

Dr. med. Gerhard Tuschy

## Die heilsame Kraft innerer Bilder und ihre Verwendung in der Psychotherapie

### Die Einbeziehung von Wachtraumtechniken in die analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Es geht um den großen Bereich unseres Innenlebens, den Bereich der inneren Bilder, bildhaften Vorstellungen, Phantasien und Imaginationen. Diese Begriffe werden im Folgenden synonym verwendet. Auf Paul Klees Bild Katze und Vogel ist der Vogel auf die Stirn der Katze gezeichnet, als habe die Katze ein inneres Bild von einem Vogel, seinem Beutetier.



Das dürfte exemplarisch für die Tierwelt sein, also z. B. auch für den Frosch und die Fliege gelten, für Wolf und Hase, Bussard und Huhn. Umgekehrt tragen die jeweiligen Beutetiere ein präformiertes, genetisch verankertes Bild des Feindes in sich. Alles, was für das Überleben notwendig ist, für die Nahrungsbeschaffung, Sicherheit und Fortpflanzung, muss visuell antizipiert werden können. Das spezifisch Menschliche ist u. a. die Verbindung der optischen Verarbeitungszentren des Gehirns mit denjenigen der Sprache. Ein Neugeborenes reagiert bekanntlich auf ein Gesicht mit einem Lächeln, selbst wenn dieses nur gemalt ist, als habe das Kind schon kurz nach der Geburt, bevor es ein erstes Gesicht wahrgenommen hat, eine Vision davon. Das wahrgenommene Gesicht wird mit einem Lächeln »begrüßt«, als sei es erwartet worden.

Das Einbeziehen innerer Bilder in das Leben reicht bis in die frühe Menschheitsgeschichte zurück. Es kann als eine Art von Aktiver Imagination bezeichnet werden, wenn

Medizinmänner und Schamanen Geister und Dämonen heraufbeschwören und mit Totentieren oder Naturkräften in Beziehung treten. Aus dem antiken Griechenland wird über einen Heilschlaf in Tempeln berichtet: »Dabei wurden die Patienten in einen tranceartigen Zustand versetzt und die dabei auftauchenden Bilder zu Heilungszwecken verwendet ... Die Schüler Epikurs begaben sich in Vorstellungsbildern auf einen Standpunkt außerhalb ihrer eigenen Existenz, um sich bewusst zu machen, wie klein ihre Sorgen und Nöte aus der Entfernung erschienen.« Ovid: »Freude macht es, die hohe Sternenbahn zu durchmessen, die Erde und ihren trägen Sitz zu verlassen, auf der Wolke zu reiten, sich auf die Schultern des starken Atlas zu stellen, von fern auf die überall herumirrenden Menschen herunterzuschauen, die ängstlichen, die den Tod fürchten.« (Reddemann 2004, S. 59f.)

Auch beim religiösen Erleben können Imaginationen eine zentrale Rolle spielen, z. B. bei den Visionen der Mystiker, bei Meister Eckhart, Hildegard von Bingen und Theresa von Avila, die sich in tiefer Versenkung Gott nahe fühlten, das Wesen Gottes schauten.

Goethe, zitiert nach Ammann 1978, S. 27 und S. 192:

»Ich hatte die Gabe, wenn ich die Augen schloss und mit niedergesenktem Haupte mir in der Mitte des Sehorgans eine Blume dachte, so verharrte sie nicht einen Augenblick in ihrer ersten Gestalt, sondern sie legte sich auseinander, und aus ihrem Innern entfalteten sich wieder neue Blumen aus farbigen, wohl auch grünen Blättern; es waren keine natürlichen Blumen, sondern phantastische, jedoch regelmäßig wie die Rosetten der Bildhauer. Es war unmöglich, die hervorquellende Schöpfung zu fixieren, hingegen dauerte sie so lange, als mir beliebte ... Dasselbe konnt ich hervorbringen, wenn ich mir den Zierrat einer buntgemalten Scheibe dachte, welcher dann ebenfalls aus der Mitte gegen die Peripherie sich immerfort veränderte, völlig wie die in unseren Tagen erst erfundenen Kaleidoskope.«

»Wort und Bild sind Correlate, die sich immerfort suchen.« (Goethe 1976, S. 47) Die Erweiterung könnte lauten: Bild und Gefühl sind Korrelate, zwei Seiten einer Medaille.

Für unser Seelenleben sind bildhafte Vorstellungen und innere Bilder von zentraler Bedeutung. Sie stellen einen sehr großen Teil unseres Erlebens dar; mit Bildern und bild-

haften Vorstellungen konstruieren wir unsere Welt. Die Fähigkeit, innere Bilder und mehr oder weniger bildhafte Vorstellungen zu haben, ist uns derart selbstverständlich und alltäglich, dass wir uns, wie mir scheint, der Bedeutung unserer imaginativen Fähigkeiten oft nicht deutlich bewusst sind, der Bedeutung für unser Leben und Überleben. Im Selbstverständnis des westlichen Menschen steht eher das abstrakte Denken im Vordergrund, entsprechend der Aussage: ich denke, also bin ich.

Die Frage ist nun: in welchem Ausmaß findet die grundlegende Fähigkeit und auch das tief verankerte Bedürfnis, die Notwendigkeit zum Imaginieren in der Psychotherapie, in Theorie und Praxis ihren Niederschlag?

Sigmund Freud: Am Anfang der Psychoanalyse, in der Ära der Hypnose, dargestellt in den Studien über Hysterie, benutzte Freud ganz ausdrücklich eine imaginative Technik, indem er durch Drücken auf die Stirn des Patienten Bilder und Einfälle hervorzurufen versuchte. Noch in seiner Traumdeutung, also einige Jahre später, als er von dieser Behandlungstechnik abgekommen war, schildert er ein deutlich imaginatives Vorgehen bei einem 14-jährigen Jungen. »Ich versicherte ihm, er werde nach dem Augenschluss Bilder sehen oder Einfälle bekommen, die er mir mitteilen soll. Er antwortete in Bildern.«

(Freud 1948, Bd. 2/3, S. 623)

Soweit mir bekannt, ist dies der letzte Hinweis Freuds auf ein gezieltes imaginatives Vorgehen. Zwar hat die psychoanalytische Behandlungstechnik mit dem zentralen Stellenwert der Traumanalyse, der Aufforderung an den Patienten, Einfälle zu Traumdetails kommen zu lassen, auch imaginative Aspekte. Dennoch ist hier ein Wendepunkt zu erkennen: das eigentliche therapeutische Medium ist nicht mehr die Ausdifferenzierung der Imagination, das Hinarbeiten auf die Entstehung innerer Bilder in einem hypnoiden (Trance-)Zustand, sondern die verbale Assoziation aus dem Tagesbewusstsein heraus.

Wie konnte es dazu kommen? Warum hat Freud das anfänglich betont imaginative Vorgehen zwischen 1896 und 1900 aufgegeben oder zumindest zurücktreten lassen zugunsten der überwiegend verbalen Assoziation? Als Grund dafür gab er an, dass bei seinem von der Hypnose abgeleiteten Vorgehen der therapeutische Effekt der Katharsis nicht von Dauer sei. Das dürfte jedoch nicht das wichtigste Motiv gewesen sein.

Dazu ein Zitat aus einer »Selbstdarstellung« des ca. 70-jährigen aus dem Jahr 1925, fast 30 Jahre später. Er geht kurz auf seinen väterlichen Freund jener Jahre um 1890, Josef Breuer, ein, der nach der Behandlung der Anna O. (Bertha Pappenheim, 1859–1936), dargestellt in einer berühmten Fallschilderung, nicht mehr mit Hypnose therapeutisch gearbeitet hatte. Freud nimmt für diesen Rückzug zwei Gründe an: einmal habe Breuer nicht den Mut gehabt, öffentlich im damals pruden Wien für die ursächliche Bedeutung der Sexualität bei den Hysterien einzustehen. Als weiteres Motiv vermutet er bei Breuer: »Nachdem die kathartische Arbeit erledigt schien, hatte sich bei dem Mädchen plötzlich ein Zustand von Übertragung eingestellt, den er nicht mehr mit ihrem Kranksein in Beziehung brachte, so dass er sich bestürzt von ihr zurückzog. Es war ihm offenbar peinlich, an dieses anscheinende Missgeschick erinnert zu werden.«

Mit zunehmender Erfahrung hätten sich jedoch auch bei ihm selbst Bedenken gegen die Anwendung der Hypnose mit ihrer dadurch erzielten Katharsis eingestellt. »Das Erste war, dass selbst die schönsten Resultate plötzlich wie weggewischt waren, wenn sich das persönliche Verhältnis zum Patienten getrübt hatte. Sie stellten sich zwar wieder her, wenn man den Weg zur Versöhnung fand, aber man wurde belehrt, dass die persönliche affektive Beziehung doch mächtiger war als alle kathartische Arbeit, und gerade dieses Moment entzog sich der Beherrschung. Sodann machte ich eines Tages eine Erfahrung, die mir in grellem Licht zeigte, was ich längst vermutet hatte. Als ich einmal eine meiner gefügigsten Patientinnen, bei der die Hypnose die merkwürdigsten Kunststücke ermöglicht hatte, durch die Zurückführung ihres Schmerzanfalls auf seine Veranlassung von ihrem Leiden befreite, schlug sie beim Erwachen ihre Arme um meinen Hals. Der unvermutete Eintritt einer dienenden Person enthob uns einer peinlichen Auseinandersetzung, aber wir verzichteten von da an in stillschweigender Übereinkunft auf die Fortsetzung der hypnotischen Behandlung.« (Freud 1948, Bd. 14, S. 51f.)

Kennzeichnend für den bei Freud dominierenden Rationalismus erscheint auch ein anderes Zitat aus einer kleinen Arbeit aus dem Jahr 1908 »Der Dichter und das Phantasieren«. Das Tagträumen diene der fiktiven Befriedigung infantiler Triebwünsche; »seine Majestät das Ich« sei der Held aller Tagträume wie aller Romane. »Der Glückliche phantasiert nie, nur der Unbefriedigte« (Freud 1948, Bd. 7, S. 216). Freud sieht weniger

die grundlegende Bedeutung des Phantasierens, des Probehandelns in der Phantasie, sondern eher die negativen Folgen, wenn das Phantasieren nicht zur Lebensbewältigung beiträgt, sondern zum Lebensersatz wird.

Freud stellte zwar in seinen frühen Schriften die therapeutische Wirkung der bildhaften Wiederbelebung traumatischer Szenen heraus; er löste damit jedoch stärkere emotionale Prozesse bei den Patienten aus, als er zu tragen und zu steuern vermochte. Er schrieb, die so erreichte Katharsis sei zu wenig überdauernd. Sein mildes, modifiziertes Vorgehen der überwiegend im verbalen Modus verbleibenden freien Assoziation dürfte jedoch auch erst einmal therapeutisch wenig effektiv gewesen sein; wahrscheinlich konnte er bei einem solchen Vorgehen geduldiger sein, weil ihm das von seiner Persönlichkeit mehr entsprach. Durch den überwältigenden Einfluss Freuds sind die imaginativen Methoden in der Psychoanalyse zunächst nicht weiterentwickelt worden. Er hatte zwar in seinen frühen Jahren die Türen zu dieser effektiven Therapietechnik weit aufgestoßen; er hat dies aber aufgrund der Eigenheiten seiner Persönlichkeit selbst nicht weiterführen können oder wollen. Das blieb dann dem »Abtrünnigen« Carl Gustav Jung mit der von ihm entwickelten sog. Aktiven Imagination vorbehalten.

»Es war in der Adventszeit des Jahres 1913, als ich mich zum entscheidenden Schritt entschloss. Ich saß an meinem Schreibtisch und überdachte noch einmal meine Befürchtungen, dann ließ ich mich fallen. Da war es mir, als ob der Boden im wörtlichen Sinn unter mir nachgäbe, und als ob ich in eine dunkle Tiefe sauste. Ich konnte mich eines Gefühls der Panik nicht erwehren. Aber plötzlich nicht allzu tief kam ich in einer weichen stickigen Masse auf die Füße zu stehen – zu meiner großen Erleichterung. Jedoch befand ich mich in einer fast völligen Finsternis. Nach einiger Zeit gewöhnten sich meine Augen an die Dunkelheit, die nun einer tiefen Dämmerung glich. Vor mir lag der Eingang zu einer dunklen Höhle, und dort stand ein Zwerg. Er schien mir wie aus Leder, so als ob er mumifiziert wäre. Ich drängte mich an ihm vorbei durch den engen Eingang und watete durch knietiefes Wasser zum anderen Ende der Höhle.« (Jaffé 1971, S. 182)

So beschrieb Jung seine erste Begegnung mit dem, was er später als Aktive Imagination bezeichnete. Er habe 24 Jahre benötigt, um die Dinge, die er damals erlebte und niederschrieb, wissenschaftlich zu fassen. »Die Jahre, in denen ich den inneren Bildern nach-

ging, waren die wichtigste Zeit meines Lebens, in der sich alles Wesentliche entschied. Meine gesamte spätere Tätigkeit bestand darin, das auszuarbeiten, was in jenen Jahren aus Unbewusstem ausgebrochen war und mich zunächst überflutete. Es war der Urstoff für ein Lebenswerk.« (Jaffé 1971, S. 203)

In einem Brief schrieb Jung (1972, S. 195): »Mit dem Hereinkommenlassen des Unbewussten ist erst die Hälfte getan. Die zweite Hälfte besteht in der Auseinandersetzung mit dem Unbewussten ... Man muss nämlich selbst in die Phantasie eintreten und die Figuren zwingen, Rede und Antwort zu stehen. Dadurch erst wird das Unbewusste dem Bewussten integriert, nämlich durch ein dialektisches Verfahren, durch den Dialog zwischen Ihnen und den unbewussten Figuren. Was in der Phantasie geschieht, muss Ihnen selbst geschehen. Sie dürfen sich nicht durch eine Phantasiefigur vertreten lassen. Sie müssen das Ich bewahren und nur modifizieren lassen durch das Unbewusste. Dieses muss auch in seiner Berechtigung anerkannt, aber daran gehindert werden, das Ich zu unterdrücken und zu assimilieren.«

Die Jungsche Methode kann als die Grundlage aller späteren Verwendungen imaginativer Techniken in der Psychotherapie gelten, auch wenn dies von den betreffenden Autoren nicht immer gewürdigt wurde. In Jungs Schriften finden sich nun nur verstreut Angaben zur Aktiven Imagination, jedoch keine systematische Darstellung, obwohl er die Beschäftigung damit als »Urstoff für ein Lebenswerk« bezeichnet hatte. Anfangs dachte Jung mehr daran, die Patienten gegen Ende einer Behandlung mit dieser Vorgehensweise vertraut zu machen, damit sie diese als Möglichkeit der Selbstanalyse weiterführen könnten. – Dazu dürften jedoch nur wenige Menschen in der Lage sein. Allein auf sich gestellt, entfällt der Übertragungsfaktor. Wie noch auszuführen sein wird, ergibt sich ein entscheidender Teil der therapeutischen Wirksamkeit der Wachträume aus der Anwesenheit des Therapeuten, in einer positiv getönten Übertragung, die Anklänge der Beziehung zu einer als fördernd erlebten Vater- oder Mutterfigur aufweist.

Auch bei der Verhaltenstherapie (VT) spielen imaginative Techniken eine wichtige Rolle. Bei der klassischen systematischen Desensibilisierung, der Behandlung von Ängsten und Phobien, wird ausdrücklich mit Imaginationen gearbeitet. Anfangs erfolgt eine Entspannungsanleitung. Entspannung und Angst verhalten sich antagonistisch, schließen

einander aus. Es geht um ein kunstvolles Arrangieren der Angstreize, beginnend mit einer Dosis, die ohne Aufhebung der Entspannung bewältigt werden kann. Bei einer zu starken Angstkonfrontation siegt die Angst über die Entspannung, es findet dann keine Desensibilisierung statt, sondern eine Retraumatisierung. In der Theoriebildung der VT liegt jedoch der Fokus auf Lernvorgängen, nicht auf dem spezifischen Veränderungspotential innerer Bilder. Für den analytischen Psychotherapeuten ist die Anlehnung an derartige Techniken sehr gut möglich, jedoch um tiefenpsychologische Kategorien zu erweitern, indem auch sog. genetische und biographische Aspekte mit einbezogen werden, so dass ein tieferes Verständnis der jeweiligen Symptomatik, der psychischen Blockaden und Fixierungen möglich wird.

Das sog. Katathyme Bilderleben, die Katathym-Imaginative Psychotherapie, KIP, entwickelt von Hanscarl Leuner (1919–1996), kann heute als die am besten konzeptionalisierte Imaginationstechnik im Rahmen von Psychotherapien gelten. Sie beruht auf einer tiefenpsychologischen, psychoanalytischen Grundlage und ist in nun schon ca. 50 Jahren durch Leuner und viele weitere Autoren ausdifferenziert und verfeinert worden. Die sog. Grundmotive, die in der Leunerschen Schule vorgegeben werden, sind bekanntlich: Wiese, Bach (mit Wanderung zur Quelle oder Mündung), Berg, Haus, Waldrand. Dann werden noch weitere Motive der sog. Mittel- und Oberstufe empfohlen.

Aus psychoanalytischer Sicht mutet dieses therapeutische Vorgehen etwas direktiv, verschult, pädagogisch an. So schreibt Leuner z. B., dass »eine Sitzung ohne Wachtraum eine verlorene Sitzung« sei. Die Grundmotive werden im Verlauf der Therapien mehrfach durchgespielt. Man müsse als Therapeut z. B. auch beachten, ob sich jemand bezüglich eines bestimmten Motivs drücken wolle, z. B. vor dem Berg-Motiv mit seinen Aspekten von Leistung. Leuner beschreibt jedoch für »anspruchsvolle« Patienten auch die Möglichkeit eines »assoziativen Vorgehens« in der KIP, mit dem Verzicht auf eine Motivvorgabe. Der Wachtraumprozess soll aus dem Patienten selbst heraus entstehen und sich entfalten. »Das Prinzip des assoziativen Vorgehens beruht auf dem naheliegenden Versuch, den Prozess der freien Assoziation der Psychoanalyse auf die Ebene des Bildbewusstseins zu übertragen. Dabei kann erwartet werden, dass wie dort analog die sich assoziativ anreichernde Imagination nach Art eines selbststeuernden Prozesses den Kern des unbewussten Konfliktes spontan umkreist und wie Freud (1914) es ausdrückt,

langsam, fast unfehlbar, die pathogene Lage in der reinsten Ausbildung findet.«

(Leuner 1985, S. 141)

In den letzten Jahren werden imaginative Techniken auch zunehmend in der Traumatherapie angewandt, wie z. B. bei der »Psychodynamisch-Imaginativen Traumatherapie« (Reddemann 2001, 2004) und der »Traumazentrierten Psychotherapie« (Sachsse 2004). Die genaue Kenntnis ihrer Konzepte erscheint mir für den Psychoanalytiker, der mit Wachtraumtechniken arbeitet oder dies anstrebt, unentbehrlich.

Hier soll auf die Bedeutung von imaginativen Techniken bei weiteren Psychotherapieverfahren wie der Hypnotherapie (Milton H. Erickson) und bei dem NLP (Neurolinguistisches Programmieren) nicht eingegangen werden.

Die ausführlichste Darstellung von imaginativen Techniken in der Psychotherapie findet sich, so weit ich sehe, in dem Buch »Phantasie und Tagtraum« (Singer 1978), welches leider vergriffen ist.

Wie lässt sich nun die Einbeziehung von Wachtraumtechniken in die analytische und psychodynamische Psychotherapie handhaben?

Die Notwendigkeit einer einleitenden Entspannung wird meist überschätzt. In der Regel ist es nicht erforderlich, eine längere Entspannungs- oder Tranceeinleitung vorzunehmen. Wenn jemand meint, er könne sich nicht entspannen, kann der Therapeut entlastend erwähnen, es genüge, sich auf etwas Angenehmes zu konzentrieren. Der Patient muss sich zwar anvertrauen können, aber nur so weit, als dies meist schon in den ersten Sitzungen einer Therapie möglich ist. Sitzen – möglichst mit angelehntem Kopf – kann noch günstiger sein als Liegen aufgrund des Gefühls, die Situation besser kontrollieren zu können. Ziel ist zunächst eine leichte Lockerung der Bewusstseinskontrolle, wenn das möglich bzw. therapeutisch erwünscht ist. Das erleichtert das Auftauchen von Bildern, die im Kontakt mit dem Therapeuten verbalisiert werden. Beim »Blick nach innen« entsteht wie von selbst eine zumindest leichte Trance, ein sog. Hypnoid. Dem Patienten ist dabei noch bewusst, dass er sich in der Behandlungssituation auf der Couch oder im Sessel befindet. Gleichzeitig erlebt er sich in einer fiktiven inneren Szene. Er kann diese gleichzeitig auch noch von oben betrachten, als schwebte er darüber. Es sind also zwei

oder drei Ebenen gleichzeitig nebeneinander oder übereinander möglich. Vom Rest des Tages- oder Wachbewusstseins aus besteht die Möglichkeit des aktiven Eingreifens in das Wachtraumgeschehen, wie es Jung in dem oben zitierten Brief beschrieben hat. Die Fähigkeit der Selbststeuerung innerer Bilder (und damit letztlich auch von Gefühlen und Impulsen) wird dadurch gefördert. Wichtig erscheint die Verbesserung der Fähigkeit zum Hin und Herpendeln Können zwischen den Modalitäten der Sprache bzw. der Kognition auf der einen Seite und derjenigen der gefühlsintensiveren Imagination, auf der anderen.

Die Bilder müssen übrigens nicht unbedingt plastisch und intensiv sein, es kann sich auch um eher blasse, bildhafte Vorstellungen handeln; das ist meist nicht weniger wirksam. (Nur ca. ein Drittel der Menschen dürfte über eine ausgeprägte visuelle Begabung verfügen.) Der Therapeut muss bestrebt sein, nicht auf die Entstehung innerer Bilder fixiert zu sein; das kann einen Leistungsdruck beim Patienten und einen Widerstand auslösen, aus der Angst heraus, nicht kreativ genug für weitere innere Bilder zu sein oder den Erwartungen des Therapeuten nicht gerecht werden zu können. Dann kann betont werden, dass es mehr um Gefühle als um innere Bilder gehe, um die vertiefte Wahrnehmung der Innenbefindlichkeit, um eine zunehmende Achtsamkeit und Förderung der Introspektions- und Reflexionsfähigkeit.

Einleitungsmodi: Es gibt viele Möglichkeiten, einen Wachtraumprozess auszulösen.

Für den analytischen Psychotherapeuten besonders geeignet:

- a) ausgehend von Körperempfindungen, körpernahen Gefühlen,
- b) von Gefühlen, Stimmungen, der Grundbefindlichkeit,
- c) von Worten u. Begriffen bildhaften Ursprungs, Sprachbildern, Metaphern,
- d) durch Visualisierung von Beziehungssituationen und -konflikten,
- e) ausgehend von Träumen, Traumresten: »Träume weiterträumen«,
- f) durch musikalische Elemente, Klänge, Rhythmen.

a) Körper: Die Anregung des Therapeuten, in den Körper hineinzuspüren, kann zu sehr unterschiedlichen Mitteilungen des Patienten führen, z. B., er spüre einen Druck auf oder in der Brust, im Magen, eine Atembeklemmung, eine Spannung im Nacken, Rücken oder Kopf, Schmerzen irgendwo, ein Kloßgefühl im Hals. Es geht um ein Hinlenken zur

Wahrnehmung der körperlichen Befindlichkeit; die Aufmerksamkeit soll nach innen gerichtet werden. Gleichzeitig damit entsteht ein veränderter Bewusstseinszustand, der schon als leichte Trance bezeichnet wurde. Ihr am meisten auffallendes Merkmal ist die Veränderung des Zeit-, Raum- und auch Körperempfindens. Wenn die Umsetzung von diffusen Körperempfindungen in ein Bild oder Symbol schwierig ist, kann z. B. die Frage des Therapeuten weiterhelfen, wie er das Gespürte malen würde, möglichst konkret, etwa »naiv wie eine Kinderzeichnung«. Ein Schmerz im Rücken kann dann z. B. als Bild eines Balkens oder eines Kreuzes konkretisiert werden. Ein Beispiel in verkürzter Darstellung:

Nicht nur bei psychosomatischen Störungen, sondern auch bei Erkrankungen mit primären Körpersymptomen wie z. B. Multipler Sklerose oder Krebs kann mit Hilfe eines imaginativen Vorgehens in Ergänzung schulmedizinischer Maßnahmen versucht werden, die Selbstheilungskräfte des Organismus zu fördern, mit einem günstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Diese Art von Imaginativer Körperpsychotherapie ist durch das Buch des amerikanischen Krebsarztes Simonton »Wieder gesund werden« bekannt geworden. Der Potsdamer Arzt und Psychotherapeut Loesch hat diesen Behandlungsansatz weiterentwickelt und als Zweig der Katathym-Imaginativen Psychotherapie konzeptionalisiert, mit diesbezüglichen Weiterbildungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten. Dabei geht es u. a. darum, in körperbezogenen Wachträumen das erkrankte Organ, bei Krebs z. B. die Krebszellen, zu visualisieren und die Abwehr durch die weißen Blutkörperchen zu unterstützen. Da auch die Organe des Immunsystems, z. B. die Thymusdrüse und das Knochenmark, von einem dichten Netz von Nervenbahnen durchzogen werden, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, es mit Hilfe innerer Bilder, d. h. durch eine gerichtete Phantasietätigkeit, positiv zu beeinflussen. Entsprechend kann die Effektivität des Immunsystems durch eine depressive und resignative Stimmung geschwächt und der Krankheitsverlauf beschleunigt werden.

#### b) Gefühle, Stimmungen:

Das Hinarbeiten auf innere Bilder kann bei depressiven Syndromen erschwert sein, weil der Zugang zu Gefühlen und Körper-Empfindungen meist behindert ist. Das innere Erleben befindet sich nicht im Fluss, was auch die Fähigkeit zum Imaginieren beeinträchtigt. Es kann zu fixierten Bildern kommen, die sich zunächst nicht weiterentwickeln. In solchen Situationen von anfänglicher Stagnation sollte versucht werden, die eingeeengte Situation

positiv zu bewerten, als eine vorübergehende sinnvolle Anpassung an innere Not. Etwa als ein Sich-Ausruhen-Dürfen nach einer schweren Zeit und Chance der inneren Regeneration aus einer Ruhigstellung heraus.

In als anhaltend ängstigend und ausweglos empfundenen Wachträumen empfiehlt sich die Hinlenkung auf den Atem, eine Atemanleitung entsprechend der Formel: »es atmet mich« beim autogenen Training. So kann sich wieder ein körperbezogenes Selbstgefühl aufbauen, was zu einer inneren Verlebendigung führt. Wenn jemand darauf gut anspricht, kann man auch einige Sitzungen Atemtherapie empfehlen.

Auffallend oft entwickeln sich konfliktfreie Ruhebilder, meist in der Natur, idyllische Szenen an einem Bach, einer Wiese, am Strand, in einer schützenden Höhle. Diese Ruhebilder sind zwar unspezifisch, was die jeweiligen inneren Konflikte betrifft, dennoch therapeutisch effektiv, indem sie zu einer direkten Stärkung des Selbstgefühls beitragen und damit zu einem besseren sich abgrenzen Können von der als lärmend, bedrängend und fordernd empfundenen Welt. Es findet dabei offenbar eine Art von autonomer Selbststeuerung statt mit Aktivierung von Selbstheilungskräften. Es kann hier von einem Potentiale fördernden Vorgehen gesprochen werden. Sehr wesentlich ist die Bekräftigung durch den Therapeuten, etwa in der Art: »Sie haben etwas ganz Kostbares gefunden, einen sicheren inneren Ort, den Sie überall hin mitnehmen können. Vielleicht gelingt es Ihnen, auch zwischen den Sitzungen immer wieder zu diesem Ort zurückzukehren wie zu einem Meditationsbild.« Man muss jedoch genau prüfen, wann eine Empfehlung, allein zu visualisieren, sinnvoll ist. Sich allein inneren Bildern, Imaginationen zu überlassen kann ängstigend sein; das Gefühl von Geborgenheit und Beschützt Sein der Therapiesituation fehlt, die Angst reduzierende Begleitung durch den Therapeuten.

Ruhebilder sollten nicht als ein verwöhnt werden Wollen, als Bequemlichkeit und Ausweichen gewertet, sondern im Gegenteil ausdrücklich bejaht werden, als ein sinnvoller Impuls der inneren Ruhe, des Kräftesammelns, der Regeneration. Nach einer Stärkung des Selbstgefühls, »Erdung«, einer Art von innerer Zentrierung ist man konflikthafter inneren oder äußeren Auseinandersetzungen besser als zuvor gewachsen. Bei erfolgreichen Therapien dürfte dieser Heilungsfaktor von großer Bedeutung sein.

Dies entspricht auch den Kernaussagen der Bindungsforschung: Das Sicherheits- und Bindungsbedürfnis muss zunächst befriedigt sein entsprechend der Ursituation des kleinen Kindes oder überhaupt des Menschen: das Kind sucht in einer unvertrauten, ängstigenden Situation zunächst den Schutz der Bezugsperson; erst danach kann sich das Explorationsbedürfnis wieder entfalten. Das Kind rutscht vom Schoß der Mutter herunter und beginnt wieder zu spielen, die Umgebung mit ihrem »Aufforderungscharakter« wahrzunehmen und im Rahmen seiner Möglichkeiten zu erkunden.

c) Sprachbilder: Unsere Sprache ist oft bildhaft; es gibt vielfach die Möglichkeit, diesbezüglich direkt anzuknüpfen. Sich z. B. in die Enge getrieben, unter Druck und Spannung, wütend oder verwirrt fühlen. Es kann versucht werden, derartige Aussagen in ein konkretes Bild umsetzen zu lassen, aus welchem sich ein weiterführender Wachtraum ergibt. – Ein Patient spricht von seiner Wut im Bauch. »Wie fühlt sich das dort genau an?«, fragt der Therapeut. »Als ob da ein Feuer brennt.« Th: »Sie sind irgendwo, es brennt ...«, Das kann eine Folge innerer Szenen auslösen, die einen Bezug zu dem Gefühl der Wut erkennen lassen und ihre Verarbeitung erleichtern.

d) Die Visualisierung von Beziehungssituationen empfiehlt sich besonders dann, wenn es um die Regulierung von Nähe und Distanz geht. Bewährt hat sich hier u. a. das Motiv der liegenden Acht. Der Patient möge versuchen, sich eine liegende Acht vorzustellen, an deren unteren Rand er stehe, vor sich einen vorderen Kreis oder vorderes Oval und dahinter ein weiteres. Wenn er versuche, sich in den vorderen Teil der Acht hineinzu projizieren und die Bezugsperson in die entfernte Hälfte der Acht: wie nah ist der andere? Stimmt die Entfernung gefühlsmäßig? Wenn nicht, lässt sie sich verändern, die Acht vergrößern oder verkleinern? Es geht darum, im inneren Bild den Abstand so zu gestalten, dass der Betreffende für sich ein Sicherheits- bzw. Selbstgefühl empfindet und gleichzeitig auch die »richtige« Entfernung zum Partner. Die Übung muss in der Regel in Abständen wiederholt werden, bis in der realen Beziehung eine Beruhigung, eine Änderung erlebt werden kann. Eine derartige »Beziehungsarbeit« spielt in vielen Variationen in Psychotherapien eine zentrale Rolle; besonders häufig bei übersteigter Abhängigkeit vom Partner, den Eltern, den Kindern.

e) Nächtliche Träume: eine Frau träumt, in einen Zug einzusteigen; Männer mit machohaftem Verhalten lassen sie im Gang nicht durch. Sie wird in der Sitzung angeregt, sich noch einmal in diese Situation hineinzusetzen. Dann die Ermutigung, sich aus genügend sicherer Distanz in die Konfrontation zu begeben, vielleicht zunächst den Mann freundlich anzusprechen, welcher der Anführer der Gruppe sein könnte. Die Konfrontation löst sich auf und die diesbezüglichen Gefühle verändern sich. Besonders diese Erfahrung der Veränderbarkeit negativer Gefühle ist in der Psychotherapie, und nicht nur dort, von zentraler Bedeutung für die psychische Entwicklung.

Jemand berichtet von einem bedrückenden Angsttraum: er droht in einem Fluss mit schlammigem Wasser zu ertrinken und erwacht mit einem Erstickengefühl. Selbst einen derart bedrohlichen Angsttraum kann man in der Therapiesitzung nachträumen oder weiterträumen lassen, etwa mit der beruhigenden Versicherung, dass man hier auch unter Wasser atmen und die Situation klären könne. In der Weiterführung des nächtlichen Traums als Wachtraum kann der Patient ans Ufer schwimmen. Er gelangt in eine idyllische Landschaft, in die er sich hineinbewegt. In der Nachbesprechung lassen sich dann meist aktuelle Auslöser der unterschweligen Angststimmung finden.

Patienten bringen oft unzusammenhängende Traumfragmente mit in die Behandlung. Werden diese in der Sitzung »weitergeträumt«, so ergeben sich daraus eher zusammenhängende Traum-/Wachtraumsequenzen, die für den Patienten verständlich erscheinen und sich therapeutisch gut verwerten lassen.

f) Durch musikalische Elemente, Klänge und Rhythmen kann der Einstieg in einen Trancezustand erleichtert und auch vertieft werden. Dazu eignen sich besonders große Klangschalen, Gongs und Trommeln mit tiefem Grundton und sog. Monochorde. Letztere sind obertonreiche Saiteninstrumente mit vielen auf einen einzigen Grundton gestimmten Saiten, mit welchen sich ein beruhigender und gleichzeitig auch anregender Hintergrundklang erzeugen lässt, „eine sanfte Vitalisierung“ auslösend, wie es ein Patient ausdrückte. Die klanggeleitete Trance (Strobel 1992) ist oft in spezifischer Art und Weise ressourcen-verstärkend und eine wertvolle Bereicherung therapeutischer Möglichkeiten.

## Zusammenfassung der Wirkprinzipien der therapeutischen Wachtraumarbeit

In der geschützten Therapiesituation nehmen Wachträume sozusagen immer einen positiven Verlauf; es entwickelt sich in der Regel eine vollständige Geschichte, die für den Patienten selbst vergleichsweise leicht nachzuvollziehen ist und im Zusammenhang mit der Biographie bearbeitet werden kann. Sie erscheinen wie eigene Märchen, Geschichten von überstandenen Gefahren, Wanderungen und inneren Wandlungen.

Die in den Therapiesitzungen entwickelten Wachträume sind überwiegend kohärent, dennoch traumähnlich, leicht verfremdet, insgesamt dem Wachbewusstsein meist jedoch etwas näher als nächtliche Träume, dadurch aber auch verständlicher. Der Wachträumende kann leichter zum Akteur werden, der handelnd in das Geschehen eingreift. Im Maße, wie dies gelingt, kann der Betreffende zunehmend fähig werden, auch außerhalb der Therapiesituation innere Bilder und die damit korrespondierenden Gefühle und Einstellungen günstig zu beeinflussen.

Für die Begleitung von Wachträumen gibt es für den Therapeuten Empfehlungen, von Leuner Regieprinzipien genannt, die hier nur angedeutet werden können: so ist es wichtig, jeweils die Aufmerksamkeit auf den Gefühlsgehalt einer inneren Szene zu lenken und diesen damit zu verstärken. Bei der Begegnung mit Gestalten kann nach deren Körpersprache und ihrem Augenausdruck gefragt werden, um das Ausmaß der potenziellen Bedrohung zu verdeutlichen. Zunächst sollte eine positive, auf Verständigung oder Versöhnung abzielende Annäherung versucht werden, indem ein Tier z. B. gefüttert und dann sogar gestreichelt wird, um es als Verbündeten zu gewinnen. Wenn das nicht möglich oder unrealistisch ist, geht es um die Ermutigung zu einer Konfrontation aus sicherer Distanz, indem der Wachträumende dem Ungeheuer fest in die Augen schaut, wie z. B. ein Dompteur mit entschlossenem Blick ein Tier in Schach hält. Es ist verblüffend, in welchem Ausmaß dadurch die bedrohliche Situation entschärft wird, indem die zunächst als feindlich und übermächtig erlebte Figur sich verwandelt und kleiner wird, oft sich sogar auflöst. Wenn das nicht gelingt, kann die Anregung einer Distanzierung erfolgen, des Einnehmens einer Beobachterposition, evtl. sogar von oben, als schwebende der Betreffende über der Szene. Wenn das mehrfach in den Sitzungen geschieht, fördert dies generell die Fähigkeit, sich von bedrängenden und

überwältigenden Gefühlen zu distanzieren, inneren Abstand zu gewinnen, um eine Reflexion darüber zu ermöglichen und eine Verarbeitung einzuleiten.

Psychotherapien verlaufen durch das Einbeziehen von Wachtraum-Techniken nicht immer kürzer im Vergleich zu einem traditionell-analytischen Vorgehen: auch in dieser Hinsicht sind »Wunderheilungen« selten. Emotionale Reifungsprozesse brauchen Zeit. Bei der gefühls- und erlebnisintensiven Einbeziehung von Wachträumen ist meist jedoch eine Verringerung des Stundenabstands auf eine Wochenstunde möglich, ohne dass der Bezug zu der vorangegangenen Sitzung und zum inneren Veränderungsprozess verloren geht. Durch die Förderung der Introspektionsfähigkeit achten die Patienten auch im Alltag mehr auf ihre körperlich-seelische Befindlichkeit, auf eventuelle Beeinträchtigungen des Körper- und Selbstgefühls in als schwierig erlebten Situationen und können mehr und mehr selbst korrigierend eingreifen.

In der Trance, im Hypnoid, ergibt sich eine Verschiebung der psychischen Funktionen in eine regressive Richtung, indem das Realitäts-Prinzip zurücktritt, bildhaftes Denken vorherrscht, Gefühle verstärkt erlebt werden, die Wahrnehmung von Raum, Zeit und auch des eigenen Körpers verändert ist. Die vermehrte Durchlässigkeit für Unbewusstes und Vorbewusstes ist übrigens therapeutisch nicht immer sinnvoll, z. B. dann nicht, wenn der Betreffende ohnehin schon leicht von Gefühlen und Impulsen überflutet wird und er zunächst Hilfe dafür benötigt, sich davon besser abgrenzen zu lernen.

Im therapeutischen Wachtraum ist das Ich noch zum sprachlichen Umsetzen des Geschehens in der Lage, der Möglichkeit, es zu beeinflussen und sich danach daran erinnern zu können. Die so in der Therapie entstandenen Wachträume enthalten Gesamtentwürfe der aktuellen Lebenssituation wie auch von Aspekten der Kindheits-Entwicklung, des biographischen Hintergrunds; gleichzeitig ergeben sich auch Hinweise auf die Übertragung, darauf, wie der Patient die Therapie-Situation unschwellig erlebt. Der Therapeut erhält einen unmittelbaren Eindruck von der jeweiligen Stärke der Fähigkeit zu innerer Integration und der autonom angelegten Fähigkeit zur Selbststeuerung, der Herstellung einer inneren Ordnung, des Wirksam-Werdens von Selbstheilungskräften.

Die inneren Bilder bilden latente Bedürfnisse (besonders auch nicht-neurotische) sowie

unbewusste oder vorbewusste Konflikte und Blockierungen, Fixierungen, neurotische Dispositionen in symbolischer Einkleidung in großer Deutlichkeit ab. Diese kommen, direkt erlebbar, vergleichsweise früh in der Behandlung zum Vorschein, stellen sich als Bild, Szenenfolge oder Symbol dar und gewinnen damit Objektcharakter; das erleichtert die Auseinandersetzung mit den unterschweligen Bedürfnissen und Dispositionen. Der Patient erfährt die Inhalte der Wachträume als etwas zutiefst Eigenes; es findet eine Selbstkonfrontation statt, die Selbstdeutungen ermöglicht. Der Therapeut muss dadurch umso weniger selbst deuten. Die therapeutische Beziehung wird entlastet, das Selbstwertgefühl, die Selbstachtung gestärkt durch das Gefühl eigener Kreativität, Kompetenz und wachsender Kontrollmöglichkeit irrationaler Gefühle und Affekte. Die selbst entwickelten Bilder haben eine Langzeitwirkung von Tagen, Wochen, Monaten oder sogar Jahren. Mit ihrer Hilfe kann die in einer Psychotherapie erwünschte anhaltende innere Auseinandersetzung verstärkt werden, mit der Gewinnung neuer und vertiefter Einsichten. Die Intensität und Effektivität dieses erlebnisintensiven, aufdeckenden Prozesses hängt ab vom Veränderungspotenzial, der emotionalen Beweglichkeit des Patienten sowie von einer günstigen Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation, in welcher der Therapeut vorübergehend als Schutzfigur fungiert. Dennoch wird die Gefahr einer gesteigerten Abhängigkeit vom Therapeuten nicht verstärkt, weil der Patient eine vergleichsweise große Eigenständigkeit behalten kann. Durch Probehandeln in der Phantasie wird der Transfer in die Realität angeregt; das Handeln in der Realität wird kreativer, die Erlebnisintensität nimmt zu. Das Gewicht neurotischer Strukturen kann sich verringern und relativieren, und zwar umso mehr, je mehr die Wachtraumarbeit Potentiale fördernde Aspekte aufweist und je mehr der Patient in der Lage ist, die innere Auseinandersetzung zwischen den Sitzungen anhand der eigenen Bilder und Symbole weiterzuführen.

Als zentrales Prinzip der Informations- und Gefühlsverarbeitung können die imaginativen Fähigkeiten der Patienten in sehr vielen Fällen für die Intensivierung der Veränderungs- und Wandlungsprozesse in Psychotherapien genutzt werden. Das analytische Behandlungsrepertoire wird dadurch erweitert, naturgemäß in einem unterschiedlichen Ausmaß, je nach der Eignung des Patienten für die Einbeziehung von Wachtraumtechniken aufgrund seiner individuellen Voraussetzungen.

Unabhängig von der jeweils sinnvollen Vorgehensweise lassen sich die Ziele einer Psychotherapie wie folgt zusammenfassen:

Das Erlangen einer größeren inneren Ordnung,  
das Erleben gesteigerter Kompetenz,  
insgesamt eine Stärkung der Selbstachtung.

#### Literatur

- Ammann, A. N. (1978): Aktive Imagination. Olten: Walter.
- Freud, S. (1948): Gesammelte Werke. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Friebel, V. (2000): Innere Bilder. Imaginative Techniken in der Psychotherapie. Düsseldorf: Patmos/ Walter.
- Goethe, J. W. (1976): Maximen und Reflexionen 188. Frankfurt a. M.: Insel Taschenbuch 200.
- Jaffé, A. (Hg.) (1999): Erinnerungen, Träume, Gedanken von C. G. Jung. Olten: Walter.
- Jung, C. G. (1972): Briefe 1946–1955. Olten: Walter.
- Kast, V. (1988): Imagination als Raum der Freiheit. Olten: Walter.
- Leuner, H. (1985): Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens. Bern: Huber.
- Loesch, W. (2001): Imaginative Körperpsychotherapie bei somatisch schwer erkrankten Patienten.  
In: Barke, U.; Rosendahl, W. (Hg.): Psychotraumatologie und Katathym-  
Imaginative Psychotherapie.  
Lengerich: Papst Science Publishers, S. 253–264.
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett/Cotta.
- Reddemann, L. (2004): Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie. Stuttgart: Klett/Cotta.
- Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Simonton, O. C. (2001): Wieder gesund werden. Reinbek: Rowohlt.
- Singer, J. L. (1978): Phantasie und Tagtraum. Imaginative Methoden in der Psychotherapie.  
München: Pfeiffer.
- Strobel, W. (1992): Die klanggeleitete Trance. Eine analytisch orientierte Form nonverbaler  
Hypnotherapie. In: Peter, B.; Kraiker, C. (Hg.): Hypnose und Kognition 9:  
98–117.
- Tuschy, G. (2007): Klangbegleitete Psychotherapie als ergänzende Behandlung bei  
neurotischen und psychosomatischen Störungen sowie körperlichen  
Erkrankungen: [www.dr-tuschy.de](http://www.dr-tuschy.de) PDF-Anhang.
- Wolf, E. S. (1998): Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbst-Psychologie. Frankfurt a. M.:  
Suhrkamp TB 1395.

(2007)