

Der Tagtraum als Therapeutikum - Affektsteuerung durch Imaginationen

Dr.phil., Dipl.-Psych. Leonore Kottje-Birnbacher

Vortrag am 18. April 2005 im Rahmen der
55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 (www.Lptw.de)

1. Einleitung: Der Tagtraum als Teil des Bewusstseinsstroms

Unsere Wahrnehmungen und unsere Erinnerungen werden in hohem Maße durch Vorstellungen geprägt, die wir selbst in sie hineinlegen: wir ergänzen alles, was uns begegnet, zu "guten Gestalten", zu sinnvollen Bildern, und erst unsere Fähigkeit, Sachverhalte der Außenwelt mit Bedeutung zu versehen, ermöglicht es uns, aus unseren Sinneseindrücken ein kohärentes Bild der Welt zu konstruieren. Dabei ist uns nur selten bewusst, wie groß der "selbstgemachte" Anteil an unserer Wahrnehmungswelt ist. Das wird uns nur dann klar, wenn unsere Erwartungen völlig an der Realität vorbeigehen und wir schmerzhaft mit ihr zusammenstoßen, oder wenn uns jemand darauf aufmerksam macht, dass man eine Situation auch ganz anders verstehen könnte - z.B. ein Psychotherapeut, der um die vielfältigen Abwehrmechanismen weiß, die die inneren Bilder der Realität verändern (Projektion, Verleugnung, Verdrängung, Reaktionsbildung).

Schon an unserer Wahrnehmungswelt hat also unsere Phantasie einen kräftigen Anteil und daneben produziert sie einen neben der Wahrnehmungswelt herlaufenden Strom innerer Vorstellungen. Tagträume und innere Bilder machen gewissermaßen den anschaulichen Teil dieses die Außenwahrnehmung begleitenden inneren Erlebens aus. Sie sind gewissermaßen der zweite Film, der in unserem Bewusstsein gleichzeitig, wenn auch weniger kontinuierlich, neben dem ersten Film der Wahrnehmungswelt abläuft und der wie der erste Film selbstverständlich nicht nur Seh-Bilder, sondern auch Hör- und Tast- und propriozeptive Bilder umfasst. Anders als der erste Film ist dieser zweite Film vielfach eng mit nichtanschaulichen psychischen Ereignissen verwoben, also mit Gedanken, Urteilen und Erwartungen, gewissermaßen mit unseren inneren Kommentaren zum Film.

Diese inneren Bilder heißen zu Recht "Tagträume", denn wie die Bilder von Nachträumen sind sie fragmentiert, diskontinuierlich, inkohärent und von abgestufter Bestimmtheit. Sie "ziehen leise durch unser Gemüt" wie Wolken über den Himmel, nicht leicht fassbar, undeutlich abgegrenzt, von unklarer Richtung, weitgehend unthematisch bleibend, aber von großer Bedeutung als Anzeichen der herrschenden und der für die nahe Zukunft zu erwartenden stimmungsmäßigen "Wetterlage". Das heißt aber nicht, dass sich Tagträume nicht

gleichzeitig wesentlich von Nachträumen unterscheiden, auch wenn die Zuordnung nicht immer ganz leicht ist - z. B. bei den Zuständen "zwischen Tag und Traum", in denen man einen faszinierenden Nachtraum mit einem Tagtraum zu verlängern sucht. Anders als Nachträume sind Tagträume aber gewissermaßen illusionslos: Der Tagträumende weiß, dass er "nur" träumt, dem Tagtraum fehlt die für den Nachtraum (und für Halluzinationen) charakteristische Realitätsunterstellung. Vor allem aber und das macht den Tagtraum unter therapeutischen Gesichtspunkten interessant - ist ein Tagtraum in weit höherem Maße steuerbar als ein Nachtraum. Nicht vollständig steuerbar, denn im Strom der Tagträume können sich Zwangsvorstellungen ebenso breit machen wie Zwangsgedanken im Strom der nicht-anschaulichen Vorstellungen. Dennoch bleibt es das unverwechselbare Kennzeichen des Tagtraums, das wir die Imaginationen in hohem Maße lenken und bestimmten Zwecken dienstbar machen können. Sie sind recht frei gestaltbar, und gerade wegen dieser Freiheit gehören sie zum Sanctissimum unserer Intimsphäre. Insofern lässt sich keine totalitäre Form der Herrschaft denken als diejenige, die auch noch diesen intimsten Freiraum besetzt oder ihn, wie traditionelle Gottesvorstellungen ("Gott sieht alles") oder Orwells "Gedankenpolizei", sogar unter Androhung von Strafen überwachen will.

2. Arten von Tagträumen

Tagträume können sich auf Zukünftiges beziehen oder auf Vergangenes oder auch auf hypothetische Möglichkeiten. Tagträume mit überwiegendem Vergangenheitsbezug müssen nicht immer eine angebbare Funktion haben, können es aber. Man kann affektiv unklare oder peinliche Erlebnisse noch einmal durchgehen, und wie im Nachtraum können dabei einige der vielen nicht genau wahrgenommenen und nicht richtig verstandenen Signale, die wir tagtäglich aufnehmen, noch einmal "wiedergekaut", verstanden und verarbeitet werden. Erinnerungsbilder durchziehen unser Gegenwartserleben wie der Webfaden den Teppich: Ohne sie wären die Inhalte unseres Gegenwartserlebens kaum einzuordnen, es wäre schwieriger, sich von ihrem unmittelbaren Andringen zu distanzieren und sie in ihrer Bedeutung zu relativieren. Erst durch das Abgleichen mit Erinnerungsbildern erhalten sie ihren Platz in einem biografischen Zusammenhang und erlauben uns, unseren eigenen Standort im sozialen Umfeld ständig neu zu bestimmen.

Tagträume von hypothetischen Lebensmöglichkeiten beziehen sich meist auf Erfahrungen, die wir nicht realisieren können oder wollen. Man kann sich etwa Liebesbeziehungen zu Menschen vorstellen, die für einen nicht erreichbar sind oder mit denen man aus Vernunftgründen keine Beziehung eingehen möchte, man kann auch viele andere Abenteuer, die man real lieber nicht unternimmt, in der Phantasie erfolgreich bestehen. In Tagträumen dieser Art können sich Gefühle und Wünsche ausleben, ohne die Wirklichkeit zu beeinträchtigen oder von ihr beeinträchtigt zu werden. Wunschphantasien gehören ebenso in diese Kategorie wie Angstphantasien und vor allem natürlich Mischungen aus beiden, die wir aus der Literatur und auch aus der heutigen Medienproduktion kennen.

Erfolgreiche Medienproduktionen sind gewissermaßen die kollektiven Tagträume der Gesellschaft. Angesichts der Tatsache, dass das Leben in den heutigen Industriegesellschaften in historisch bisher einmaliger Weise diszipliniert, abgesichert und risikofrei ist, ist es kein Wunder, dass sich diese kollektiven Tagträume oft mit sex and crime, also mit Aufregendem, Gefährlichen, Kriminellen und Perversen beschäftigen.

Durch Nachfühlen und Ausphantasieren der Erlebnisse anderer hat man die Möglichkeit, bisher Ungelebtes sozusagen auf Probe zu erleben. Dadurch können sich Entscheidungen und Neuorientierungen ergeben, die in die Zukunft hinein wirken. Man kann Handlungsmöglichkeiten entdecken oder verfügbar machen, Latenzen aufspüren und abklären, wie sie am Leben teilhaben könnten. Das utopische Potential des Tagtraums liefert dabei die inneren Ziele, und unsere Fähigkeit zum Ausphantasieren in die verschiedensten Richtungen sucht nach Wegen, die Wunschbilder in der durch die Vorgaben des Machbaren stark eingeschränkten Wirklichkeit immer wieder möglichst gut zu realisieren.

Während rückwärtsgewandte Imaginationen naturgemäß stark individuell geprägt sind und sich auf wichtige Situationen der je einzigartigen Biographie beziehen, spiegeln sich in den auf die Zukunft und auf unrealisierte Erlebnis- und Verhaltensmöglichkeiten gerichteten Imaginationen primär die spezifischen Leitvorstellungen der Kultur. Zukunftsvisionen und Zukunftsängste sind in höherem Maße als Erinnerungsinhalte gesellschaftlich koordiniert. Zeigen lässt sich das selbst noch an Vorstellungen, die extrem persönlich sind, wie den Nahtoderlebnissen, die in verschiedenen Kulturen und Zeiten ganz unterschiedlich erlebt werden: Im christlichen Mittelalter spielten hier Visionen von Fegefeuer und Hölle eine große Rolle. Sie fehlen in heutigen Nahtoderlebnissen fast gänzlich. Im Mittelalter waren auch Visionen einer Weggabelung häufig, wobei es den richtigen Weg zu wählen galt, nämlich den schmalen Pfad der Tugend und nicht den breiten der Sünde. Heute wird demgegenüber eher von Nahtoderlebnissen berichtet, in denen man aus der Dunkelheit zum Licht kommt, aus der Gebundenheit zur Freiheit. - In anderen, naturnäheren Kulturen (wie auch in unseren Märchen) kommen häufig Gespräche mit Naturgeistern, Tieren oder Pflanzen vor. Diese persönlich ergreifenden inneren Erlebnisse sind also in erstaunlichem Maß kulturell geprägt.

3. Funktionen und Steuerungsmöglichkeiten von Tagträumen

Imaginationen spiegeln die gerade vorherrschenden Affekte und können ihrerseits Affekte hervorrufen und intensivieren. Die Werbung spricht gezielt die Wunschphantasien ihrer Kunden an und verknüpft diese mit dem zu verkaufenden Produkt durch Anregung von Bildern: Man sieht eine Gruppe freundlicher, lustiger junger Leute in attraktiver Umgebung, man möchte zu dieser Gruppe dazugehören und auch eine Zigarette angeboten bekommen. Der Austausch von Zigaretten schafft Kontakt, gehört dazu. - Wenn man das so platt sagen würde, wäre es nicht wirksam, aber die implizite, assoziativ-bildhafte Koppelung ist wirksam. Auch Kinofilme spiegeln nicht nur die kollektiven Phan-

tasien sondern können sie auch modifizieren: Das Umweltbewusstsein der Amerikaner stieg sprunghaft an nach Erscheinen des Films "The day after tomorrow", ein Science-Fiction-Film, in dem Amerika in einer Klimakatastrophe versinkt. Differenziert begründete moralische Appelle vorher hatten dagegen kaum eine Wirkung.

Imaginationen helfen bei der Verarbeitung von Affekten: Bei dem inneren Wiederkäuen von Situationen, in denen man sich nicht so verhalten hat, wie man es sich gewünscht hätte, fallen einem andere mögliche Reaktionsweisen ein, so kann man eine belastende Situation noch einmal durchspielen mit erfreulichem Ausgang, dabei sozusagen für das nächste Mal üben und sein Selbstwertgefühl stabilisieren.

Imaginationen wirken unmittelbar auf körperliche Prozesse ein. Menschen, die eine besondere imaginative Begabung haben, können allein durch die innere Vorstellung, dass sie rennen, ihren Herzschlag massiv beschleunigen (Achterberg 1990, 158). Intensive erotische oder ängstigende Phantasien rufen bei allen Menschen dramatische physiologische Veränderungen hervor - das weiß jeder, der einmal heftig verliebt war oder eine Panikattacke hatte. Umgekehrt normalisiert sich durch angenehme, entspannende Vorstellungen ein unruhiger Puls und der Blutdruck sinkt. Auf diesem Weg der imaginativen Beruhigung können Heilungsprozesse ausgelöst bzw. verstärkt werden, das ist auch die Grundlage des Placeboeffekts. Die Effektivität des Placebos variiert entsprechend den Erwartungen des Patienten: In einer Untersuchung wurden z.B. Patienten, die mit blutenden Magengeschwüren eingeliefert wurden, mit Wasserinjektionen behandelt. Dabei wurde ihnen gesagt, dass diese Injektionen sie heilen werden, oder dass die Wirksamkeit dieses Mittels noch nicht genau bekannt sei. 70% der ersten und 25% der zweiten Gruppe zeigten positive Besserungen, die anhielten (Achterberg 1990, 118).

Durch das Betrachten von Kinofilmen, die Gefühle anregen, verändert sich auch das hormonelle Gleichgewicht: Psychologen der Universität Michigan haben vor und nach Kinovorführungen die Hormone im Blut ihrer Probanden bestimmt. Durch den Film "Die Brücken am Fluß" stieg das weibliche Geschlechtshormon Progesteron bei Frauen und Männern an, damit gleichzeitig das Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Anlehnung. Der Film "Der Pate" ließ bei Männern das Testosteron in die Höhe schießen, während es bei Frauen sank. Der emotional neutrale Kontrollfilm, ein Dokumentarfilm über den Regenwald am Amazonas, hatte keinerlei hormonelle Auswirkung. Vielleicht kann man sich in Zukunft die Filme in der Videothek nach ihren Hormonwerten aussuchen, je nachdem, welchen emotionalen Zustand man sich für den Abend wünscht ("Die Zeit" vom 19.7.2004, Sabine Etzold: Im falschen Film? Hormonhaushalt und Kino).

Imaginationen können auch - kompensatorisch ein langweiliges Leben bereichern. In Situationen von sensorischer Deprivation tauchen bei allen Menschen intensive Imaginationen auf, mit denen sich das Gehirn sozusagen selbst stimuliert, und fast alle Menschen lassen in langweiligen Situationen (z.B. bei Fließbandarbeit) ihre Gedanken spazieren gehen oder machen heute von der

noch bequemeren Möglichkeit Gebrauch, sich vom Fernsehen mit Bildern versorgen zu lassen. Im 19. Jahrhundert setzte Jean Pauls vergnügtes Schulmeisterlein Maria Wuz seine Einbildungskraft systematisch und gezielt ein, um die Neuerscheinungen auf dem Buchmarkt anhand der Titel im Katalog der letzten Leipziger Buchmesse selber zu schreiben (sie zu kaufen, wäre für ihn zu teuer gewesen). Auch in mittelalterlichen Klöstern hatten Imaginationen eine wichtige anregende Funktion in dem reizarmen ritualisierten Alltag: Nach den überlieferten Nonnenbüchern gehörten Visionen zum festen Bestandteil des Klosterlebens, über die man sich regelmäßig austauschte. Sie wurden von den aktuellen geistlichen Anregungen inspiriert, so dass in der Adventszeit häufig das Jesuskind, in der Weihnachtszeit die Gottesmutter und in der Osterzeit der leidende Christus in Visionen erschien.

Auch heute noch werden innere Ersatzwelten geschaffen, wenn die Realität bedrückend eintönig ist. So verriet mir vor einigen Jahren eine Frau, die wegen Krankheit frühberentet wurde und recht einsam von Sozialhilfe lebte, dass sie täglich von Prinz Charles träume, dass der sie entdecken und heiraten würde und sie dann sozusagen die Nachfolge von Lady Di antreten könnte.

Ein gezielter Einsatz von Imaginationen spielt immer auch in der Wissenschaft, Politik und Technik eine Rolle, alle planerischen, strategischen und kreativen Überlegungen sind eine Art Probehandeln unter Realitätsentlastung. Imaginativ können neue Ideen auf ihre Tragfähigkeit hin getestet werden. Hier steht ein Spielraum zur Verfügung, in dem man wach und konzentriert bei der Sache ist, aber entlastet von Angst in einem hirneurologisch optimalen Zustand von mittlerem Arousal in einem modulierbaren Gleichgewicht von intendierender Steuerung und neugierigem Sich-Überraschen-Lassen. Auf diesem Wege werden die inneren Bilder vom eigenen Selbst und von der Welt immer wieder überarbeitet.

4. Therapeutischer Einsatz von Imaginationen

Imagination lassen sich auch therapeutisch nutzen, und das wurde sehr früh entdeckt. So spielen etwa im Schamanismus, einem der ältesten und universalsten Heilverfahren der Menschheit, Imaginationen eine zentrale Rolle (vgl. Kraft 1995 und Rösing 2003). Der Schamane heilt in einer Trance, die er durch vorbereitende Rituale oder durch Einnahme psychotroper Substanzen induziert. Er begibt sich willentlich in einen Zustand lebhaftester Imaginationen oder Visionen, den er ebenso willentlich dann auch wieder beendet. In Trance kann er zwischen der Welt der Menschen und der Welt der Geistwesen vermitteln, entweder indem er durch eine "Flug-Trance" in die Welt der Götter und Geistwesen hineinfliegt und anschließend berichtet, was er erlebt hat, oder indem er in einer "Besessenheits-Trance" zum Medium wird, dessen Körper von Göttern oder Geistwesen besetzt wird, die dann aus ihm heraus sprechen und handeln. Der Schamane nimmt also gewissermaßen stellvertretend Kontakt zu übernatürlichen Heilkräften auf und bringt dabei das aktuelle Problem in eine symbolische Gestalt, die den mythologischen Vorstellungen der Gruppe entspricht,

wodurch sich das bislang ohnmächtig Erlittene in etwas verwandelt, das verstanden und aktiv behandelt werden kann. Durch den Glauben, dass es sich dabei um eine unmittelbare Botschaft der Götter handelt, und durch die Anwesenheit der gesamten relevanten Gruppe gewinnt das Geschehen höchste Intensität und kann psychische und physiologische Veränderungen auslösen.

Auch in der Antike spielten Träume und induzierte Imaginationen eine große Rolle in der Heilkunde, etwa im Tempelschlaf in den großen Asklepius-Heiligtümern in Epidauros und auf Kos (Schott 1984). Die Tempel lagen landschaftlich wunderschön, waren mit Bädern ausgestattet, mit Quellen, Theater und Räumen zur Entspannung und Anbetung, so dass schon die Umgebung sehr wohltuend war wie bei den heutigen Kurkliniken. Die Patienten begaben sich nach vorbereitenden Maßnahmen (beten, fasten, Reinigungsrituale) in der Nacht in den Tempel, um den Gott im Traum zu erwarten. Diese Träume wurden vermutlich durch die Priester unterstützt, indem Äskulap (bzw. ein Priester, der ihn darstellte) im Halbdunkel auftrat mit einem Stab in der Hand, um den sich eine Schlange ringelte, und mit Gefolge, das mit Medikamenten und chirurgischen Instrumenten ausgestattet war und Behandlungen ausführte. Die ehrfurchtgebietende Atmosphäre des geweihten Tempels und die eindrucksvollen Eindrücke zwischen Schlafen und Wachen mobilisierten die Visionen und die Heilkräfte.

Erwähnen möchte ich im Rahmen des weiteren Umfeldes der imaginativen Psychotherapie noch den Gründer des Jesuitenordens, Ignatius von Loyola. Im späten Mittelalter wurde angenommen, dass die Religion als Medizin ausreiche, als Behandlung wurde etwa Kasteiung des Fleisches, Beten in heiligen Schreinen und Wallfahrten zu Reliquien von Heiligen empfohlen (Achterberg 1990, Schipperges 1990, Jankrift 2003). Ignatius von Loyola entwickelte auf diesem ideengeschichtlichen Hintergrund religiöse Exerzitien zur Heilung von Körper und Seele, in denen die gesamte christliche Heilsgeschichte imaginativ nacherlebt wurde. In seinen um 1530 geschriebenen "Geistlichen Übungen" beschreibt er das Vorgehen sehr genau. Ziel war das "Verspüren und Verkosten der Dinge von innen her". Den Übenden wurden konkrete Szenen vorgegeben, die sie imaginativ mit allen Sinnen ausgestalten sollten. Bei dem Fegefeuer und der Hölle etwa sollten sie sich das Feuer mit den brennenden Leibern visuell vorstellen, das Geschrei und die Lästerungen der Verdammten hören, den Rauch, den Schwefel und den Unrat riechen, die Tränen kosten und die Feuergluten auf der Haut spüren. Durch diese Konkretetheit gewann die Heilsgeschichte eine ungeheuer intensive innere Realität, die Übenden wurden in ihrem Glauben gefestigt und konnten ihr Leben entsprechend den christlichen Werten neu ordnen, was sicher ihrer Gesundheit zu Gute kam.

Unter den Pionieren der modernen Psychotherapie haben vor allem C. G. Jung und I. H. Schultz imaginative Methoden entwickelt.

C. G. Jung entdeckte 1913 in einer heftigen eigenen Lebenskrise, dass durch Imaginationen bei wachem Bewusstsein entscheidende Anregungen aus dem Unbewussten gewonnen werden können. Er entwickelte aus seinen Erfahrun-

gen die "Methode der aktiven Imagination". Man kann dabei mit irgendeinem Bild, etwa aus einem Nachttraum, beginnen, sollte das Bild dann in Ruhe betrachten, ohne jeden Versuch es zu beeinflussen, einfach beobachten, wie es sich zu entfalten beginnt und welche Wandlungen spontan eintreten. Sofern eine Figur auftaucht, die spricht, sollte man selbst sagen, was man zu sagen hat, und auf das hören, was er oder sie zu sagen hat. - In diesem Prozess treten das Ich und das Unbewusste miteinander in Dialog, ohne dass eins das andere unterdrückt oder assimiliert. Nach Rücknahme des Versenkungszustandes kann man die spontan erlebten Imaginationen dann noch einmal eventuell zusammen mit einem durchgehen, um Hinweise auf die gegenwärtige Lebenssituation zu finden und zu integrieren.

20 Jahre später entdeckte I. H. Schultz (1932), dass beim Autogenen Training in tief entspanntem Zustand spontan Imaginationen entstehen, die eine tiefe Innenschau und Selbstbesinnung ermöglichen. Er entwickelte daraus die "Oberstufe des Autogenen Trainings". Dabei geht man im meditativen Zustand einer tiefen Entspannung von sehr sparsamen Motivvorgaben aus, das kann etwa eine Farbe sein, ein Gegenstand oder ein abstrakter Begriff (etwa Ruhe, Glück, Gerechtigkeit oder Harmonie). Aus der ruhigen Betrachtung entwickelt sich dann allmählich von selbst eine intensive Bilderwelt mit deutlichen Sinnesqualitäten, Gefühlen, Erinnerungsfragmenten und neuen Einsichten.

Etwa zeitgleich zu Schultz entwickelten unabhängig voneinander - in Deutschland und in Frankreich - Happich (1932) und Desoille (1938) einen dialogischen Umgang mit Imaginationen. Sie forderten ihre Patienten auf, sich bestimmte Dinge vorzustellen oder sich innerlich in eine bestimmte Umgebung zu versetzen und sich darin zu bewegen und simultan dem Therapeuten darüber zu berichten, so dass dieser den Patienten in seiner Imagination begleiten konnte. Bei diesem Vorgehen entwickeln Patient und Therapeut miteinander ein symbolgesteuertes Narrativ, das dadurch, dass sich in ihm die spezifischen Sichtweisen des Patienten ausdrücken, diagnostisch nutzbar ist. Gleichzeitig ist es auch therapeutisch wirksam, indem der Patient in der Quasi-Welt der Imaginationen unterstützt vom Therapeuten neue Erfahrungen machen kann. Diese Vorarbeiten standen H. Leuner zur Verfügung bei der Entwicklung seiner katathym-imaginativen Psychotherapie, auf die ich im Folgenden näher eingehen möchte (Leuner 1994 und 2005, Kottje-Birnbacher 2000, Wilke 1993, Kottje-Birnbacher, Sachsse, Wilke 1997, Ullmann 2001).

5. Imaginationen in der Katathym-imaginativen Psychotherapie

Die Katathym-imaginative Psychotherapie (ich werde das lange Wort im folgenden mit KIP abkürzen) nutzt Imaginationen, um unbewusste Motivationen, Phantasien, Konflikte und Abwehrmechanismen, Übertragungsmuster und Widerstände konkret sichtbar und fühlbar zu machen, und durch neue Erfahrungen auf der Symbolebene den Empfindungs- und Handlungsspielraum des Patienten zu erweitern. Das Wort "kata-thym" kommt aus dem Griechischen: Als "kata-thymios" wurden Dinge bezeichnet, die einem im Sinn, in den Gedanken

oder am Herzen liegen. Katathym werden die Imaginationen genannt, weil sie von innen gesteuert sozusagen ohne aktives Zutun des Patienten die aktuelle emotionale Befindlichkeit und die zentralen Beziehungskonflikte ausdrücken.

Der Beginn der therapeutischen Arbeit mit KIP sieht so aus, dass man im Rahmen der Vorgespräche, die zur Klärung der Diagnose und Indikation stattfinden, auch die Imaginationsfähigkeit überprüft durch eine kleine Probe-Imagination mit einem einfachen, nicht ängstigenden Motiv. Der Patient wird dafür gebeten, sich zu entspannen, seine Aufmerksamkeit nach innen zu wenden und sich z.B. irgendeine Blume vorzustellen, die gerade vor seinem inneren Auge auftaucht, und diese dem Therapeuten zu beschreiben. Der Therapeut fragt dann genauer nach, wodurch sich das Bild ausdifferenziert, und gibt Anregungen, z. B. die Blume zu berühren oder an ihr zu riechen. Nach einer solchen Imagination stellen Patienten meistens verwundert fest, dass die Blume etwas mit ihnen selbst zu tun hat: ob sie groß oder klein ist, strahlend oder unscheinbar, vital-üppig und halb vertrocknet, einen stabilen oder einen schwachen, stützungsbedürftigen Stiel hat, allein steht oder in Gesellschaft - das alles pflegt zu dem Patienten zu passen.

Ich möchte Ihnen einige Bilder von Blumen zeigen.

Diese Sonnenblume stammt von einer relativ gesunden Frau, die viel Wärme ausstrahlt. Sie kam in einer Krise nach mehreren vergeblichen In-vitro-Fertilisationen. Die Malerin dieser Anemone kam wegen Depressionen in Therapie. Diese Blume wurde von einer 63jährigen erschöpft-depressiven Lehrerin gemalt, die sich mit ständigen Pflichten sehr unter Druck setzte. Sie wollte sich eigentlich gern einen großen Strauß Rosen vorstellen, aber es erschien nur eine Rose, sehr aufrecht, ohne Blätter, mit kleiner Blüte und vielen gegen die fordernde Umgebung schützenden Dornen.

Was für eine Blume erscheint, ist alles andere als zufällig. Neben "Tagesresten" bestimmen innere Affinitäten die strukturellen Eigenschaften der Blume, und indem der Patient die Blume auf sich selbst und seine aktuelle Situation bezieht, wird ihm das Wesen der Symbolisierung, von dem die KIP Gebrauch macht, deutlich. Das motiviert ihn, auch weiterhin mit Imaginationen zu arbeiten.

Die Imaginationsphasen beginnen jeweils mit einer Entspannung, dadurch finden sie in einem besonderen geschützten Raum statt: Die Wendung nach innen, weg vom Alltäglichen, hin zum persönlich Wesentlichen, wird akzentuiert. Je nach dem therapeutischen Anliegen und dem ich-strukturellen Niveau des Patienten werden die Imaginationen länger oder kürzer dauern und auf unterschiedliche Art vom Therapeuten begleitet werden (Dieter 1999). Die Dauer variiert von etwa 2 Minuten bis 25 Minuten, manchmal geht es um die kurze bildhafte Verdeutlichung einer emotionalen Situation, manchmal um ein tiefes Eintauchen in innere Symbolwelten.

Als Ausgangspunkt für die Imaginationen werden den Patienten jeweils Motive vorgegeben, meist als erstes die von Leuner entwickelten sogenannten

Grundmotive: Wiese, Bach, Berg, Haus und Waldrand. Diese offenen Landschaftsmotive ermöglichen einen guten Einstieg in das Imaginieren, der Patient lernt, sich in einer selbst geschaffenen Quasi-Realität zu bewegen, der Therapeut begleitet ihn durch Nachfragen (wie die Landschaft aussieht, wie das Wetter ist, was er jetzt tun möchte, wie er etwas findet) und regt dadurch zu genauerem Wahrnehmen und Fühlen an. Jedes Motiv hat einen symbolischen Ausdruckscharakter und lädt dadurch zur Darstellung bestimmter innerer Themen ein:

- Eine Wiese spiegelt die emotionale Gestimmtheit; sie kann üppig, voller Blumen und Leben oder karg und eintönig sein, weit und offen oder eng umzäunt, sie kann zum Verweilen oder zum Sich-Aufmachen einladen.
- Ein Bach hat eine Verlaufsstruktur mit Anfang und Ende und ist in ständiger Bewegung, er kann viel oder wenig Wasser enthalten, sanft oder stürmisch fließen, man kann sich in ihm erfrischen oder an ihm entlang gehen, um die verschiedenen Landschaften, die er durchfließt, zu erkunden;
- Ein Berg kann hoch oder weniger hoch sein, er lädt zu einer Bergtour ein, zu Anstrengung und Bewältigung, aber er kann auch abweisend, bedrohlich oder unbewältigbar wirken.
- Ein Haus kann groß oder klein sein, intakt oder beschädigt, es gibt durch die Ausgestaltung der verschiedenen Räume Hinweise auf Oralität, Analität, Sexualität (Klessmann und Eibach 1993).
- Am Waldrand schließlich kann es zu Begegnungen mit aus dem Wald heraus tretenden Symbolgestalten kommen.

Durch das Setting der KIP werden zwei Kommunikationsebenen etabliert: die Ebene der Imagination und die Ebene des Gesprächs (vgl. Kottje-Birnbacher 1992). In den Imaginationen dominiert das Erleben, in den Gesprächen die kognitive Verarbeitung. Die Imaginationen haben zum einen die diagnostische Funktion der Spiegelung der aktuellen Gefühle und inneren Beziehungsmuster des Patienten, zum anderen eine Container-Funktion: In den Bildern können die ursprünglichen Objektbeziehungen in symbolisch verkleideter Form wieder erlebt werden. Der Raum der Imaginationen gestaltet sich dabei zu einer Art Übergangsraum im Sinne Winnicotts: Der Patient erschafft seine Bilder, kann omnipotent über sie verfügen, sie kreativ gestalten und sie mit einem anderen Menschen, dem Therapeuten, teilen. Durch den gelingenden Kontakt zwischen Innenwelt und Außenwelt entsteht ein Gefühl von innerer Realität und Lebendigkeit. - Die Gesprächsebene gestaltet sich komplementär: Auf ihr dominiert die Metakommunikation, Patient und Therapeut arbeiten kognitiv orientiert zusammen, um die Affekte und Beziehungskonstellationen besser zu verstehen.

Dass die Art der Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut auf den beiden Ebenen jeweils deutlich verschieden ist, kann man quantitativ nachweisen. In computergestützten Inhaltsanalysen ergab sich, dass in den Imaginationenphasen hochsignifikant mehr Primärprozess- und Emotions-Vokabular verwendet wird als in therapeutischen Gesprächen, insbesondere überwiegen positive Emotionswörter und dabei besonders die positiven Selbstemotionen (Stigler und Pokorny 2000 und 2005), in den Gesprächsphasen dagegen überwiegt Sekundärprozess-Vokabular. In den Imaginationen entsteht also ein als positiv

erlebter Entwicklungsraum, vorher diffus gespürte Gefühle nehmen eine mitteilbare Gestalt an und können dann verarbeitet, nämlich mit Erinnerungen angereichert und kreativ verändert werden. Statt diffusem Unbehagen oder frei flottierender Angst kristallisiert sich eine strukturierte Situation heraus mit Bedeutungen und Möglichkeiten der Affektbindung und Affektabfuhr.

6. Ein Fall

Ich möchte nun einen Ausschnitt aus einer längeren Therapie folgen lassen, um die spezifischen Arbeitsmöglichkeiten der KIP bei der Begleitung der Imaginationen darzustellen, mit Möglichkeiten, Affekte zu entwickeln und auszudifferenzieren oder zu moderieren.

Es handelt sich um eine 28jährige adipöse Patientin, die wegen depressiver Verstimmungen, psychosomatischer Beschwerden (schweres Ekzem, chronische Magenschmerzen) und sexueller Probleme in Therapie kam. Ich möchte gar nicht viel von ihrer Geschichte erzählen, weil es nicht auf diese spezielle Patientin ankommt, sondern auf die sich im therapeutischen Dialog darstellenden inneren Probleme und gefundenen Lösungen. Nur so viel: Sie war erstes uneheliches Kind einer narzisstisch-hysterischen Mutter und hatte in den ersten Lebensjahren mit ihrer Mutter, dem erstem Stiefvater und den ersten beiden Stiefgeschwistern bei den Großeltern gelebt, aber als sie 5 Jahre alt war, zog ihre Mutter mit ihr und ihren zwei jüngeren Halbgeschwistern zu einem zweiten Stiefvater. Dadurch verlor die Patientin ihre Großeltern und war als älteste Tochter sehr parentifiziert. Sie sorgte weitgehend für die schließlich vier jüngeren Stiefgeschwister, und vom 11. bis zum 18. Lebensjahr kam es immer wieder zu sexuellen Übergriffen des Stiefvaters.

In der 7. Stunde wurde die erste Imagination probiert mit dem Thema "Blume": Sie sieht eine Wildrose mit kräftigem Stiel und vielen kleinen Stacheln, die Blüte ist halb geöffnet. Sie schaut sie an, genießt den Duft und geht dann in einen kleinen Park auf eine Wiese, die von Bäumen umgeben ist. Die Sonne scheint warm, die Vögel zwitschern, sie legt sich ins Gras, schließt die Augen und genießt den schönen Sommermorgen. Auch das gemalte Bild zeigt, wie sehr sie sich freut, in dem ringsum geschützten, warm von der Sonne beschienenen Raum der Therapie angekommen zu sein und sich da niederlassen zu dürfen. Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung scheint gelungen zu sein.

Das Motiv "Wiese" in der 11. Stunde führt die Patientin auf eine sommerliche Blumenwiese. Sie sitzt versteckt in dem hohen Gras und genießt das. Nach einer Weile steht sie auf und läuft herum, setzt sich dann wieder, entdeckt dann wieder etwas, fühlt sich dabei wie ein 9-10jähriges Kind. Sie entdeckt einen Teich mit Seerosen, und auf einer dicken Eiche findet sie ein Baumhaus. Von da aus hat sie einen herrlichen Blick über die ganze Umgebung. In dieser Imagination passiert etwas KB-Typisches, nämlich eine spontane Altersregression. Die Patientin fühlt sich und verhält sich wie ein Kind, sie entwickelt einen

Rhythmus von neugieriger Exploration und emotionaler Rückversicherung und fühlt sich sehr geborgen auf der Wiese und in dem Baumhaus, die beide stabil da sind und nichts von ihr fordern. Das Sitzen auf der Wiese wird offenbar empfunden wie der Kontakt mit einem tragenden mütterlichen Objekt. Die Wiese ist also ein Symbol, gebildet aus Beziehungssehnsüchten und aus guten Erfahrungen mit der Therapeutin und mit andern guten Objekten (z.B. mit der Großmutter der ersten Jahre und mit dem jetzigen Ehemann). Die in der Imagination erlebten Gefühle ermöglichen ein seelisches Auftanken. Die Patientin ist nach dem KB ganz beeindruckt, wie wohl sie sich auf der Wiese fühlte.

In der 13. Stunde imaginiert die Patientin ein Haus. Dabei taucht sofort das Haus auf, in dem sie vom 5. bis zum 18. Lebensjahr gewohnt hat. Es ist umgeben von saftigen Wiesen, drinnen ist alles wie früher. Es tauchen Kindheits-szenen auf, schöne mit ihrer Schwester, ängstigende mit dem schimpfenden, wütenden Stiefvater. Sie erinnert sich auch an ihre wiederkehrende Angst, die Mutter könnte weggehen, und an ihre Scham und ihren Abscheu beim Grapschen des Stiefvaters. Bevor diese Erinnerungsszene zu dicht wird, interveniert die Therapeutin, die Patientin sei inzwischen erwachsen und nicht mehr dem Vater hilflos ausgeliefert. Daraufhin lässt die Patientin ihn stehen und verlässt das Haus. Auch in dieser Imagination kommt es sofort zu einer Altersregression, diesmal mitten hinein in noch unerledigte sehr konflikthafte Bereiche. Die Therapeutin lässt sie hineinspüren, dosiert die Begegnung aber, so dass die Patientin Herrin ihrer Gefühle und ihrer Entscheidungen bleibt und die Szene als erwachsene Frau verlassen kann.

In den nächsten Stunden geht es immer wieder um die Übergriffe des Vaters. Die Patientin nimmt sich selbst übel, dass sie sich das alles hat gefallen lassen, die Therapeutin interpretiert die Geschichte der Patientin anders: Man kann es auch so sehen, dass sie dadurch, dass sie sich zur Verfügung gestellt hat, den Zusammenhalt der Familie gewährleistet hat, und dadurch, dass sie die Verantwortung auf sich genommen hat, konnte sie sich das Gefühl erhalten, liebevolle Eltern zu haben, und ohne dieses Gefühl ist es schwer für ein Kind zu überleben.

Es folgen zwei Imaginationen, in denen die Patientin an einem Bach entlang wandert. Die Stimmung beim ersten Mal entspricht der eines Kindes in der Übungsphase, lustvolle lebendige angstfreie Exploration, die Szene dient der Ressourcenaktivierung und Stärkung. Die zweite KB-Wanderung findet einige Stunden später statt, kurz vor dem angekündigten Urlaub der Therapeutin. Diesmal ist die Stimmung ganz anders, der Weg zieht sich ewig hin durch eine eintönige Landschaft, die Patientin hat Angst, ihn nicht zu schaffen. Schließlich sieht sie einen großen Baum, an dem sie sich ausruht. Die Angst der Patientin vor dem Alleingelassenwerden durch die Therapeutin stellt sich also in der Imagination ganz direkt und für beide deutlich spürbar dar und kann dann bearbeitet werden.

Nach dem Urlaub geht es wieder um ihre weibliche Identität, die Patientin soll sich eine weibliche Gestalt vorstellen. Es erscheint eine attraktive blonde Frau,

ihre Cousine, die sie immer beneidet hat, weil sie so hübsch war und so beschützt und geliebt aufwuchs. Zu Hause macht sie dazu eine Collage und erzählt, dass sie selbst mit ihrem Körper bis zur Pubertät eigentlich sehr zufrieden war, danach wurde sie immer dicker vielleicht versteckte sie ihren Körper vor dem Vater und respektierte den spürbaren Wunsch der Mutter, die einzige attraktive Frau in der Familie zu sein.

Zur weiteren Bearbeitung der familiären Dynamik folgen dann Imaginationen mit den Motiven "eine Tierfamilie", die ich übergehe, dann in der 32. Stunde "ein wildes Tier". Es erscheint ein gefährlicher großer Bär mit wütend aufgerissemem Maul. Die Patientin flüchtet auf einen Baum und soll von dort aus (eini-germaßen geschützt) Blickkontakt mit ihm halten. Sie kann die Situation kaum aushalten. Immer wieder senkt sie den Blick, hebt ihn aber auch immer wieder. Nach etlichen Minuten wird das zornige Funkeln in seinen Augen schwächer, sie erkennt, dass auch er Schwierigkeiten hat, ihrem Blick standzuhalten. Schließlich lässt er von ihr ab und zieht sich in den Wald zurück, und sie steigt vom Baum und läuft nach Hause, wo ihr Mann auf sie wartet.

Dies ist eine gezielte Symbolkonfrontation mit einer bedrohlichen Gestalt. In solchen Symbolfiguren können sich ängstigende Objektrepräsentanzen oder auch Selbstanteile darstellen. Das Standhalten in einer solchen Begegnung ist eine ganz wichtige psychische Erfahrung, denn indem der Patient den Blickkontakt hält und seinen Platz behauptet, spürt er, dass er selbst nicht mehr so klein und ausgeliefert und das Gegenüber nicht mehr so machtvoll und bedrohlich ist, wie er fürchtete. Damit er standhalten kann, braucht er allerdings eine dichte unterstützende therapeutische Begleitung. Zu diesem Bild hat die Patientin eine Fülle von Einfällen, die in den nächsten Stunden bearbeitet werden, denn diese Szene kann man in unterschiedlicher Weise verstehen, sowohl als Auseinandersetzung mit dem bedrohlichen ödipalen Vater, oder als Auseinandersetzung mit der neidischen ödipalen Mutter, oder als Entdeckung ihrer eigenen bärenstarken aggressiven Möglichkeiten.

In den auf diese Imagination folgenden Wochen verschlimmert sich das chronische Ekzem der Patientin erheblich. Ihr ganzer Körper juckt und brennt unerträglich (die heftige innere Auseinandersetzung mit den destruktiven Aspekten der Eltern und mit der eigenen Wut hat ihren Preis). Die Therapeutin möchte ihr daher im nächsten KB in der 39. Stunde eine wohltuende beruhigende Erfahrung verschaffen und schlägt ihr vor, sich noch einmal einen Bach vorzustellen und die heilenden Qualitäten des Wassers zu nützen. Die Patientin befindet sich sofort in einer Quell-Höhle mit eiskaltem, auf der Haut sehr angenehmem Wasser. Sie kniet nieder und sammelt Wasser in ihren Händen, benetzt ihre Arme und ihren Oberkörper. Das Rauschen ist beruhigend, die Steine sind glatt, nichts juckt. Das Wasser fühlt sich nicht mehr kalt an, sie geht ganz ins Wasser, lässt sich das Wasser über den Kopf laufen, hat rundherum ein "sauberes" Gefühl, schwimmt in dem Becken, lässt sich vom Wasser tragen, genießt das angenehme Körpergefühl, eingehüllt zu sein vom Wasser und getragen zu werden. Sie fühlt sich schwerelos und möchte ganz lange im Wasser bleiben. Nichts juckt mehr. Nach einer langen Zeit steigt sie wieder heraus und

lässt sich auf dem Felsen in der Sonne trocknen, streichelt ihre Brust und ihren Bauch und genießt das.

- In diesem KB kommt es zu einer Regression in einen positiv erlebten Zustand der Selbst-Objekt-Einheit mit "ozeanischem" Wohlgefühl im Sinne Balints. Solche Zustände bewirken regelhaft eine Besserung psychosomatischer Beschwerden, die bei dieser Patientin besonders eindrucksvoll ist: Das gute Körpergefühl aus dem KB bleibt in den folgenden Wochen bestehen und der Körper juckt nicht mehr, das Ekzem ist nach dieser Imagination dauerhaft abgeklungen.

Allerdings melden sich beim Malen die alten Konflikte wieder. Das Bild erschreckt die Patientin, es passt überhaupt nicht zu dem Gefühl in dem KB, eher zu der Enge und dem Ausgeliefertsein von früher. Beim Malen allein zu Hause ist ihre Stimmung vorübergehend gekippt, so dass die in der Imagination erlebte Sinnlichkeit nicht mehr spürbar war. Die Therapeutin bittet sie, die Höhle noch einmal zu malen, so wie sie sie in der Imagination erlebt hat, sie solle doch ruhig einmal zu ihrer eigenen Sinnlichkeit stehen.

In der 46. Stunde bietet die Therapeutin das Motiv "ein geschützter Ort" an, um die Patientin anzuregen, die eigenen Wünsche ernst zu nehmen und zu gestalten. Die Patientin imaginiert eine Wiese, die ringsum von Felsen umschlossen ist, nur durch einen schmalen Spalt im Fels erreichbar. Sie badet in dem Wasserfall, sucht sich dann einen schönen Platz zum Ausruhen und überlegt, ob sie diesen Ort für sich allein haben oder mit ihrem Mann teilen möchte. Schließlich entscheidet sie sich, ihn ihrem Mann zu zeigen, der ihn auch wunderschön findet. In der nächsten Stunde zeigt sie zunächst das Bild, auf dem sie und ihr Mann brav am Wasser sitzen, dann legt sie kichernd ein zweites daneben und sagt, sie habe der Therapeutin nicht alles erzählt, was in dem KB stattgefunden habe.

- Sie beginnt also sowohl im KB als auch (ganz vorsichtig) in der Übertragung, sich mit den mütterlichen Verboten auseinanderzusetzen, will der Mutter nicht mehr in allem zu Willen sein, will insbesondere ihre eigene Sinnlichkeit nicht mehr aus Rücksicht auf die Mutter verleugnen.

Die Therapie geht noch eine ganze Weile weiter, sie umfasst insgesamt 88 Sitzungen in einem Zeitraum von gut drei Jahren. Die Patientin erreichte in dieser Zeit ihr Normalgewicht und wurde in ihrer Sexualität offener und sicherer, das Ekzem war abgeklungen, und im dritten Jahr der Therapie wurde sie schwanger. In dem Maß, in dem sie die Anregungen der Therapeutin internalisiert hatte und sie als reales Objekt nicht mehr so dringend brauchte, begann sie auch, sich mit der Therapeutin auseinanderzusetzen, während sie im hier geschilderten ersten Teil der Therapie eine sehr brave Patientin war, die alle Anregungen willig aufgriff und sich dadurch schnell entwickeln konnte.

Mir ging es mit diesem Behandlungsausschnitt darum, Ihnen zu zeigen, wie die KIP therapeutisch arbeitet: In den Imaginationen können sich die weitgehend unbewusst und automatisiert ablaufenden Erlebnisstrukturen, die die Basis unserer Beziehungs- und Emotionsschemata bilden, szenisch darstellen. Die typi-

sche Form der Interaktion in den zentralen Beziehungskonflikten ist gleich, auch das Gefühl ist gleich wie in der Realität, nur das Objekt ist substituiert durch ein Symbol, und zwar häufig durch ein nicht-menschliches Symbol, etwa ein Tier, eine Landschaft oder einen Gegenstand denken Sie an die geschützte Wiese als Metapher für die therapeutische Beziehung, an den langen anstrengenden Weg am Bach entlang, als der Urlaub der Therapeutin anstand, mit dem erlösendem Ankommen bei dem Halt bietenden Baum, an die Auseinandersetzung mit dem aggressiven Bären oder an das die juckende Haut heilende Quellwasser. Die jeweiligen Imaginationen lösen intensive Gefühle aus, aber durch die Verschiebung auf ein Symbolobjekt hat es der Patient mit einer Situation zu tun, die für ihn weniger ängstigend ist als die ursprüngliche Realsituation, außerdem hat er den Therapeuten als schützenden und Anregung gebenden Begleiter neben sich. Das sind gute Bedingungen, um etwas Neues zu lernen. Durch die wiederholte Erprobung und Einübung werden neue Erlebnisstrukturen gebahnt, die dann zunehmend auf die Bewältigung der Realität übertragen werden können.

Der Therapeut kann im KB die entstehenden Interaktionen und Emotionen in statu nascendi beobachten und in sie hinein intervenieren, um die Affekte zu dosieren und die anstehenden strukturbildenden, psychosynthetischen Prozesse zu fördern. Dabei kann es um die Bearbeitung von Konflikten gehen oder um emotionales Auftanken, um Aktivierung von Ressourcen, um Ausdifferenzierung von Ich-Funktionen oder um Ausprobieren von neuem Verhalten.

Die Dosierung der Affekte erfolgt durch kleine Veränderungen der imaginierten Situation (Ladenbauer 1999, Seithe 1997). Der Patient kann seine eigene Position im Raum verändern, indem er näher an etwas herangeht oder einen Schritt zurücktritt, der zeitliche Verlauf kann verändert werden durch verlangsamende Fragen, durch Wiederholung einer Situation, durch Hineingehen in Erinnerungen oder in Zukunftsphantasien. Man kann den Aufmerksamkeitsfokus verändern, z.B. ausweiten oder zentrieren, oder den Beziehungsmodus durch Anregungen zum Füttern und Nähren, Versöhnen, Einfühlen oder zum Konfrontieren und Standhalten, Erschöpfen und Mindern. Die Interventionen müssen an die aktuelle Situation und das ich-strukturelle Niveau angepasst sein, damit der Patient in arbeitsfähigem Zustand bleibt und die Situation auf eine für ihn befriedigende Art bewältigen kann. Zusätzlich zu dieser Arbeit auf der Symbolebene findet im Nachgespräch eine verstehende Aufarbeitung statt, durch die eine Brücke zwischen averbal-szenischem Erleben und bewusstem Einordnen geschlagen wird.

Unabdingbar für diese Arbeit ist eine tragfähige Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Die Arbeit mit Imaginationen ist keineswegs harmlos, sie kann heftige physiologische und emotionale Reaktionen hervorrufen. Der Patient braucht dabei den Therapeuten als sichernden Begleiter. Leuner hat schon in den 50er Jahren eine schöne Metapher für die therapeutische Beziehung während der Imaginationen gefunden: das sei wie eine Expedition, bei der der Patient als Taucher auf dem Meeresgrund des eigenen Unbewussten Forschungen anstelle, in ständigem Kontakt mit dem Therapeuten, der auf dem Begleitschiff

für die Sauerstoffzufuhr und Ausrüstung verantwortlich sei. Das stark strukturierte Setting der KIP ermöglicht ein intensives Erleben, das klare Außengrenzen hat. Und dadurch, dass die Imaginationen als Container für Affekte fungieren, ist der Therapeut auch bei niedrigerem Strukturniveau des Patienten vor der unmittelbaren Wucht der emotionalen Prozesse geschützt und hat eine höhere Chance, die Situation diagnostisch korrekt zu verstehen und therapeutisch adäquat zu reagieren (Schnell 2005).

Literatur

- Achterberg J. (1990): Gedanken heilen. Die Kraft der Imagination. Grundlagen einer neuen Medizin. Rowohlt, Reinbek
- Desoille R. (1938): L'exploration de l'affectivité subconsciente par la methode du rêve éveillé. Paris
- Dieter W. (1999): Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Imaginationen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten. Imagination 21, 3:72-93
- Happich C. (1932): Das Bildbewußtsein als Ansatzstelle psychischer Behandlung. Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete, 5:663-677
- Ignatius von Loyola: Geistliche Übungen. Übertragung und Erklärung von A. Haas. Herder, Freiburg 1967 / 16
- Jankrift K.P. (2003): Krankheit und Heilkunde im Mittelalter. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
- Jung C.G. (1948): Über psychische Energetik und das Wissen der Träume. 2. Auflage, Zürich
- Klessmann E. & Eibach H. (1993): Wo die Seele wohnt. Huber, Bern
- Kottje-Birnbacher L. (1992): Strukturierende Faktoren des Katathymen Bilderlebens. Prax Psychother Psychosom 37:164-173
- Kottje-Birnbacher L. (2000): Katathym-imaginative Psychotherapie. In: Reimer C. & Rüger U.: Psychodynamische Psychotherapien. Springer, Heidelberg: 151-176
- Kottje-Birnbacher L., Sachsse U. & Wilke E. (Hrsg.) (1997): Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern
- Kraft H. (1995): Über innere Grenzen. Initiation in Schamanismus, Kunst, Religion und Psychoanalyse. Diederichs, München

- Ladenbauer W. (1999): Systematik der Techniken in der Begleitung katathymen Bilder. *Imagination* 21,1:73-77
- Leuner H. (1994): Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Huber, Bern (1. Aufl. 1985)
- Leuner H. (2005): Katathymes Bilderleben, Grundstufe. Thieme, Stuttgart (6. von E. Wilke neu bearbeitete Auflage - 1. Aufl. 1970)
- Rösing I. (2003): Trance, Besessenheit und Amnesie. Bei den Schamanen der Changpa-Nomaden im ladakhischen Changthang. Weishaupt, Gnas
- Schipperges H. (1990): Die Kranken im Mittelalter, Beck, München.
- Schnell M. (2005): Imaginationen im Dialog. Zur Dynamik der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in der KIP. Im Druck
- Schott H. (1984): Die Suggestion und ihre medizinhistorische Bedeutung. In: Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte, Beiheft 24. Bausteine zur Medizingeschichte. Hrsg von Seidler E. & H. Schott. Franz Steiner Verlag, Wiesbaden: pp 111-120
- Schultz I.H. (1930): Das autogene Training. Würzburger Abhandlungen Band 2, Würzburg
- Seithe A. (1997): Die Suggestion im Dienste des Ich. *Imagination* 19, 1:22-28
- Stigler M. & Pokorny D. (2000) Vom inneren Erleben über das Bild zum Wort. KIP-Texte im Lichte computergestützter Inhaltsanalyse. In: Salvisberg H., Stigler M., Maxeiner V. (Hrsg.): Erfahrung träumend zur Sprache bringen. Huber, Bern: 85-100
- Stigler M. & Pokorny D. (2005): Das zentrale Beziehungskonfliktthema in der KIP-Forschung. Im Druck Ullmann H. (Hrsg.) (2001): Das Bild und die Erzählung in der Psychotherapie mit dem Tagtraum. Zwölf Fallgeschichten. Huber, Bern
- Wilke E. & Leuner H. (Hrsg.) (1990): Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern

Dr.phil., Dipl.-Psych. Leonore Kottje-Birnbacher
 Psycholog. Psychotherapeutin
 Düsseldorfer Str. 55
 40545 Düsseldorf