokument.

**Formate:** JPG/JPEG (mit minimaler Kompression), TIF (möglichst LZW-komprimiert), evtl. auch: BMP, PIC, PICT. Auflösung siehe oben. Für den Druck keinesfalls geeignet: GIF.

Vektorgrafiken aus CorelDraw und Adobe Illustrator sowie EPS-Dateien können meistens problemlos übernommen werden, bitte aber **unbedingt** die verwendeten Schriften beilegen oder die Schriften in Kurven umwandeln!

PDF-Dateien können nur verwendet werden, wenn sie nicht mit einem Passwort geschützt sind bzw. das Passwort mitgeschickt wird.

**Urheberrecht:** Beachten Sie bitte beim Verwenden fremder Bilder und Grafiken unbedingt das **Urheberrecht** der jeweiligen Bildquellen. Sowohl aus Büchern eingescanntes Bildmaterial als auch Bilder aus dem Internet dürfen nur mit ausdrücklicher (schriftlicher) Genehmigung des Rechteinhabers verwendet werden (bei Büchern und Zeitschriften ist das **meist der Verlag, nicht der Autor**).

Wenn Sie **von PatientInnen angefertigte Zeichnungen, Skulpturen u.ä.** im Rahmen ihres Artikels veröffentlichen möchten, beachten Sie bitte, dass Sie dazu die Zustimmung des/der PatientIn einholen müssen.

### Auf folgende Arten können Sie uns Ihre Daten senden:

**Per E-Mail:** [imagination@ogatap.at](mailto:imagination@ogatap.at)

Beachten Sie bitte bei der Übersendung der Daten als E-Mail, dass die meisten E-Mail-Dienste nur etwa 7,5 Megabyte an Daten pro Mail übertragen können. Verteilen Sie bitte daher Ihre Daten nötigenfalls auf mehrere Mails. Für größere Dateien verwenden Sie bitte physische Datenträger (CD, DVD, USB-Stick o.ä.) oder einen Internetdienst wie z. B. Hightail (<https://de.hightail.com/>).

**Per Post:** Datenträger: CD, DVD, USB-Stick. Bitte keine Disketten!  
an das Sekretariat der ÖGATAP: 1070 Wien, Kaiserstraße 14/13

### Wegen technischer Fragen wenden Sie sich bitte an:

Gerhard Krill, E-Mail: [grafik@krill.at](mailto:grafik@krill.at), Tel.: (01) 581 02 29





