

Imaginatie

4/2001

Introductie in de Katathym-Imaginatieve Psychotherapie

Leonore Kottje-Birnbacher

Introductie in de Katathym-imaginatieve Psychotherapie*

1. Definitie en een korte beschrijving

De Katathym-Imaginatieve Psychotherapie is een psychodynamische (diepte- psychologisch gefundeerde) Psychotherapie, die op een bijzondere manier imaginaties gebruikt, om onbewuste motivaties, fantasieën, conflicten en afweermechanismen, overdracht relaties en weerstand te verduidelijken en hun bewerking zowel op het symbolische niveau, als ook in een gesprek te bevorderen. Het woord katathym komt uit het Grieks: “Kata” betekent passend (overeenkomstig), “thymos” kan men omschrijven met termen als het heftige, het hart, het bloed, de ziel, levenskracht, gemoedstoestand. Met “katahymios” worden zaken aangeduid, die je bezighouden in gedachten of je na aan het hart liggen. Met deze naam wordt dus uitgedrukt, dat de actuele emotionele toestand en de centrale onbewuste conflictconstellatie op verbeeldingsniveau in symbolisch verdichte vorm verschijnen en daardoor voor een bewerking toegankelijk worden.

Het *theoretische concept* heeft zijn wortels in de traditie van de psychoanalyse.

Naast het doel, zicht in de eigen persoonlijkheid te krijgen, spelen in de KiP ook psychosynthetische, structuurversterkende processen een grote rol. De verduidelijking en bewerking van conflicten op het symboolniveau wordt als de *eerste werkdimensie* van de KiP aangeduid. De *tweede* dimensie is dan de mogelijkheid om affectieve hiaten door positieve beleving binnen de imaginatie op te vullen. Door ontspanning en door je helemaal aan de beelden toe te vertrouwen, ontstaat een beschermde ruimte met gecontroleerde

* 23^e jaargang, nr. 4/2001

vertaald uit het Duits door Joke Stegeman-Geervliet en Margret d’Arcais-Strotmann

regressie in de dienst van het Ik, in de zin van Balint, waarbij anders onderdrukte, verloochende, afgeweerde impulsen opduiken en in imaginatieve handelingen bevredigd kunnen worden. (*tweede werkdimensie*)

De *derde werkdimensie* tenslotte is de spontane ontplooiing van creativiteit op het niveau van de imaginatie, waardoor een verruiming van de Ik-structuur kan plaatsvinden. De patiënten

ontdekken zelf nieuwe creatieve oplossingen voor probleemsituaties en proberen nieuwe ervaringen uit. (Leuner 1985/1994).

2. Historische ontwikkeling

De Katathym-imaginatieve Psychotherapie (KiP) benut als medium van verandering en genezing imaginatieve processen. Daarmee sluit zij aan bij oeroude en ver verspreide genezingstradities; want de bekwaamheid van de mens, zijn eigen situatie in beelden uit te drukken en nieuwe inzichten met behulp van beelden en metaforen te winnen, werd al in de oudheid en in alle bekende sjamanistische rituelen gebruikt. Genezende imaginaties zijn daarin steeds een centraal bestanddeel. De betekenis van dromen was al bij de oude Egyptenaren bekend (zie: het verhaal in het oude testament van de droom van Farao over de vette en magere koeien, die door Jozef uitgelegd werd); ook in de Griekse Epidaurus speelde de helende slaap en de verwerking van het daarin beleefde een grote rol. In de Middeleeuwen ontwikkelde Ignatius von Loyola rond 1550 in zijn exercitieprogramma een spirituele helings- en ontwikkelingsweg op imaginaire basis.

In onze eeuw interesseerde de psychoanalyse zich al vroeg voor de mogelijkheid van interpretatie en de therapeutische werking van nachtdromen (Freud, Traumdeutung), maar minder voor andere imaginatieve processen. Daar bleef het bij episodische ontdekkingen. Zo experimenteerde bijv. de psychoanalyticus Silberer rond 1909 met opzettelijk geïnduceerde dromen op de drempel van inslapen of ontwaken en stelde vast dat ook zij doeltreffende symboliek van voor-bewuste emotionele spanningen en stemmingen lieten zien. C.G. Jung suggereerde zijn patiënten, zich thuis imaginatief met hun onbewuste in verbinding te zetten en noemde het “actieve imaginatie”(1916). I.H. Schulz (1932) ontdekte, dat bij de autogene training in diep ontspannen toestand spontaan imaginaties van kleuren en beelden ontstonden, en Happich beschreef in 1932, hoe hij patiënten in een lichte ontspanningstoestand bracht, hen dan fantasie motieven aanbood en hoe hij hen tijdens hun imaginatie verbaal begeleidde. (Leuner 1985). Aan deze ideeën knoopte H. Leuner in 1948 aan toen hij 29 jaar oud was. Het niveau van het “beeldbewustzijn” scheen hem grote therapeutische potentie te bevatten, en hij

begon de wetmatigheden van dit bewustzijnsniveau systematisch te onderzoeken, waarbij hij gezonde proefpersonen en neurotische patiënten onder experimenteel gevarieerde condities liet imagineren. Hij wilde onderzoeken, of dagdroombeelden betrouwbare en reproduceerbare spiegelingen van de innerlijke situatie waren en of zij zich therapeutisch lieten beïnvloeden. De resultaten van zijn onderzoeken publiceerde Leuner in 1955 in het werk “Experimentelles Katathymes Bilderleben als klinisches Verfahren der Psychotherapie”. Hij beschrijft daarin de methode in een nog vandaag geldige vorm en geeft goede technische suggesties, hoe met opduikende moeilijkheden bij imaginaties om te gaan. Er zijn hier al vele motieven genoemd, die later tot het vaste repertoire van “standaard motieven” zouden gaan behoren (weide, beek, berg, huis, voornaam, belangrijke andere personen, autostop, moeras en een grotingang) en er werden belangrijke ingrediënten van therapeutisch werkzame factoren uitgewerkt. Zo ontdekte Leuner bijvoorbeeld dat beelden, die in meerdere sessies steeds hetzelfde bleven, uitdrukking waren van een probleem (zogenaamde “gefixeerde beelden”). Wanneer men bij de proefpersonen het symboolgehalte van hun beelden duidde en dan weer hetzelfde motief in de imaginatie aanbood, ontwikkelde zich een nieuw beeld (het zogenaamde “veranderingsfenomeen”), maar alleen dan wanneer de verklaringen doeltreffend waren. Opzettelijk gegeven verkeerde duidingen hadden geen veranderingen tot gevolg, de beelden konden ook niet hypnotisch-suggestief beïnvloed worden. Zij schenen überhaupt niet van de wil van de proefpersonen afhankelijk te zijn, want zij konden noch opzettelijk opgeroepen, noch tegengehouden worden. Iedereen kon alleen zijn eigen soort van voorstellingen ontwikkelen.

Eveneens in 1955 publiceerde Leuner “Symbolkonfrontation, ein nicht interpretierendes Vorgehen in der Psychotherapie” en in 1957 “Symboldrama, ein aktives nicht analysierendes Vorgehen in der Psychotherapie”. In beide artikelen heeft hij de essentie van een effectieve therapeutische omgang met symboolgestalten beschreven: door het verzoek, zich een moerasplek of een grotingang voor te stellen en een ogenblik te bekijken, en door de bijkomende suggestie, 'er zal spoedig iets uit het moeras respectievelijk uit de grot verschijnen', prikkelde hij de imaginatie van archaische symboolgestalten. Vaak waren deze gestalten voor de proefpersonen zeer angstwekkend (Leuner spreekt van “gorgonische

griezel”). Hij eiste van de proefpersonen, ondanks hun angst, de gestalte permanent te observeren en in alle details te beschrijven. Na maximaal 30 minuten waren de gestalten vriendelijker en/of zwakker geworden, en hij eiste van de proefpersonen dan ook, hen langzaam te benaderen en hen zo mogelijk te strelen. Leuner interpreteerde deze gebeurtenissen als een confrontatie met belangrijke symbolen met kathartische afvloeiing van affectieve impulsen en assimilatie van afgesplitste complexen. Hij vermoedde, dat daardoor therapieën zeer konden worden ingekort.

In 1957 had hij de techniek van confrontatie door ontdekking van verdere therapeutische “regieprincipes” voor het “symbooldrama” ontwikkeld. Er werden richtlijnen voor het “vernietigen en minderen”, “voeden en verrijken” (bijv. door eten geven), “verzoenen en omhelzen” (bijvoorbeeld door strelen), voor “inlijving” (door versmelting of opeten) en het gebruik van “magisch werkende vloeistoffen” (in het bijzonder bloed, sperma, wijn, vergif, maar ook water) en de omgang met de “innerlijke begeleider” (als bekende vriendelijke symboolwezen) als hulpmiddel toegevoegd.- Men herkent hier duidelijk een toenadering tot de Jungiaanse psychologie en tot de wereld van sprookjes en mythen. Dit werd blijkbaar Leuner’s bron voor het omgaan met symbolen. Door de in de regieprincipes voorgestelde activiteiten van de therapeut konden verbazingwekkende veranderingen van het symboolwezen bereikt worden, die ook rechtstreeks klinische verbeteringen tot gevolg hadden, terwijl het herhaalde opzoeken van lastige situaties in de imaginatie alleen geen veranderingen bewerkte. De beelden spiegelde blijkbaar de psychische situatie en verandering kon op twee manieren bereikt worden: door inzicht en innerlijke nieuwe besluitvorming van de proefpersoon na een doeltreffende duiding, of door veranderd gedrag op het symboolniveau dat de therapeut gesuggereerd had.

Leuner beklemtoonde dat symboolconfrontatie om een ervaren therapeut vraagt, omdat men steeds met verrassingen rekening zou moeten houden. Leuner’s methode is adembenemend moedig, vooral wanneer men bedenkt, hoe veel van het huidige weten toen nog niet bekend was. Het succesvolle doorstaan van angstige situaties met intense therapeutische begeleiding is bijvoorbeeld in het kader van de gedragstherapie tegenwoordig volstrekt gebruikelijk, in het midden van de vijftiger jaren bestond het echter nog niet, toen verschenen pas de eerste

publicaties van Skinner, Wolpe en Eysenck. De gebruikelijke therapeutische houding was toen de “vrij zwevende” aandacht. Maar na de nazitijd en de oorlog moest veel weer opnieuw geordend worden, het gebruikelijke was niet meer ongevraagd gangbaar, men moest zich opnieuw oriënteren. In het in 1959 gepubliceerde werk “Das Landschaftsbild als Metapher dynamischer Strukturen” werd het begrip van de symboliek van beelden verdiept. Leuner beschrijft diagnostisch structureel essentiële kenmerken van het landschappelijke panorama, die tussen neurotici en normale personen differentiëren (eentonigheid, bekrompenheid en onvruchtbaarheid, onverenigbare contrasten, beperking van het gezichtsveld). Hij wijst therapeutische ontwikkelingslijnen in het beeld aan (uitbreiding en duidelijkere differentiering van gezonde gebieden, afgrenzing en kleiner worden van neurotische gebieden) en hoe de therapeut hierin steunend kan zijn. In 1964 verscheen tenslotte “Das associatieve Vorgehen im Symboldrama”, waarin Leuner de betekenis van associatieve processen op beeldniveau beschreef. Hij kon op die manier emotioneel geladen herinneringen uitlokken, die soms met leeftijdsregressie verbonden waren.

Met dit werk was de methode van de katathym-imaginatieve psychotherapie zo te zeggen uitgevonden. In de volgende jaren werd zij in een continue uitwisseling met de ontwikkeling van de psychodynamische psychotherapie steeds grondiger theoretisch doordacht, als technische methode uitgedifferentieerd en op patiëntengroepen uitgetoet. Indicatiecriteria en bijzonderheden bij de behandeling werden uitgewerkt; nieuwe motieven voor bepaalde problemen werden ontwikkeld en de methode werd aan verschillende settingsgegevens (ambulante en stationair individuele therapie, groepstherapie, relatietherapie) aangepast. In 1970 publiceerde Leuner een eerste systematische introductie in de KIP als boek, in 1985 als uitvoerig leerboek. In 1974 werd de AGKB opgericht, die vervolgens het institutionele kader bood ter bevordering van het wetenschappelijk onderzoek van het imaginatieve proces en voor de ontwikkeling van een systematische curriculaire bijscholing tot KB-therapeut. Enkele jaren later volgde de oprichting van de KB-verenigingen in andere Europese landen (in het bijzonder Zwitserland, Oostenrijk, Zweden, Nederland). Sinds 1978 vinden er elke twee tot drie jaar KIP-congressen plaats.

Tot ongeveer 1970 noemde Leuner zijn methode soms Katathymes Bilderleben (KB),

soms symbooldrama. Daarna werd de naam Katathymes Bilderleben aangehouden, totdat in 1994 Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) als naam voor de methode werd gekozen. Dit was om duidelijk te maken, dat het hierbij om een compleet therapeutisch aanbod gaat. De benaming KB wordt in het kader van deze tekst als afkorting voor het “Katathymes Bilderleben” bij de imaginaties gebruikt. Nederland en Zweden gebruiken de naam “Symbooldrama” als handelsnaam voor KiP; in het Angelsaksisch taalgebied wordt de term “guided affective imagery” gebruikt.

3. Afgrenzing ten opzichte van andere methodes

Ter afgrenzing van andere methoden, die eveneens met imaginaties werken, worden hier de bijzonderheden van de KiP genoemd:

- Imaginaties zijn niet hetzelfde als visualisaties. Visualiseringen zijn bewust geproduceerde en gestuurde denkbeelden, die in de *hypnotherapie* een grote rol spelen, bijvoorbeeld bij het werken met Ik-toestanden en het werken met persoonlijkheidsdelen (Kanitschar 1999, Bölcs 1997). Hierbij worden optische denkbeelden en verbale communicaties gebruikt, echter worden nauwelijks andere zintuigen ingezet of handelingen gestimuleerd of nauwelijks geprovoceerd, terwijl bij het imagineren een “katathymes”, juist niet bewust gestuurd beleven in alle zintuigmodaliteiten ontstaat met spontaan symbolische dichtheid van het centrale relatieconflict.
- Men kan direct op het symboolgebied (en niet eerst achteraf, zoals bij de bewerking van nachtdromen) werken.
- Daarbij komt de omgang met de imaginaties overeen met psychodynamische ervaringsachtergrond. Er wordt in de Kip van de patiënten geen concreet gedrag gevraagd, in plaats daarvan zet de therapeut zijn suggestieve invloed in, om de patiënten aan te moedigen, om hun individuele oplossing te vinden (Leuner 1985,

Seithe 1997a). De suggestieve momenten van de KiP, die in het motiefaanbod, in vragen, suggesties en in het benoemen van een bepaalde inhoud van gevoelens verborgen zijn, bevatten allen algemene rustgevende suggesties waardoor de situatie gehandhaafd kan worden, maar zonder dat een specifieke manier van oplossing aangeboden wordt, Seithe (1997a) noemde dit “Suggestion im Dienste des Ich”.

- De symbolen worden als uitbeelding van de interne objectrelaties begrepen; mogelijkheden voor het proefhandelen en probleem oplossen worden benut, zij zullen zich echter individueel creatief ontwikkelen en worden niet systematisch en realistisch gepland. Dat onderscheidt de KiP van de gedragstherapie, die bijvoorbeeld bij de systematische desensivering eerst een prikkelhiërarchie construeert en dan in ontspanning een stapsgewijze confrontatie doorvoert. In de KiP zorgt de therapeut binnen de zich spontaan ontwikkelende symbolisch gecodeerde imaginatie voor een passende prikkeldosering.
- Het dialogische principe - het feit dat de therapeut steeds met de patiënt in contact is, hem ondersteunt en stimuleert - onderscheidt de KiP van de bovenbouw van de autogene training en de actieve imaginatie van C.G. Jung.

4. Therapeutische basishouding en setting

De therapeutische basishouding en de algemene therapeutische setting stemmen met de in de psychodynamische, respectievelijk de dieptepsychologisch gefundeerde psychotherapie overeen. Het doel van de therapie is de bewerking van actuele conflicten en een gezondere ontwikkeling van de persoonlijkheid van de patiënten in een zelf reflectief proces. De frequentie van de uren ligt meestal bij een uur per week; de KiP is echter ook met een hogere of ook lagere frequentie inzetbaar. De meeste behandelingen omvatten 25-50 uur, maar er komen ook langere therapieën voor van 80 of 100 uur. De therapie vindt meestal in zittende houding plaats; sommige patiënten gaan tijdens de duur van de imaginatie graag liggen, om zich beter te kunnen ontspannen. Voor sommigen is het liggen eerder

onaangenaam. Daarom moet men de voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden bespreken, om te garanderen, dat de patiënt zich op zijn gemak voelt.

De therapie begint steeds met een gespreksfase, om de huidige situatie van de patiënt te begrijpen, voor men hem laat imagineren en eindigt ook met een gesprek. Daarin vraagt men de patiënt op zijn minst, hoe het met hem gaat en of een stemming of gevoel blijft hangen, voordat men hem laat gaan. De imaginatiefase kan verschillen in duur (tussen circa 10 en 40 minuten, meestal 15-25 minuten) en in frequentie (bijvoorbeeld iedere tweede of derde zitting of ook alleen bij een eenmalige gelegenheid), dat hangt er van af welke functie de imaginatie in het therapeutische proces zal innemen. Op deze verschillen zal later worden ingegaan.

Het begin van een KiP-therapie: dieptepsychologische diagnostiek en initiale dagdroom

In de eerste plaats zal de therapeut moeite doen om hoogte te krijgen van de huidige levenssituatie, de anamnese op te nemen en daarbij bijvoorbeeld volgens OPD-criteria het structuur-niveau, het dominante conflict, en zijn mogelijkheid om relaties aan te gaan van de patiënt in te schatten. Daarnaast is een zorgvuldig onderzoek naar het ondersteunende systeem en de doelen van de patiënt belangrijk. In het kader van deze begindiagnostiek kan de therapeut ook de geschiktheid van de patiënt voor de KiP controleren. Daarvoor verricht hij een korte dagdroomproef. Bij de meeste patiënten is dat de zogenaamde “*bloemtest*”: hij verzoekt de patiënt aan een kleine oefening mee te doen, namelijk zich te ontspannen, eventueel de ogen te sluiten en zich een of andere bloem voor te stellen, die net voor zijn innerlijke oog opduikt. Deze zal hij dan beschrijven en de therapeut vraagt na, waardoor het beeld zich wederom verder concretiseert en ontvouwt. Na de beëindiging van de imaginatie stellen de patiënten vaak heel verwonderd vast, dat hun bloem iets met henzelf te doen heeft. Er zijn grote en kleine bloemen, stralende en onooglijke bloemen, met stevige of met slappe steel, bloemen die zijn geworteld of zonder wortels zijn, vitaal-weelderige en half verdroogde, alleenstaande of in bosjes groeiende. Welke bloem uit de diversiteit van al die mogelijkheden verschijnt, is geen toeval. Naast “dagresten” bepalen innerlijke affiniteiten de structurele

eigenschappen van de bloem. Doordat de patiënt de bloem met betrekking tot zichzelf en zijn huidige situatie bekijkt, wordt hem het principe van de symbolisering duidelijk, waarvan het KB gebruik maakt. Daardoor wordt hij gemotiveerd, verder met de beelden te werken, en men kan met hem dit werk als een deel van de therapeutische settings afspreken: bij elke twee of drie zittingen zal een dagdroom van 15-20 minuten tijd plaatsvinden, om de innerlijke situatie van de patiënt preciezer te leren kennen.

Deze eerste Initiale Tagtraum (ITT) kan men als pendant van het psycho-analytische begin-interview of van de Initialtraum in de psychoanalyse zien (Ullmann 1997). Men zal daarbij met verklaringen terughoudend zijn, want “de symbolen zijn vaak gecodeerde kunstwerken van de patiënten, die zich zelden 1:1 laten vertalen” (Ullmann 1997, S. 86c). Door voorbarige verklaringen zou men de belevingsruimte van het overgangsobject-karakter verstoren, die zich net begint te ontplooien. Vanuit hypnotherapeutische visie laat zich de diagnostische waarneming bij de ITT als de eerste trance-ervaring aanvullen. Waar een psychoanalytisch geschoolde KiP-therapeut zijn diagnostische aandacht op zelf- en objectrepresentatie, weerstand en overdrachtsbereidheid richt, zoekt een hypnotherapeut naar criteria van het rapport en naar eigenaardigheden, diens kennis en inachtnaam het latere contact met de patiënt makkelijker kunnen maken; zoals zijn zicht op de wereld, zijn waardesystemen, voor hem belangrijke posities in relaties (one-up of one-down) innerlijke sterkte en waarnemings- en representatiesystemen, die zijn voorkeur hebben. (Ullmann 1997).

Voorbeeld:

Een ongeveer 30-jarige beroepsmatig goed werkende vrouwelijke bouwkundig ingenieur, die tot dusver het privé en erotisch contact met mannen vermeden had en nu na een “zenuwinkering” een ongeveer 50-jarige manlijke therapeut bezocht heeft, moet bij de derde zitting een bloem imagineren.

Er verschijnt een grote *zonnebloem*, die er uitziet als een schilderij. De bloem heeft een lange, dikke steel en opvallend kleine bloemblaadjes, die er niet proportioneel uitzien. Zij hangt ergens in de lucht. Dan verandert het beeld in een klein omheinde tuin, rondom is struikgewas. In het gecultiveerde vierkant staat een sierlijke plant op donkerbruine, losse aarde. Het is ook een zonnebloem, een knop met dunne stengel.

De patiënte stapt over het lage hek en raakt de plant aan. Zij voelt zacht en buigzaam aan, men moet zeer voorzichtig zijn, opdat zij niet door de aanraking omknakt. De patiënte bespeurt de zachte haartjes van de steel, de bladeren zijn ruw en koel. Zij mag deze bloem graag, laat hem daar graag staan en is aan het eind van het beeld positief geroerd.

Het beeld spiegelt zeer goed de levenssituatie en therapieverwachting van de patiënte: de persoon ziet er in haar beroepsuitvoering stabiel uit, het is echter alleen een beeld, dat in de lucht zweeft, het is niet geaard. De werkelijke, zorgvuldig omheinde binnenste bloem is zacht en als knop nog onaangeroerd, niet uitgebloeid. De patiënte is bang, bij een aanraking beschadigd te worden, de bloem zou daardoor omknakken en dan niet meer in staat zijn te bloeien. Het ondoordringbare struikgewas buiten het kleine gecultiveerde bloembed is vermoedelijk een metafoor voor haar onbekende wilde drift. De patiënte signaleert naar de therapeut haar angst en haar hoop, dat de bloem in de therapie voorzichtig behandeld wordt en dat zij haar levensruimte uitbreiden kan.

Andere voorbeelden:

Een 26-jarige student, innerlijk nog niet losgeraakt van zijn ouders, schildert een rozenstruik, die in de voortuin van zijn ouderlijk huis staat.

Een 35-jarige huisvrouw, die wegens verschillende angsten in therapie gaat, ziet een soort kussentje van kleine blauwe bloemetjes, die zij niet benoemen kan. Zij groeien half in de schaduw, ruiken niet, voelen zacht en kwetsbaar aan. Daarnaast groeit een grote rode bloem, een soort gerbera met grote bloemen en een zwakke steel. De steel wordt door een stok gestut, opdat hij niet omknakt. – Hier ziet de vrouw zich zelf in het naamloze, bescheiden kleine bloempje weerspiegelt en haar eveneens zelfzekere, maar contra fobisch compenserende echtgenoot in de grotere, stralende bloem, die echter ook niet alleen kan staan, maar een ondersteunend iemand nodig heeft.

Het opduiken van meerdere bloemen in het KB komt relatief vaak voor, meestal als uitdrukking van tegenstrijdige Ik-aandelen, maar ook ter uitbeelding van belangrijke relaties (meestal van symbiotische zelf-object-relaties). In het bijzonder bij anorexiapatiënten

verschijnen vaak twee bloemen (Klessmann en Klessmann 1988,1990), bijvoorbeeld een stralende fascinerende orchidee en een weidebloem, die heel bescheiden kan bestaan, maar niets bijzonders is. De emotionele waardering van deze bloemen kan van de ene seconde op de andere kantelen en de patiënten zouden niet voor een bloem kunnen beslissen, maar slingeren lang heen en weer, voordat zij de goede maat voor zich zelf kunnen vinden.

Ontspanning en inleiding van de imaginatie

Wanneer binnen het therapie-uur het goede tijdstip gekomen is, nadat de actuele situatie besproken is en er ruimte is voor een emotionele verdieping van het beleven, vraagt men aan de patiënt, of hij nu een KB zou willen maken, en verzoekt hem zich te ontspannen. Bij de eerste keer kan men hem vragen, of hij liever zou willen zitten of liggen, hoe hij zich het beste kan ontspannen. Na afloop wordt het KB besproken, wat goed was en wat hij liever anders had gewild.

Patiënten, die zich niet goed aan een ander kunnen toevertrouwen, geven er de voorkeur aan, in de stoel te blijven zitten en willen eventueel ook niet hun ogen sluiten, maar staren voor zich uit. Andere patiënten die ervan genieten verzorgd en verwend te worden, gaan liever liggen. Bij lichamelijk zeer gespannen patiënten en psychosomatisch zieke is een behoorlijke ontspanning therapeutisch belangrijk, en het is raadzaam er genoeg tijd voor te nemen. Afhankelijk van de voorkeur en voorervaringen van de patiënt kan zij door ontspannings-suggesties van de therapeut ingeleid worden of door de patiënten zelf met basisoefeningen van de autogene training. Zeer gespannen patiënten geven de voorkeur vaak aan de Jacobson-techniek met het afwisselen van inspanning en ontspanning. Bij de patiënten, bij wie de ontspanning niet een eigen therapeutisch doel is, zijn meestal enige lichte rust-suggesties van de therapeut voldoende, zoals bijvoorbeeld: “gaat u alstublieft zitten/gaat u zo gemakkelijk mogelijk liggen en ontspant u en probeer langzaam tot rust te komen en uw aandacht naar binnen te keren,...uw lichaam te voelen... en uw adem, zoals hij komt en gaat..., en misschien kunt u nu langzamerhand voor uw innerlijke oog een beeld laten ontstaan, bijvoorbeeld een weide, of wat dan ook wil verschijnen, het is allemaal goed, .. en

wanneer een beeld opduikt, beschrijft u dit alstublieft”. Deze instructie spreekt bewust de eigenactiviteit van de patiënt aan. De patiënt moet zich op zijn binnenwereld richten en de therapeut ondersteunt hem daarbij. Voor de rest is de concentratie op een innerlijk beeld voldoende, om via de fixatiemethode een trance te induceren (Ullmann 1997).

De omgang met beginmoeilijkheden

Wanneer de patiënt niet binnen de volgende 10-20 seconden op de instructie reageert, moet de therapeut iets doen, om het contact in stand te houden. Het is niet aan te bevelen, de patiënt te lang alleen te laten, want men weet niet, hoe het met hem gaat, wat er tijdens de ontspanning aan lichaamsgevoelens, beelden of gedachten opgedoken is. De therapeut kan zich met een “hm” kenbaar maken, om te laten zien, dat hij aanwezig is en op bericht wacht, of hij kan vragen: “Hoe is het nu?” of nog explicieter: “Hoe gaat het met u op dit moment?” Daarmee signaleert hij, dat hij contact wil hebben. Het hoeven geen beelden te zijn, alleen iets over zijn toestand, waarmee men verder kan gaan. De meeste patiënten, die niet meteen spontaan iets zeggen, hebben nog geen helder beeld en hebben daarom niets verteld. Hier geldt het als eerste de toestand van de patiënt waar te nemen en daaruit misschien een beeld te ontwikkelen.

Voorbeeld 1:

P: Het is helemaal donker, ik kan niets zien.

T: O.k. Hoe gaat het nu met u?

P: Och goed. Ik voel mij vrij en rustig.

T: Ah ja, goed.... Zou u iets willen?

P: Nee, alleen zo daar liggen. Dat is goed zo.

T: Wat voelt u op dit moment?

P: De bank voelt warm en stevig aan, het gaat goed met mij daar.

T: Wat kunt u nog waarnemen?

P: Ik weet het niet, ik heb geen verdere gedachte, ik voel me gewoon goed en tank kracht bij.

T: Hm.. hoe ziet de duisternis er eigenlijk precies uit, kunt u het iets preciezer beschrijven?

P: Het is gewoon donker om mij heen,... het is gewoon goed.

T: Hm, is het eerder een warme of een koude duisternis, een harde of een zachte?

P: Eerder zacht en koel.

De duisternis, laat zich door het verzoek van de therapeut, het te concretiseren, niet oplichten, de patiënte voelt zich echter kennelijk goed daarin, zij ademt gelijkmatig en heeft een ontspannen gezicht. Hoewel zij niets concreets ziet, spiegelt deze sequentie haar innerlijke toestand (na een krenking door haar man, had zij zich depressief teruggetrokken) en verwijst, echter met een goed lichaamsgevoel, ook op een goede therapeutische relatie. Blijkbaar voelt zij zich bij de therapeut geborgen.

Bij het nagesprek schiet de patiënte te binnen, dat zij zich in haar kindertijd vaak in een kleine nis in het trapportaal teruggetrokken had, daar zou zij dan stil voor zich uit gehuild hebben. In deze “oud bekende en beproefde” spanning verzachtende toestand heeft zij zich in het voor haar onoplosbare conflict met haar man, weer teruggetrokken. Hier moet zij therapeutisch uitgehaald worden.

Voorbeeld 2:

P: Ik zie twee heel verschillende weiden en kan geen besluit nemen, het beeld springt zo heen en weer.

T: Kunt u dan misschien beide eens beschrijven?

P: Ja, de ene is zo'n sappige voorjaarsweide met bloemen, zo ongeveer 25 cm hoog gras...de andere is veel droger, zo steppeachtig, een paar dorre struiken staan er, anders niets.

T: Hm.

P: Het gaat oneindig zo verder.

T: Hm.

P: De eerste weide wordt achteraan door een dennenbos begrensd.

T: Ach ja, de ene is ook zo mooi en sappig en met een bos aan de rand en de andere zo heel groot en tamelijk droog.

P: Ja. En ik kan er helemaal niets aan doen, ze springen zo heen en weer...

T: Hm. Welke weide zou u dan liever willen?

P: De sappige, heel duidelijk. De andere maakt mij eerder angstig.

T: Zou u misschien dan zin hebben, eens naar die sappige weide te gaan en daar te beginnen, misschien daar een beetje langs gaan of eerst maar een beetje preciezer bekijken?

P: Ja goed..

Voor de patiënt was het hier voorlopig mogelijk, met toestemming van de therapeut eerst maar met de aangename weide te beginnen en de andere voor later te bewaren. In het nagesprek schoot bij hem de twee weiden te binnen, hoe verschillend hij zich op beroeps- en op privéterrein voelt. Beroepsmatig was de 25-jarige met zijn eerste baan, na zijn studie, goed begonnen. Het werk gaf hem plezier. Privé echter had hij weinig contacten, geen vriendin en leed aan eenzaamheid.

Voorbeeld 3:

P: Het is helemaal donker.

T: Hm. Kunt u die duisternis een beetje preciezer beschrijven?

P: In het linker oog is een soort kleurenschaduw, schitteringen, pulseren, in het rechter oog is het gelijkmatig donker.

T: Hm. Dus links is er iets aan de hand. Daar pulseert iets. Wacht u maar even af, hoe het zich verder ontwikkelt.

P: Nu komt het mij voor, alsof daar een klein stenen muurtje staat en dat ik daar als klein meisje op zou zitten, en daar loopt een weg naar huis.

De patiënte kan vanaf hier haar beeld verder ontwikkelen. Het begin was voor haar vermoedelijk daarom moeilijk, omdat zij steeds denkt, dat zij sowieso alles fout doet. Haar moeder vertrouwde haar niets toe, maakte urenlang huiswerk met haar, vertwijfelde aan haar traagheid. De opdracht, het beeld te schilderen, werkt op haar eerst als prestatiedruk, zij wordt onrustig, zou graag iets willen vertellen, durft het echter niet, eerst de suggestie, gewoon even te wachten, met de implicatie, het zou wel ergens goed verder gaan, geeft haar voldoende rust, om zich aan een schilderij te wagen.

Begeleiding van de imaginaties

De therapeutische basishouding bij de begeleiding van de beelden moet terughoudend, vriendelijk en empathisch meegaand zijn. De patiënt moet het gevoel kunnen ontwikkelen, begrepen te worden en niet alleen te zijn. Daarvoor is het belangrijk, dat de therapeut door non-verbaal-onspecifieke en door verbale uitingen zijn interesse bij de beelden laat blijken, in

zijn spreekstijl de formuleringen van de patiënt oppakt en zijn ritme aan die van de patiënt aanpast. Elke patiënt heeft zijn eigen manier en de therapeut moet zich bij hem aansluiten. Hij moet in ieder geval naar details van de beelden en naar het stemmingsmoment vragen, zodat het beeld zich verder uitdifferentieert en intensiveert (gemäss der Grundvariable “Verbalisierung emotionaler Erlebnisqualitäten” von Rogers). Desgewenst kan het zeker zinvol zijn, sterker gestructureerd in te grijpen, bijvoorbeeld te waarschuwen (bij niet overwogen, mogelijk gevaarlijk gedrag) of positief te ondersteunen (bij creatieve ideeën en plezier, iets nieuws uit te proberen). Hij moet hem ook vragen, wat hij graag zou willen doen, zijn wensen serieus nemen en helpen om ze verder te ontwikkelen.

Door een dergelijke empathisch-protectieve houding wordt een anaclitische overdrachtssituatie bevorderd en de therapeut werkt als model voor de ontwikkeling van goede zelfzorg. De begeleiding moet op dit moment op de behoefte van de patiënt afgestemd zijn en deze is op zijn beurt afhankelijk van individuele voorkeur en actuele situatie. Het gaat om emotionele identificatie en cognitieve reflectie (Leuner 1989), S.129f), zodat er een oscillerende beweging van dichtbij meeleven, aanvoelen, speuren en genoeg afstand voor een diagnostisch-therapeutische evaluatie van het proces kan bestaan. Door zijn vragen focust de therapeut op de waarneming (blikrichting) en zorgt voor pauzes en preciezer bespeuren (invloed op het tempo); dit zijn discrete manieren van processturing.

Beëindiging van de imaginaties

Over het algemeen worden de beelden na 15 tot 25 minuten afgebouwd. De patiënt heeft tijd gehad, om zijn innerlijke scene te ontwikkelen, alles precies te bekijken en op zich in te laten werken, te bespeuren wat voor hem op dit moment belangrijk is, en na te gaan hoe dat dan voor hem aanvoelt. De therapeut zal hem dan vragen, of hij geleidelijk zijn beeld zou kunnen beëindigen of wat hij nog zou willen en zal hem dan verzoeken, nog een keer alles in zich op te nemen en dan het beeld te beëindigen en de ontspanning terug te nemen.

Afhankelijk ervan hoe diep de patiënt is afgedaald, heeft hij enige momenten nodig of ook enige minuten, om weer helemaal in de realiteit te zijn. De imaginaties eindigen geleidelijk, men kan ze nog een keer de revue laten passeren en informeren, wat voor hem bijzonder belangrijk was of wat hem op de een of andere manier geraakt heeft. Er komen aanvullingen van bijvoorbeeld tijdens het KB niet genoemde beelden, gevoelens of ingevingen, die hem even door zijn hoofd gingen, of een verbazen over iets, of een waardering achteraf. De therapeut kan op zijn beurt aan de patiënt selectief meedelen, wat hem op bepaalde manier geraakt heeft, waarover hij zich verbaasd heeft, wat hij als nieuw heeft ervaren. Duidingen zijn op dit moment niet handig, omdat zij het nabeleven verstoren (inperking van de ontstane overgangsruijnte) en omdat een te snelle cognitieve ordening aan het proces van associatieve verrijking afbreuk doet. In het bijzonder na een heftige emotionele ontlasting in het KB moet de patiënt nog een tijdje gaat wandelen en de beelden laten zakken, voordat hij in de auto gaat zitten en naar huis rijdt.

Nabehandeling van de imaginaties

Het is verstandig om het eigenlijke nagesprek met de verwerking van de beleving eerst in het volgende uur te laten plaats vinden, zodat de patiënt tijd heeft, de beelden van de imaginaties eerst nog een keer op zich te laten inwerken en om er mee bezig te zijn. Hij wordt gevraagd, de imaginatie thuis te schilderen of op te schrijven. Daardoor komen bij hem meestal verdere ingevingen en ideeën op. In het begin van het volgende uur bekijkt men gezamenlijk het geschilderde beeld en bespreekt het beleefde. In de imaginatie kunnen aspecten van zelfwaarneming of aspecten die betrekking hebben op de relaties duidelijker geworden zijn. Die kan men dan met belevissen uit de realiteit vergelijken: er kunnen typische gedragspatronen van de patiënt (afweermeehanismen) te voorschijn komen, zo dat zij met hun voor- en nadelen goed bespreekbaar worden; er kunnen nieuwe innerlijke doelen opgedoken zijn, enzovoort. In deze fase is het zinvol, als de therapeut, uitgaand vanuit het spontaan evidente beleven in de imaginatie, voorzichtig probeert, de eigenaardigheden van de patiënt te

accentueren en een dynamische samenhang tussen affect, wens, angsten en afweergedrag te laten plaatsvinden.

5. Werkkracht van de setting

Het creëren van belevings- en verwerkingsruimte.

Door de invoering van het KB in het kader van de psychodynamische therapie worden twee communicatieniveaus geschapen: *het niveau van de imaginatie* en daarmee afgewisseld met *het niveau van het gesprek*. Tijdens de imaginatie overheerst het beleven, tijdens het gesprek de cognitieve verwerking. Dit arrangement heeft een reeks van consequenties. Ten eerste wordt de *afwisseling tussen beleven en verwerken* als iets vanzelfsprekends neergezet en ingestudeerd. Elk bereik behoudt zijn ruimte en wordt door de andere begrensd. Deze structuur wordt in de loop der tijd geïnternaliseerd en staat dan als vanzelfsprekend bij de omgang met progressieve en regressieve tendensen ter beschikking (Kottje-Birnbacher 1992).

Ten tweede worden de beide niveaus door hun expliciete afgrenzing en door verschillende houdingen van de therapeut in hun *verscheidenheid* geaccentueerd: de ruimte van de imaginatie wordt door ontspanning en intensive emotionele begeleiding tot een *beschermde belevings- en ontwikkelingsruimte*. Hier kan de patiënt gewoon vertellen, welke situaties zich voor zijn innerlijke oog ontwikkelen, zonder secundair proces-achtig te abstraheren. De ontspanning dient ertoe de aandacht naar binnen te richten en op-zich-zelf te concentreren. Dan wordt de patiënt verzocht, zijn innerlijke wereld in beelden te vatten, zijn anders misschien diffuus waargenomen lichaamsgevoelens, behoeftes, angsten, verwachtingen en gedragsschema's van binnen uit in de beelden te projecteren, deze aan te kijken en aan de therapeut mee te delen (Pahl 1980). De beelden volgen elkaar associatief op; de patiënt kan ze op zich in laten werken, zich erin bewegen en door middel van metaforische handelingen aan zijn conflicten werken.

Daarbij kan de ruimte van de imaginaties als een soort *overgangsruijnte* fungeren in de zin van Winnicott: de patiënt laat zijn beelden ontstaan, kan onnipotent over hen beschikken, hen creatief vormen en hen met andere mensen delen. Door het contact tussen binnen- en

buitenwereld ontstaat een gevoel van innerlijke realiteit en levendigheid. De settingsvoorwaarden in het KB bevorderen het ontstaan van een geborgen en troostende ruimte, want de patiënt is in ontspannen toestand en is nooit alleen, maar heeft in de persoon van de therapeut een onopvallende en betrouwbare begeleider, die hem suggesties aanbiedt en hem bijstaat. Deze manier van begeleiding is een nieuwe ervaring voor de patiënten, die het als een spanning verminderende structuur beleven, die geïnternaliseerd wordt (Ullmann 1988, Lippmann 1990, Schnell 1997) en de coherentie van de ik-structuur van de patiënt versterkt.

Het niveau van gesprek heeft complementaire accenten: hier domineert de *metacommunicatie*. Patiënt en therapeut werken hier op een volwassen en cognitief georiënteerde manier samen, om de affect- en relatieconstellaties te begrijpen, die in de imaginaties (en in de daadwerkelijke levensbetrekkingen) zichtbaar zijn.- Natuurlijk wordt door het erkennen van een nieuwe samenhang wederom een gevoel teweeg gebracht. Beleven en reflecteren laten zich niet echt scheiden. Maar de manier van samenwerking tussen patiënt en therapeut is op beide vlaktes toch duidelijk verschillend.

Bijzonderheden van de therapeutische relatie: in het bijzonder van de overdracht- en tegenoverdracht-dynamiek in de Kip

Terwijl in de psychoanalyse primair de overdracht op de therapeut als manifestatiegebied voor de neurose dient, benut de KiP aanvullend het niveau van de imaginatie ter uitbeelding van de neurotische conflictbereidheid van de patiënt. In de imaginaties zijn de innerlijke conflicten van de patiënt uitgebeeld en de therapeut fungeert bij de bewerking als begeleider. Leuner (1989) vergelijkt de therapeutische relatie in het KB met een expeditie, waarbij de patiënt als duiker op de zeebodem zijn onderzoek uitvoert, terwijl de therapeut als expeditieleider op het schip de zuurstoftoevoer bewaakt en per marifoon aanwijzingen kan geven. In zijn oplettendheid oscilleert daarbij de therapeut tussen het innerlijke meegaan (concordante en complementaire overdracht in de zin van Racker) en cognitieve distantieering door zelfkritische reflectie. Dit is het basismodel: de beelden maken een herbeleving van de oorspronkelijke objectrelaties met steun van de symboliserende imaginatie en de beschermd

therapeutische relatie mogelijk. Het met de therapeut gedeelde beeld neemt als het ware een containerfunctie over (Dieter 1999), die de therapeutische relatie van affectieve druk ontlast. Zo kan – in ieder geval bij de therapie van patiënten met een neurotisch structuurniveau en een passend empathisch gedrag van de therapeut – een stille positief gekleurde ouder-overdracht over aanzienlijke tijd ongeïnterpreteerd als achtergrond van de ontwikkeling dienen. Therapeut en patiënt doen daarbij gezamenlijk moeite om de innerlijke structuur van de patiënt te begrijpen (Leuner 1985/1994, Lang 1982). Leuner noemde dit de "tweedimensionale overdracht" in het KB, die zich enerzijds in de peer-relatie, anderzijds als "projectieurose" op het beeldniveau manifesteert. (Leuner 1985, pagina 418). De positieve aandelen van de overdracht kunnen in de peer-relatie het werkverbond vestigen, terwijl de conflictgedachtes op beeldniveau voor bewerking toegankelijk zijn. Door het huiswerk, het beeld te schilderen, wordt bovendien een tweede bewerking aangespoord, die sommige aspecten verdiepen kan en nog beter begrijpelijk maakt.- Tegen dit model kan men natuurlijk met recht inbrengen, dat het noch voorspelbaar is, noch dat door de therapeut bepaald kan worden, welke communicatiekanalen de overdracht kiest en hoe onbewuste objectrelaties aan het licht zullen komen. (Zwettler-Otte 1999). Toch kan niet ontkend worden, dat de bijzonderheden van de KiP een surplus aan therapeutische mogelijkheden voor het begrip van de overdracht biedt: de evidentie is indrukwekkend, wanneer overdracht in het KB en de relatie met de therapeut overeenstemmen; ze kan ook op het KB-niveau alleen al indrukwekkend zijn, wanneer zij in de directe interactie nog niet zo duidelijk durft te verschijnen.

Hierbij een voorbeeld van E. Klessmann (2001): door datumverschuivingen ten gevolge van vakanties en met name ten gevolge van het gegeven dat de therapeute met woning en praktijk verhuisde en daarmee sterk geoccupeerd was, werd het constante van de therapeutische relatie verstoord. De patiënte signaleerde, dat het goed met haar ging; de therapeute hoefde zich geen zorgen te maken. Het ging echter in die tijd zeer slecht met haar. In het eerstvolgende KB schilderde zij een wolkenkrabber uit beton en glas; zijzelf zat helemaal boven op een betonplaat. Hier zou zij door de glaswanden alles kunnen zien en controleren. De nietige mensen daar beneden wisten sowieso niets van haar toevluchtsoord. Zij zou hier ook langer kunnen blijven, een lift zou nog altijd de verbinding met de grond kunnen maken. Onder aan de lift zou een oude dwerg zitten en die haar in geval van nood met schriftelijke berichten kon bereiken, want mondeling kon men zich op deze afstand niet

verstaanbaar maken.- De oude dwerg, die de al oudere therapeute als overdrachtsbeeld opvatte, was zo nietig en onbeduidend, dat hij in het geschilderde beeld helemaal niet te zien was.-

De patiënte had tot die tijd in de therapie altijd een beeld van zichzelf ontworpen dat zij in haar eentje goed terecht zou komen en imagineerde in het KB steeds hulpgestaltes, voor het geval zij hulp nodig had. Zij had zich ook steeds als “zelfstandig kind” afgebeeld, dat zij vanwege de depressies van haar moeder, ook altijd al had moeten zijn. Toen de therapie, door de verandering van omstandigheden, te veel van haar vergde, werd deze houding in de imaginatie voor het eerst bewust en behandelbaar.

De imaginaties bieden een ondersteuning bij het begrip van de overdrachts- tegenoverdrachts-dynamiek, maar zij mogen de therapeut zeker niet weerhouden, deze dynamiek blijvend in de gaten te houden en bewust ter oriëntering bij zijn interventies te gebruiken (alle voorstellen zijn afkomstig uit zijn tegenoverdracht, bijvoorbeeld of en wanneer hij een KB aanzet, welk motief hij aanbiedt, hoe hij intervenueert – Pahl 1982) en bij behoefte expliciet te bewerken (Dieter 2000a, Hennig 1999, Rosendahl 1999). Wanneer aanwijzingen voor specifieke nog niet geanalyseerde overdracht waarneembaar zijn, moet de relatie steeds expliciet worden bewerkt. Deze kunnen zich in de symboliek van de beelden (overdrachtsbeelden op de therapeut zoals in het voorbeeld boven) of in de omgang met elkaar in de gesprekken uiten, of ook in discrepanties tussen de relatie in het KB en in het gesprek.

Hierbij 2 voorbeelden van Rosner (1998):

1. Een depressieve patiënt is zeer aangenaam in de omgang, maar zijn beelden zijn echter emotioneel vlak; maar hij toont veel initiatieven en pogingen, die situaties in het KB aan te gaan. Daarom is hij in de therapie volledig met zichzelf tevreden. Zijn depressie laat zich alleen buiten de therapie zien, en met name in emotionele noodsituaties. In het KB, in aanwezigheid van de therapeut, toont hij zich als een zelfstandig kind, dat zich alleen kan redden.- Pas als de therapeut deze situatie met hem bespreekt en dan ook anders intervenueert, - de therapeut probeert namelijk om de patiënt in het KB sterker op een plaats te houden, in plaats van hem meteen verder te laten gaan - wordt hij dit meer gewaar en begint hij zich eenzaam te voelen, maar ook ondersteund.

2. Een andere patiënt geniet van de duidelijke beelden, hij beleeft het namelijk als een wereld, waarover hij autonoom beschikken kan en waar niemand zich met hem bemoeit. In het gesprek met de therapeut voelt hij zich daarentegen snel de mindere en in een hoek gedrukt. In de beelden accepteert hij de therapeut als gast (hij was de enige die een sleutel van zijn huis had).- Deze tweespalt moest besproken worden, daarna werd de therapie op beide niveaus voor enige tijd onaangenaam, maar wel vruchtbaar.

Het "meelezen" van de overdracht en de reflectie op alle therapeutische beslissingen binnen het complete relatienetwerk tussen therapeut en patiënt is voor een geslaagde therapie van beslissend belang (Pahl 1982, Rosner 1998, Dieter 1999, Hennig 1999, Rosendahl 1999). In het bijzonder bij de behandeling van patiënten met een structurele ik-stoornis is een voortdurende reflectie van de overdrachts- en tegenoverdrachtsrelatie absoluut noodzakelijk.

Het duikermodel van Leuner dekt deze constellatie niet helemaal, omdat juist geen sprake is van probleemloze coöperatie, maar projectieve en introjectieve processen de relatie continu aanzienlijk beïnvloeden. Zeker is ook hier het KB een hulp, want op het imaginaire vlak zijn deze processen vaak onmiddellijk zichtbaar. Bijvoorbeeld wanneer een krenking ten gevolge van een niet-begrepen-worden zich plotseling binnen de imaginatie voordoet, en een tot nu toe onschuldige vreedzame beek zich plotseling in een onstuimige verwoestende stortvloed verandert (Dieter 1999). Ook hier wordt de waarneming van de actuele gevoelens door de extra informatiebron van de beelden met hun emotionele lading vergemakkelijkt. Juist zwaar gestoorde patiënten kunnen van de KiP profiteren. Deze stelt hen middels de imaginatie een ruimte ter beschikking, die dank zij het vermogen van de therapeut angst te verdragen, door de patiënt gebruikt kan worden waarbij een direct oefenen aan het symbolische substraat mogelijk is (Dieter 1996). De patiënt kan in het KB de ervaring opdoen, dat de therapeut zijn wensen naar individuatie ondersteunt en kan tijdens het proefhandelen zijn autonomieconflict ensceneren en oplossen, hetgeen de omgang met angsten in de realiteit enorm verlicht. Hij kan de ervaring opdoen, dat hij met zijn agressie noch het object noch het subject van de imaginatie definitief vernietigt. Bijtanken van goede en kwijtraken van beladen affecten, beide is in het KB mogelijk. De therapeut moet wel goed afgestemd zijn op de patiënt, hem antwoorden, zich met hem inlaten en proberen, zijn 'symbool-ik' te begrijpen. "De symbolische representatie ontlast de overdrachtsrelatie aanzienlijk en maakt voor vele

borderline-patiënten een affect beladen beleven in een hechte relatie überhaupt eerst dragelijk.”(Dieter 1996, S.17). Ook voor de omgang met de overdracht ontstaan in de KiP extra mogelijkheden, namelijk “Supervisie-KB’s” (Bölcs 1989, Dieter 1995).

Daarbij dient een probleemsituatie met een patiënt als uitgangspunt voor een KB van de therapeut, waarin deze zijn gevoel dus tegenover de patiënt preciseren kan en op een scene uit zijn eigen levensverhaal in verband kan brengen. Na bewerking van deze oude scene volgt het terugbrengen in de behandelingssituatie, met het verzoek, een nieuwe oplossing voor het beginprobleem te vinden.

6. Richtlijnen van de motieven

6.1. Het standaardmotief

Als uitgangspunt voor de imaginatie wordt aan het begin van therapie aan de patiënt een motief aangereikt. Dit zijn meestal als eerste de door Leuner ontwikkelde zogenaamde *Grundmotive des KB*: de basismotieven weide, beek, berg, huis en bosrand.

Door deze motieven aan te bieden krijgt de therapeut – vanwege de breedte van de thema’s, die zich kunnen ontplooiën – een brede indruk van de persoonlijkheid van de patiënten. In het bijzonder de weide en de beek worden in onze culturele context meestal met aangename weldadige belevenissen geassocieerd, hetgeen als begin-ervaring met het nieuwe medium wenselijk is. Er kunnen echter ook conflicten opduiken, maar dan symbolisch versleuteld, in een vorm die draaglijk is.

Het symbolisch meelesen van de beelden is bij deze motieven relatief eenvoudig, omdat iedere therapeut in de loop van zijn opleiding en zijn werk met patiënten vele verschillende weiden, beken, bergen en huizen gezien heeft en op grond van deze ervaring, de individuele vormgeving van de nieuwe patiënt goed diagnostisch kan rangschikken. Zo kan hij zijn aandacht in de eerste KB's primair richten op de zich ontwikkelende dialoog met de patiënt en aan de hand van de nonverbale signalen en de veranderingen van de beeldinhoud ontdekken, op welke manier de patiënt in het KB begeleid wil worden; hij kan ontdekken of vragen opbeurend op de patiënt werken of eerder als bedreigend beleefd worden, of hij tijd

nodig heeft, om zich te oriënteren, en met rust gelaten wil worden, of dat hij zich snel alleen gelaten voelt. De therapeut kan zien of de patiënt de scene zo veel mogelijk zelfstandig ontwikkelt en actief de wereld benadert, of dat hij eerder passief verstart of afwachtend is. Bij iedere nieuwe patiënt moet de therapeut een passende en helpen de manier van dialoogvoeren vinden – zoals een moeder het karakter van haar baby moet leren kennen - en uit de interactie tussen beiden ontwikkelt zich een 'attunement', een afstemming van hun omgang op elkaar.

De standaard-motieven worden nu één voor één neergezet en besproken, om een concrete indruk van de spanbreedte van mogelijke symboliseringen te krijgen.

Weide

Op de *weide* kan de actuele gevoelstoestand zich in de vorm van overvloed of armoede, in uitgestrektheid of begrenstheid, in de aard van het weer en het jaargetijde uitbeelden. De patiënt toont daarbij zijn huidige stemming en zijn gebruikelijke manier van omgang met de wereld (sommige mensen willen het zich graag gezellig maken, sommigen willen graag nuttig zijn, sommigen iets beleven, en anderen weten niet wat zij willen, kunnen niet echt tot een besluit komen). Op de weide kunnen ook symboolgestalten, zelf- of objectrepresentaties, in de vorm van bomen, dieren of mensen opduiken, waarmee de patiënt in contact kan treden. Het kan ook tot spontane leeftijdsregressies komen, waarin de patiënt zich als het kind van vroeger voelt en plastische herinnering scenes of lang vergeten gevoelens herbeleeft.

De instructie wordt zo open mogelijk gehouden, om de patiënt de volle vrijheid te geven, ongeveer zo: “Probeer u alstublieft zich een weide voor te stellen. Als er iets anders verschijnt, is dat ook goed”. (Leuner 1989, S.50)

Voorbeelden:

1. Een 40-jarige colitispatiënte bevindt zich op een mooie zomerweide met blauwe en gele bloemen. Zij gaat liggen en geniet van de situatie. Ze wordt echter spoedig onrustig en denkt, dat zij naar huis zou moeten gaan; het huishouden wacht.

Deze patiënte heeft de formule “eerst het werk en dan het plezier” zo ver verinnerlijkt, dat voor plezier nooit tijd over blijft. Thuis en op het werk handelt zij met zwijgende wrok een groot deel van het voorkomende werk af, vindt dat de anderen eigenlijk ook rustig wat zouden kunnen doen in plaats van alles aan haar over te laten, slaat nooit iets af en vraagt nooit om ondersteuning. Door dit KB wordt het haar duidelijk, wat zij zelf aan dit patroon bijdraagt, want hier wacht eigenlijk geen werk op haar, en niemand behalve zij zelf, heeft haar van deze mooie weide weggehaald.

2. Een 35-jarige aardig gezonde vrouw, die al 14 jaar getrouwd is en twee kinderen heeft, komt in therapie, omdat zij hevig op een andere man verliefd is. Bij het thema weide verschijnt een mooi zomerachtig landschap. Zij zou graag een wandeling willen maken. Spoedig splitst zich de weg, zij kan afbuigen naar een licht, mooi bos of op de zomerachtige weide blijven. Zij gaat het bos in en komt bij een oude hut met een zonnebank ervoor. Zij kan de deur openmaken. Binnen staat een tafel met twee stoelen. Eerst zag de hut er oud en iets vervallen uit. Nadat zij echter de vensterluiken geopend heeft, ziet het er uit, alsof de plek net verlaten is. De theepot staat nog op tafel. Op de achtergrond ziet zij een fornuis en een breed bed. De patiënte gaat snel weer naar buiten.

In het nagesprek meent zij dat de hut haar als een heimelijk liefdesnest voorkwam. Dit thema heeft lang braak gelegen; verwaarloosd; doordat zij echter van de echte zonnige, iets eentonige weg over de weilanden afgeweken is, heeft zij het weer gevonden.

3. Bij een vrouw met een matig structuurniveau verschijnt een herinneringsweiland uit de vroege kindertijd. Daar zijn mooie plekken om te schuilen in een struikgewas. Maar binnen in het naastgelegen huis is alleen maar horror. Heel veel familieleden wonen daar na de oorlog, nauw samengeperst. Er heerst armoede, gekijf en geruzie, alsof iemand iets weggenomen heeft. Er is niets moois daar. Zij ziet de keuken, die allen moeten delen, en de kamer van haar familie met drie bedden voor de ouders en de oudere broer. Voor haar zelf kan zij geen bed ontdekken. Zij voelt zich echt klein, ongeveer vijf jaar oud. Er verschijnen gestalten in de keuken, die eruit zien als zombies, bleek, grauw en geluidloos. De patiënte is stijf van angst en wil daar weg. De therapeute stelt voor, weer naar de weide te gaan en daar een beschutte plek te zoeken. De patiënte kruipt in de uiterste hoek van het struikgewas, dekt de opening met takken af rolt zich in een deken en kan dan pas daar blijven.

De patiënte voelt zich bij de therapeute relatief geborgen: het lukt haar bij het motiefvoorstel een van haar weinige goede herinneringen te activeren en op aansporing van de therapeute, een beschutte plek te zoeken en er in te gaan. Maar de negatieve introjekten oefenen een regelrechte aantrekkingskracht uit; de patiënte kan niet op de weide blijven, maar zonder het te willen, belandt zij weer in het bedreigende huis. Zij heeft ondersteuning nodig om tijdelijk tot rust te komen en bij te tanken. De therapeute neemt de rol van een zorgzame moeder over, die de patiënte vroeger niet had.

Het is zinvol, de eerste KB's behulpzaam te begeleiden; dat betekent goede stemmingen ongevraagd te delen en moeilijke situaties helpen op te lossen. Op deze manier wordt de therapeutische relatie versterkt en aangename ervaringen in de imaginatieruimte kunnen een geruststellende, genezende werking hebben, die bijvoorbeeld bij psychosomatisch zieke patiënten meteen een verbetering van de symptomatiek tot gevolg hebben. (Wilke 1990 en 1996).

Beek

Het tweede motief, de *beek*, staat symbool voor de loop van het leven, voor de psychische ontwikkeling. De hoeveelheid water, de snelheid van het stromen en de kwaliteit van het water zeggen iets over het beleven van de eigen vitaliteit en affectiviteit. Ook het verloop van de beek en zijn omgeving zijn interessant (afwisselingsrijke natuurlijke oevers, kanalisatie, watervallen en stroomversnellingen, wegsijpelen, moerassen). Het drinken uit de bron als een moederlijk symbool van de oorsprong en het gevoed worden kan goed doen, net zoals het zich verfrissen en wassen bij het water. De weg richting bron kan een weg naar het verleden zijn, de weg richting monding een fantasie over de toekomstige ontwikkeling.

Ter instructie: men kan de patiënt de hem al bekende weide nog eens laten verbeelden en hem van daar uit een beek laten zoeken ("Kijkt u alstublieft nog eens of er ergens in de buurt ook een beek is"). Men kan hem ook direct vragen, zich een beek voor te stellen en te kijken wat zich anders nog aandient. Elk opduikend beeld is immers goed.- Dan vraagt men hem, de details te beschrijven, de stemming op zich te laten inwerken. Misschien zou hij ook graag nog iets willen doen, bijvoorbeeld in het water waden en zich verfrissen, naast de beek gaan zitten en in het water kijken, over een brug lopen, langs het water lopen of iets dergelijks. Men kan hem ook vragen, langs het water te lopen om de bron op te zoeken, of de loop van de beek te volgen.

Voorbeelden:

1. Een 47-jarige patiënt ziet zich zelf dicht bij een snelstromende bergbeek, het ruisen pakt hem, de weg tussen de glibberige rotsen is gevaarlijk. Hij zou liever beek-afwaarts gaan, daar wordt het rustiger. Na een tijd verbreedt zich de beek tot een kleine rivier; riet en oude bomen groeien aan de oever, een boot met een peddelend stel glijdt moeiteloos langs, de twee zwaaien. Hij gaat onder een treurwilg zitten, ziet een ouder echtpaar aankomen met een teckel, die steeds weer naar de koeien rent en blaft. Spelende kinderen laten bootjes varen, stroomafwaarts ligt een kleine stad, een barokbrug met bronzen nimfen leidt over de beek naar het marktplein. Het plein is helemaal rond, er staat een raadhuis, een kerk en in het midden tussen vier oude bomen, een mooie fontein.

De patiënt lijkt door het laatste beeld erg aangedaan te zijn, meent echter in het nagesprek, dat hij een Spitzweg-Idylle verbeeld heeft. Hij kwam in therapie wegens een voor hem belangrijke, maar moeilijke relatie met een vrouw, de eerste in zijn leven, die goede toekomstperspectieven zou kunnen bieden. Hij was in een benauwd, katholiek milieu opgegroeid, wilde eigenlijk naar de wens van zijn moeder priester worden, had zich lang met zijn ongeoorloofde driften gekweld (glibberige weg langs de waterval) en had per slot van rekening de opleiding afgebroken, omdat hij op een 20 jaar oudere vrouw verliefd raakte. Al die vergissingen en verwarringen in zijn jeugd, wilde hij in het KB niet nog een keer meemaken, maar liever in de toekomst beek afwaarts wandelen. Hier toont zich zijn fascinatie voor het samenzijn, in het peddelende paar en in het gezellige oudere paar, en ook zijn fascinatie voor het vrouwelijke: de teckel rent steeds weer opgewonden naar de koeien, hij kijkt graag naar de nimfen op de brug, en de fontein, die midden op het plein staat, als in een mandala omgeven van bomen en huizen – het raakt hem diep. In het KB kan hij zich met zulke gevoelens inlaten, die hij dan in het gesprek meteen weer terugneemt.

2. Een 32-jarige depressieve patiënte, die nog geen eigen levensconcept verworven heeft, maar innerlijk nog erg met haar ouders verbonden is, hoewel zij sinds jaren van hen verwijderd woont, ziet zichzelf, bij het thema beek, op een weg, die langs een modderige akker voert. Van links stoot een sloot op de weg met een beetje water erin. Maar rechts valt er niets te zien, het water stroomt blijkbaar onderaards door een buis verder. Op het kruispunt liggen oude flessen en ander afval in de sloot.

Deze levensbeek is vroeg in nauwe banen gekanaliseerd, de patiënte moest van kind af aan haar ouders helpen, voor eigen wensen was geen plaats. Zij minacht zich zelf (afval) en kan nog helemaal geen richting voor haar toekomstige leven ontdekken.

Berg

De *berg* kan men in het begin uit de verte bekijken, zijn hoogte en vorm zeggen iets over het aspiratieniveau van de patiënt. Narcistisch gestructureerde mensen plagen indrukwekkende toppen in het hooggebergte te imagineren, die er soms volkomen onbestijgbaar uitzien

(bijvoorbeeld in de vorm van een gladde steile suikerhoed). Omgekeerd openbaren zich depressieve minderwaardigheidsgevoelens in oninteressante kleine heuvels. Bij de beklimming van de berg laat zich de omgang met een prestatie-opdracht zien: accepteert de patiënt de opdracht, of probeert hij eronder uit te komen, doordat hij zich zelf bijvoorbeeld meteen op de bergtop ziet, zonder de weg genomen te hebben, of doordat hij het niet de moeite waard vindt omhoog te klimmen? Geloof hij, dat hij zijn weg makkelijk aan zou kunnen, of dat het hem moeite gaat kosten? Geeft hij het bij hindernissen makkelijk op en kan hij zich niet voorstellen succesvol een moeilijke opdracht aan te kunnen, of is hij eerzuchtig en houdt hij van de uitdaging? Tendeert hij er misschien ook toe, te veel van zijn kracht te vergen, of acht hij alleen de moeilijkste weg als lonend? Tenslotte is nog de bergtop interessant: hoe gaat het met de patiënt, wanneer hij zijn doel bereikt heeft, is hij dan tevreden, of voelt hij zich eenzaam en ver van de anderen, of volledig uitgeput van de inspanning? Hoe is het panorama, wat voor andere bergen zijn er nog (concurrentiethematiek)?

Ter instructie: Er zijn twee mogelijkheden voor de verklaring om de berg aan te gaan (Leuner 1989, S. 67): Men kan de berg uit de verte bekijken en op zich in laten werken (“Alstublieft probeert u, zich toch nog eens een berg in te beelden, die u van uit de verte bekijkt”), of men kan hem startend vanuit de weide laten beklimmen (“Alstublieft kijkt u nog eens rond. Misschien kunt u ergens een weg vinden”...die weg kan hij dan volgen...hij kan door een bos en dan op een berg voeren, van waaruit hij het hele panorama kan overzien). In het eerste geval wordt de berg precies beschreven: zijn vorm, hoogte, de bebossing, de vorm- en stemmingskwaliteiten. In de beschrijvingen blijken vaak duidelijke metaforische overeenkomsten te bestaan met de eigenschappen van belangrijke personen. In het geval dat de berg beklommen wordt, zal men omwille van een goede bescherming op goede uitrusting letten (bijvoorbeeld door naar solide schoenen en iets te drinken te vragen) en vervolgens zal de weg naar de bergtop precies beschreven worden.

Voorbeelden:

1. Een 36-jarige patiënte, die haar ouders intussen (na 8 uur therapie) als onzeker waar kan nemen en gebroken door een moeizaam en weinig succesvol leven, ziet een kunstmatig uitziende berg, als op een groot elektrische modeleplacement. Aan de linker kant is er een stuk afgebroken, daar kan men zien, dat hij hol is. Zij wil uit de ruimte van dit modeltreingebied weg. Buiten is het mooi weer, zij gaat aan de oever van een meertje zitten.

De ideeën van haar ouders kan zij voor zich zelf niet meer als natuurgegeven en doorslaggevend accepteren. In de bizarre kunstmatigheid van de situatie toont zich indirect, een anders niet merkbare, woede op de ouders. De dominante impuls is echter op het moment van het weggaan en het bijtanken zichtbaar; later kan zij zich dan opnieuw met haar ouders bezighouden.

2. Een 28-jarige patiënte die, vanwege een nauwe oedipale vaderband, tot nu toe niet in staat was tot een intieme relatie met een man van gelijke leeftijd, ziet, nadat zij deze relatie voor een deel verwerkt heeft, bij de 33e sessie in het KB de vroegere “huisberg” die zij in haar kinderjaren zondags steeds omhoog klommen. Zij klimt in het KB weer de berg op, vindt boven echter niet die in het echt bestaande burcht met zijn geweldige toren, maar een deels met klimop begroeide ruïne. Zij begrijpt meteen, wat dat symbolisch betekent; ze is ontsteld en droevig, maar vindt het ook goed, dat het machtige gebouw niet haar panorama in de weg staat. Zij gaat aan de zonzijde zitten op een beschutte plek, ziet beneden een wandelaar omhoog klimmen en hoopt, dat het haar nieuwe vriend is.

3. Een 35-jarige man, die steeds nog een schuchtere indruk maakt, nadat zijn moeder hem vermoedelijk voortdurend bekritiseerde en zijn vader onbereikbaar ver weg scheen, ziet aan de ene kant een sobere bergweide, aan de andere kant een met sneeuw bedekte bergtop boven de wolken zonder enig contact met de grond. Hij loopt over de weide. De therapeute verzoekt hem, alles in rust te bekijken en een goede weg te zoeken, waarop hij snel een kleine kuil vindt met een steen, die qua vorm goed geschikt is om er op te zitten, en houdt daar een pauze. De therapeute vraagt of hij iets te picknicken bij zich heeft. Hij heeft een appel.

In de sobere weide en de verre bergtop ziet de patiënt de personificaties van zijn ouders. In het nagesprek zegt hij dan ook spontaan, dat hij die rustgevende houding van de therapeute en haar vertrouwen in hem, als zeer aangenaam ervoer en dat hij zijn weg wel zal vinden. De kuil met de “zitsteen” en de appel is wel een overdrachtsbeeld.

Huis

In het *huis* kunnen verschillende persoonlijkheidsdelen en levens bereiken zichtbaar worden. Het thema wordt zowel door de actuele zelfwaarneming beïnvloed, als ook door oude ervaringen als zich thuis of niet thuis voelen (Klessmann und Eibach 1993). Er zijn comfortabele, gezellige huizen, even goed als stijlvolle of in verval geraakte huizen. Een huis

kan er van buiten heel anders uitzien dan van binnen, of de voorgevel kan goed onderhouden zijn, terwijl de achterkant er vervuild en verwaarloosd uitziet. Een huis kan net als een persoon makkelijk toegankelijk of gesloten zijn, licht of duister, het kan alleen staan of gezellig in een straat naast andere huizen. Sommige mensen betreden hun KB huis geheel vanzelfsprekend, terwijl anderen aarzelen, of zij het betreden mogen, of zij welkom zijn. In de keuken toont zich het domein van de oraliteit; de inrichting van de slaapkamer geeft verklaring over seksuele wensen en fantasieën; op de zolder kan men oude voorwerpen vinden (meubels, kleding, speelgoed, oude brieven en fotoalbums) waarbij herinneringen opduiken; in de kelder kunnen voorraden opgeslagen liggen, er kunnen akelige gewelven opdoemen, waarin half verhongerde, van het leven uitgesloten, verdreven gedaantes huizen. Bij jongere patiënten verschijnt vaak nog het ouderlijk huis, wat een teken voor een nog niet tot stand gebrachte innerlijke loslating van de ouders kan zijn. Er kan ook een ander huis uit de kindertijd opduiken, dat herinneringen aan geborgenheid en gezelligheid oproept en daarbij passende heimwee- en overdrachtsgevoelens wekt.

Ter instructie: men kan de patiënten meteen vragen zich een huis voor te stellen, of men kan een gelegenheid benutten, wanneer hij onderweg is in het KB en bij een huis langskomt. Dit kan men dan precies laten beschrijven, eerst van buiten en dan van binnen. Men kan aan hem vragen, of hij zin heeft, het huis ook van binnen te bezichtigen. Zelden is de deur gesloten. Het is aan de patiënt te besluiten, welke ruimtes hij betreedt en welke hij preciezer wil bekijken, men registreert echter welke hij vermijdt of welke in het huis missen, en men spoort hem aan door te vragen om goed rond te kijken, eventueel ook om de kasten te openen, waarin zich vaak interessante voorwerpen bevinden. Ook op de zolder en in de kelder zijn vaak hutkoffers en kisten met oude kleren, speelgoed, fotoalbums, prentenboeken en andere dingen te vinden, die belangrijke herinneringen weer toegankelijk maken. Vaak gebruikt men ter bezichtiging van het huis, meerdere KB-zittingen.

Voorbeelden:

1. Een 42-jarige patiënte komt na de vierde verbroken partnerrelatie en na de vierde afgesloten beroepsopleiding in therapie, omdat zij haar voortdurende behoefte aan beweging en uitdaging in

twijfel trekt. Zij vraagt zich af of het met haar kinderjaren zou kunnen samenhangen. Haar moeder zou manisch depressief geweest zijn en heeft meerdere suïcidepogingen gedaan. Haar vader heeft zich echter enorm om de familie bekommerd en de moeder gecompenseerd.

Bij het thema “huis” ziet zij een merkwaardig onharmonisch huis. Het lijkt als gehalveerd. In plaats van puntgevels, heeft het alleen een naar rechts hellende dakgevel. Zij gaat aarzelend naar binnen. In de uitbouw voorin is een kleine ruimte, waar men kan zitten, daarachter een grote donkere ruimte, bijna zonder meubels. Zij houdt niet van dit huis, wil weg, gaat rechts een bos in, waar zij een gezellig klein huisje vindt, waar zij graag in zou willen blijven.

Zelf schiet haar bij het huis niets te binnen, het was voor haar alleen onaangenaam. Maar wanneer de therapeute vraagt, of het gehalveerde iets met het gemis van haar moeder, die toch vanwege haar ziekte, de kinderen geen beschermend dak kon bieden, te maken zou kunnen hebben, is zij als verslagen. Zij huilt in de komende weken erg veel en vertelt, hoe erg het steeds was, de moeder in de kliniek zo eenzaam achter te moeten laten en hoeveel somberheid er van de ascetisch-plichtbewuste, tot nu toe geïdealiseerde vader uitging.

2. Een vrouw, die als 8-jarig kind met haar ouders naar een ander land moest emigreren, ziet bij het thema “huis” een verlaten huis met gesloten rolluiken. De deur is alleen met een hendel gesloten, zij kan makkelijk naar binnen gaan. Binnen is het stoffig, donker en muf, maar van gedegen elegantie. In de woonkamer hangen grote portretten aan de wand. Zij opent alle ramen en vindt het huis heel mooi, overlegt of zij het misschien kan huren. In de werkkamer ziet zij een bureau, boeken en een oude dekenkist. Daarin zijn oude briefjes en een schedel, zoals in de werkkamer van haar opa in haar geboorteland. Zij gaat de trap op, daar staat plotseling haar oma, wit als een spook, maar niet bedreigend. De therapeute spoort de patiënte aan met haar te spreken. Met het gevolg dat de patiënte heel verdrietig wordt, vraagt hoe dit alles zo had moeten gebeuren. Zij huilt erg, de oma ziet er ook heel verdrietig uit. Zij gaan samen naar beneden, naar de woonkamer en praten met elkaar

In het nagesprek vertelt zij, dat zij als kind een goede band met haar oma had. Na de emigratie brak het contact af. Van haar ouders hoorde zij alleen slechte dingen over haar oma. Deze stemden met haar eigen herinneringen niet echt overeen. Zij uitte zich niet daarover, maar schoof haar gevoelens opzij, omdat sowieso niemand tijd had, naar haar te luisteren. In het KB werden de oude gevoelens weer helder, het verdriet, de verlorenheid en de onzekerheid van het kleine meisje werden weer toegankelijk en de volwassen vrouw kan het opnieuw voelen en beginnen het op een rijtje te zetten.

3. Een 34-jarige patiënte kon aan het begin helemaal geen huis vinden, toen haar bij de 7^e behandeling dit motief aangegeven werd. Er verscheen eenvoudig geen huis, maar zij bevond zich op een weg tussen velden en weiden, en hoe ver zij ook liep, nergens was een huis te bekennen.

In de 10e sessie komt zij onderweg bij een stil gelegd bouwterrein: er is een solide fundament, met een hevige beschadiging aan de linker kant. Er is niet meer verder gebouwd. Zij vraagt zich in het nagesprek af, wat haar basis zo beschadigd heeft. In gesprekken met haar oudere broers en zusters over haar kinderjaren, ervaart zij, dat zij in de leeftijd van 5 jaar, gedurende een risico-zwangerschap van haar moeder, voor een half jaar bij familie was ondergebracht en heel stil en veranderd

teruggekomen is. Bij verder onderzoek over deze familie, waarmee sindsdien nauwelijks nog contact bestaan heeft, kan zij een seksueel misbruik reconstrueren, niet alleen bij haar, maar ook nog bij twee andere kinderen. De vroegere belevenissen constelleren zich herhaaldelijk in KB-sequenties en laten zich hier gedoseerd verwerken.

Bij de 38^e behandeling duikt in het KB voor het eerst weer spontaan een huis op, deze keer een hotel. De therapeute verzoekt haar naar binnen te gaan en rond te kijken. Het heeft een groot, wat ongezellig vertrek met veel komen en gaan, enkele logeerkamers en een erg klein, weinig persoonlijk uitziend, privévertrek in het achterhuis voor de gastvrouw en haar man.- De patiënte vindt dat het huis goed bij haar zou kunnen passen, zij verzorgt tenslotte ook veel mensen, effectief en snel, zonder poespas, en heeft weinig privéleven.

Bij de 53^e behandeling wordt haar het thema huis nog een keer voorgelegd. Intussen is zij voor de eerste keer in haar leven echt verliefd. Zij ziet een stro bedekt klein wit huis, dat in de duinen staat met een kleine, rondom omheinde, tuin. Binnen is er een keuken, een woonkamer met een groot behaaglijk kleed op de grond, boven een mooie slaapkamer met een breed bed en een bad daarnaast. Dit huis is zeker voor dit tijdstip nog een wenshuis, maar het kan innerlijk al concreet worden, wat voorheen niet mogelijk was.

Bosrand

Het motief *bosrand* tenslotte is geschikt als toneel voor het opduiken van symboolgestaltes. Het bos is een symbool van het onbewuste, een duister gebied, waarin wilde dieren vrij leven en waar net als in sprookjes ook rovers, reuzen, dwergen, feeën en heksen rondspoken. Bij het aanbod van het motief wordt de patiënt gestimuleerd, zich een weide voor te stellen, die aan een kant door een bos begrensd is. Wanneer hij daar is, kan hij van een zekere afstand in de duisternis van het bos kijken. Men zegt hem vooraf, dat vermoedelijk iets uit het bos zou kunnen opduiken, een gestalte, een mens of een dier. Hij wordt gestimuleerd te wachten, misschien neemt hij in het begin alleen iets vaags, schemerachtig waar. Voor het geval dat hij angst heeft, kan hij een struik of iets dergelijks zoeken, om zich daarachter te verstoppen (Leuner 1989, S.91).- Het is belangrijk, dat die gestaltes uit de duisternis vanuit het bos op de weide naar buiten komen, zo dat de dromer hen op een voor hem al vertrouwde plek precies kan bekijken en met hen in contact kan treden, zonder hun wereld, het bos, te moeten betreden. De therapeut ondersteunt hem door nabijheid, betrokkenheid en navragen, zonodig ook door aansporingen. Er kunnen zeer verschillende gestaltes uit het bos komen. Al naar de persoonlijkheidsstructuur en het te behandelende probleem kunnen angstwekkende en zachte

of bedreigend-agressieve aspecten domineren.- Op de interventietechnieken die in de omgang met symboolgestaltes ingezet worden (bij Leuner: “Regieprinciplen”), moet later preciezer worden ingegaan.

Voorbeelden:

1. Een schizofrene jonge man ziet vlakbij een schuw hert uit het bos komen, maar dat wegloopt, als het hem ziet. Contact maken is niet mogelijk. Dan komt zijn vriendin uit het bos naar hem toe, beiden verheugen zich elkaar te ontmoeten. Zij gaan naast elkaar liggen op de warme weide en genieten van deze situatie. Spoedig vreest hij echter dat zijn vriendin ongeduldig zou kunnen worden en verder wil gaan. De therapeute verzoekt hem contact te houden, zoals haar hand te pakken, om te voelen, hoe het met haar gaat. Dat lukt, hij wordt weer rustig; er ontwikkelt zich een teder spel met hun handen.

2. Een patiënte, die juist aan de relatie met haar moeder werkt, door wie zij zich te weinig geliefd voelde (haar moeder heeft haar zuster die op haar lijkt, steeds erg voorgetrokken), ziet een reusachtig wildzwijn uit het bos aanstormen. Het zou haar kunnen vertrappen. De therapeute verzoekt haar om achter een grote boom bescherming te zoeken en het dier niet uit het oog te verliezen, maar precies te beschrijven. Het dolt op de weide rond, laat diepe sporen achter, kijkt woedend-opgewonden en wordt dan langzamerhand wat rustiger. De therapeute vraagt, of de patiënte hem iets te eten zou kunnen toegooien. Zij wil eerst niet, doet het dan toch, geeft hem vleesbrokken, vooral stukken lever en hart. Het dier vreet alles op, kijkt nog steeds hongerig en krijgt meer. Tenslotte sukkelt het terug het bos in. De patiënte voelt zich na deze scene uitgeput, maar rustig. In het nagesprek zegt zij, dat zij zich zelf ook vaak zo voelde als dit wildzwijn: heel angstaanjagend. Op zo'n moment, zou zij over lijken kunnen gaan. Zij herkent dus een zelfaspect, haar eigen afgewezen heftige nijd-, woede-, en haatgevoelens.

6.2 Implicaties van het motief-aanbod

Het aanbod van een motief is een interventie van de therapeut, waarmee hij de patiënt toegang tot de imaginaties makkelijk maakt. De motieven werken als kristallisatiekernen. Zij geven iets concreets aan, waarmee de patiënt kan beginnen, en die hij dan overeenkomstig zijn innerlijke dynamiek kan ontplooien.

Het motief-aanbod betekent verzorging door de therapeut en een structurering van de

innerlijke situatie en daarmee ontlasting: uit de nauwelijks te overziene overvloed van mogelijkheden wordt een beeld op geroepen. De patiënt kan vervolgens de stroom van zijn ontwikkelende beelden toelaten en aan de therapeut een deel van de secundair-achtige controle overlaten. Dit lukt echter alleen, als het motief vanuit zijn symboliek tot uitbeelding van de situatie geschikt is. Het aanbod van ongepaste motieven veroorzaakt weerstand en belast de therapeutische relatie. De patiënt raakt geïrriteerd en kan niet meer op de correcte inschatting van de kant van de therapeut vertrouwen, die juist zijn onvoldoende empathie heeft bewezen. De therapeut laat zich dus ook in zijn motief-aanbod zien. Hij geeft over het aanbod zijn begrip van de situatie te kennen, in plaats van een verklaring aan te bieden.

Het zou bijvoorbeeld volledig ongepast zijn, aan een patiënt als eerste motief in een therapie een moeras of een vulkaan aan te bieden, hij zou er vermoedelijk ook niet op in gaan; zo getuigt het eveneens van weinig inlevingsvermogen wanneer men aan een patiënt in depressieve stemming een kroeg aanbiedt. Het zou ook contra-geïndiceerd zijn, een angstige patiënt tot een wandeling in een bos te stimuleren, of ongepast, een patiënte, die in het vorige uur in het KB paarden heeft ontmoet en zin had om paard te rijden, in de volgende zitting het motief “beschutte ruimte” aan te bieden – dit zou er veeleer de therapeut op attent moeten maken dat hij zelf bij thema's als ten eerste 'Expansiewensen' en ten tweede 'Driftsymboliek' schrikt en verzuimd heeft, zijn tegenoverdracht te controleren (I.Lang 1998).

De therapeut zet zijn diagnostische inschatting van de situatie om in een naar zijn mening geschikt motief, waarbij hij met de keuze van het motief ook op een bepaalde regressiediepte aanstuurt en een zekere dosering van de affecten kan nastreven. Wanneer de patiënt het motief als goed passend ervaart, voelt hij zich begrepen en zal met het ontwikkelen van het beeld beginnen. Wanneer hij echter het motief als niet passend ervaart, zal hij moeite er mee hebben. Al naar gelang de mate van ik-sterkte en de persoonlijkheidsstructuur en naar gelang de mate van ongeschiktheid van het motief kan de patiënt hevig geïrriteerd reageren, niets zien, hoofdpijn, duizeligheid, spanning en angst ontwikkelen, en ook verlatenheid ervaren. Daarentegen kan een patiënt ook zijn eigen beeld ontwikkelen, zonder zich verder om de aansporing van de therapeut te bekommeren. Hier tussen in liggen vele mogelijke vormen van “weerstand”. Vaak komen irritaties, blokkades aan het begin voor, bijvoorbeeld

in de vorm van mist, of van zeer snel op elkaar volgende beelden, die pas geleidelijk vertraagd worden, tot de patiënt bij een beeld kan blijven. Er kan ook een vervreemding van de situatie opduiken, iets waarin het voor de patiënt lijkt, dat hij in de bioscoop zit en een film ziet. Er kunnen ook beelden opduiken, die de huidige overdracht situatie weerspiegelen, in het extreme geval een bizarre, kunstmatig uitziende ijsberg. Het moeilijkste te herkennen is een ontwijken van de dialoog, bijvoorbeeld wanneer de patiënt beelden produceert, die irrelevant zijn: de patiënt komt daarmee braaf zijn opgave na, zonder dat hij iets wezenlijks beleeft. – Verveling en geringe innerlijke coherentie zijn indicaties voor die in het nagesprek noodzakelijke vraag: “ wat is hier aan de hand en wat wordt vermeden.

6.3. Verdere standaardmotieven

Naast de hier boven besproken basismotieven zijn er nog vier motieven, die als *Mittelstufenmotive* tot de canon van de zogenaamde standaardmotieven behoren en die binnen de verdere ontwikkeling tot KB-therapeut in het bijzonder geoefend worden. Zij zijn niet zo open als de basismotieven, maar proberen, gericht belangrijke conflictgebieden, namelijk agressie, seksualiteit, zelfbeeld en objectrepresentaties aan te spreken. Het oorspronkelijke motief van Leuner, “leeuw”, “rozenstruik” en “autostop”, “ik-ideaal” en “ontmoeting met relatiepersonen”, werden intussen door nieuwe suggesties gedeeltelijk aangevuld en gedifferentieerd.

Conflictbereik agressie en expansie

Leuner stelde het motief “*leeuw*” voor om agressieve en expansieve tendensen aan te spreken. Een leeuw kan doden, wanneer het onvermijdelijk is, hij is niet echt agressief, maar hij beschikt superieur over agressieve mogelijkheden.- De patiënt wordt gevraagd, zich een leeuw voor te stellen en hem precies te beschrijven en te observeren. De daarbij ontstane

beelden zijn zeer verschillend: de leeuw kan in het vrije veld leven of ook achter tralies in de dierentuin of in het circus. Hij kan lui en traag daar liggen en slapen, hij kan ook hongerig een prooi verscheuren of een mens aanvallen. Soms wordt hij veeleer ook als een grote kat gezien met een mooie zachte pels, de patiënt wil hem dan misschien wel aaien of op hem rijden. Er kunnen ook stenen leeuwen (sculpturen) opduiken.

Wanneer men de confrontatie met agressie gericht wil introduceren (soms bij patiënten met een angstneurose, die bij minder eenduidig motief-aanbod het thema liever vermijden), kan men “*een agressief dier*” voorstellen (Krippner). Het opduikende dier moet dan met behulp van de techniek van symboolconfrontatie bewerkt worden. Ter assimilatie van sterk afgeweerde “negatieve”, agressieve en seksuele impulsen stelde Leuner nog het motief de “tocht naar de hel” voor (Leuner 1994 S. 185). Dit motief is vooral bij zeer streng opgevoede patiënten met karakterneurotische afweer geïndiceerd.

Conflictbereik seksualiteit

Het bereik van de seksualiteit probeerde Leuner door het motief “*rozenstruik*” en “autostop” aan te spreken. Mannen moeten zich aan de rand van een weide een rozenstruik voorstellen. De struiken onderscheiden zich in hun weelderigheid en hun stekeligheid (Leuner 1994, S. 177f). De struik van een jonge onervaren man had bijvoorbeeld zachte bloemen, die men niet zou durven plukken; bij een man, die al 15 jaar getrouwd is, had de struik alleen nog maar één bloem en die was ook al wat verwelkt; bij een handelaar met ruime seksuele ervaring stond een grote bos rozen thuis op de tafel; de struik van een getrouwde man had twee wilde loten, die afgesneden moesten worden; een aan zijn moeder gebonden man wilde een roos plukken en voor zijn moeder meebrengen.- Vrouwen daarentegen moeten zich voorstellen dat zij na een lange wandeling vermoeid langs een straat naar huis gingen. Aansluitend werd hun gesuggereerd, dat er straks een koets of een auto voorbij zou komen en de bestuurder zou stoppen en vragen of zij wilden meerijden. Interessant is dan, wat voor een mens de bestuurder is, of de vrouw meerijdt en hoe zich de scene verder ontwikkelt.

Over deze motieven wordt intussen controversieel gediscussieerd, omdat zij op

traditionele geslachtsrollen afgestemd zijn, die tegenwoordig niet meer zo gangbaar zijn. Vrouwen hebben tegenwoordig hun eigen geld en een eigen auto; het instappen in een vreemde auto is potentieel gevaarlijk, het motief autostop brengt seksualiteit associatief in de buurt van geweld. En in het motief rozenstruik wordt de vrouw niet als potentiële partner gezien maar als een object zonder eigen beweging of spraak; het motief stimuleert niet zozeer de toewijding- en relatiebekwaamheid van de man tegenover een mens, maar evoceert eerder een in-bezit-nemen (Ebermann 1999).

Deze motieven zijn intussen ten dele door andere vervangen of aangevuld. Om bij vrouwelijke aspecten over het zelfbeeld te weten te komen, is een *rozentuin* geschikt of ook wel een *vruchtboom*. Een *heks*, die over geheime kennis beschikt, kan de toegang tot onaangepaste autonome kanten openen (Ebermann 1999).

Ter uitbeelding van de mannelijke zelf-aspecten is de voorstelling van *een ridder* geschikt of *een motorrijder*. In de tedere variant van het *leeuwenbeeld* kunnen beide geslachten erotische fantasieën laten zien. Met een *boottocht* laat zich de toewijdingsbereidheid en veroveringslust van beide geslachten aanspreken (eerst laat men een gestalte van het andere geslacht verschijnen, dan stelt men een gemeenschappelijke boottocht voor); gezellige contacten of geremdheid komt in het motief van een *kroeg* of iets dergelijks te voorschijn. In de setting van het huismotief zijn ook aanwijzingen voor seksualiteit te vinden (sfeer van de slaapkamer). Men kan ook heel direct een ontmoeting voorstellen met “*een man (resp. voor mannen met een vrouw), in wie je erotisch geïnteresseerd bent*”- of symbolisch gecodeerd “*een ontmoeting met een ridder, een zigeunerin, een prinses, of een motorrijder*”- afhankelijk van welke figuur men geschikt vindt. Men kan ook nog indirecter aansporen om een *gemaskerd bal* te imagineren. Voor zover het om de verduidelijking van de reële relatieproblemen met de partner gaat, kan men in het KB een ontmoeting voorstellen, waarbij men nabijheid en initiatieven precies doseren kan en laten voelen, om angsten en blokkades te lokaliseren (“stelt u zich alstublieft u zelf en uw partner voor, op enige afstand van elkaar...En gaat u alstublieft nu zeer langzaam een stuk naar uw partner toe...Dan stopt u en voelt u, hoe het met u op deze plek gaat... Kijkt u nu uw partner aan...Nu laat u alstublieft uw partner een stukje naar u toe komen... Hoe gaat het nu met u?... Nu laat u hem stoppen ...Zoekt u nu alstublieft

een houding, die wat betreft nabijheid en afstand op dit moment goed bij u past, een gebaar dat goed aanvoelt).

Conflictbereik zelfbeeld

Zelfaandelen en in het bijzonder ook de Ik-ideaal-Voorstellingen, als ook eigenschappen, die men graag zou willen hebben, maar niet gelooft te bezitten, kunnen zich in Leuners motief “ik-ideaal” pregnant tonen. Men stimuleert in dat geval de patiënten, zonder na te denken, een *voornaam van hetzelfde geslacht* “te laten opkomen” en zich dan een erbij passende persoon voor te stellen (Leuner 1994, S. 186). De patiënt kan dan òf deze gestalte observeren en kijken, wat zij doet, wie zij ontmoet, hoe zij zich gedraagt, wat voor haar belangrijk is – daarbij ontstaat een onbewuste of ook heel expliciete identificatie -, òf hij kan de persoon ontmoeten en zelf met haar in contact komen. De ontstane scenes kunnen aan verheldering van identiteits- concurrentie- en afgunstproblemen bijdragen.

Er is ook nog een hele rij andere motieven, die ertoe uitnodigen, aspecten van het zelfbeeld te imagineren. Enige daarvan werden al genoemd; bloem, boom, dier, huis, rozentuin, vruchtboom, ridder, motorrijder. Een belangrijk motief is nog het “innerlijke kind”. Horn (1990, S.233) stelt de volgende instructie voor, waarin de aspecten, waarop in het bijzonder op gelet moet worden, inbegrepen zijn: “stelt u zich voor, u ziet een kind. Observeert u precies, hoe het eruit ziet, waar het zich bevindt, wat het doet en hoe het met hem gaat. Let u er goed op, hoe ver het kind van u verwijderd is, hoe het met u zelf gaat en wat u ervaart. Misschien zou u graag met het kind op de een of andere manier in contact willen treden. Indien ja, probeert u het”. Men kan het thema in deze algemene vorm voorstellen of ook een bepaalde leeftijd of bepaalde eigenschappen van het kind aangeven (bijvoorbeeld een *nieuwsgierig* of een *speels* of een *gewond* kind voorstellen; vergelijk Seminar bei Seithe, of “*een kind vindt een oplossing*”- Jacobshagen 2001). Met dit thema wordt een regressie in een conflict of in een hulpbron aangespoord. Het spelende kind laat zich ook met motieven zoals “bal” (Lippmann) of “kermis” aanspreken.

Een ander belangrijk thema, dat de innerlijke hulpbronnen van de zelfrepresentatie

bundelt, is het “*innerlijke team*” (Krägeloh, het motief is afkomstig uit de hypnotherapie). De patiënt zal daarbij zichzelf imagineren, zoals hij nu is, dan ongeveer 10 jaar teruggaan en zich die persoon voorstellen, die hij toen was, dan de tiener, die hij eens was, en het kleine kind, dat hij eens was. Tenslotte imagineert hij zich nog het wezen, dat hij ook had kunnen zijn, wanneer hij in een andere tijd of in een andere cultuur of als lid van een andere soort zou zijn geboren en de oude vrouw of de oude man, die hij graag zou willen zijn wanneer hij op leeftijd was.

Tenslotte behoort tot het terrein van het zelfbeeld ook het eigen lichaamsbeeld en de bijbehorende affecten. Hiervoor houdt de KiP het motief “inspectie van het inwendige lichaam” gereed, dat echter alleen door ervaren therapeuten gebruikt kan worden. Bij psychosomatische en functionele ziektes is vooral interessant, hoe de symptomen in de imaginatie naar voren treden, waarmee de samenhang tussen symptoom en conflict duidelijker kan worden. Meestal wordt het inwendige lichaam door een kabouterje bekeken, terwijl het volwassene Ik (van de patiënt) in een therapeutische Ik-splitsing als raadgever en leider van de kabouter dient en door de therapeut aangesproken kan worden (zou u hem (de kabouter) aanraden, daar verder te gaan? Kan men hem daar eenvoudig naar laten kijken, of zou u hem graag een instructie willen geven? Hoe reageert hij daarop? Wat zou u hem willen voorstellen? Observeert u goed hoe hij ermee omgaat, of hij hulp nodig heeft of hij zich zelf bevrijdt. Hoe gaat het nu met hem? Anregungen van Eibach in Seminars). Gedurende de imaginatie moet men de actuele lichaamsreacties (ademritmes, ontspanningsdiepte, mimiek) precies observeren.

Een voorbeeld van Klessmann (1987) kan dit op het eerste gezicht wat abstract overkomende motief verduidelijken: In de therapie van een jong meisje met psychogene poly-urie speelde het motief “inspectie van het inwendige lichaam” een heel beslissende rol. Er werden 14 KB-zittingen aan dit motief besteed (van totaal 30 KB-zittingen in de loop van een twee jaar durende therapie) De patiënt wandelde als kleine kabouter in het inwendige lichaam rond en bekeek alles. Spijsverteringskanaal, hart en longen maakten een vriendelijke indruk, maar hersenen en urogenitaal gebied waren moeilijk. “De hersenen beleefde de patiënte als een onpersoonlijk koud informatiecentrum. Het was een heldere, kale koepelzaal met vele buizen, waarin zwarte schepsels als mieren heen- en weer liepen. Bij een informatiebalie bevond zich een in het witgekleed persoon, die zo snel sprak, dat zij niets verstond. Plotseling viel zij in een gat en belandde direct in de baarmoeder. Hier was het grauw, vervelend en nauw. Er besloop haar een gevoel, dat bij haar symptoom paste: ingeklemd te zijn”. (1987, S.208) –

De ijverige mieren en de snel sprekende baliemedewerker herinnerden haar aan haar rusteloze leerijver. De baarmoeder beleefde zij noch als mannelijk noch als vrouwelijk, maar als “onpersoonlijk”. Aan een kant was een zwart gat (later bleek het de schede te zijn), zij moest oppassen, er niet er in te vallen. Toen zij de volgende keer “de baarmoeder opzocht, ontdekte zij, dat deze van buiten een gezicht had als van een oude, witte vrouw. Het ging echter niet goed met haar. Alles was geel en slecht doorbloed”. Zij begon de wanden te schrobben, het gele brokkelde af, daaronder werd het roze, een slapend gezicht: “Doornroosje” schoot haar te binnen. De uitgang naar de schede bleef echter nog steeds zwart.- Bij de verdere inwendige lichaamswandeling zag zij de blaas, die “als een gele luchtballon opgeblazen in de ruimte zweefde”. Hij had een bedreigend en arrogant gezicht. Tot nu toe had zij de urine-aandrang enige keren kunnen beheersen. Ze vertrouwde de rust echter nog niet en beleefde haar prestatie-eerzucht als volledig “vermannelijk”. De afgunst knaagde aan haar, wanneer zij niet de beste was, en zij kon zich niet voorstellen, hoe zij ooit beroep met privéleven en familie zou kunnen combineren. In het volgende KB zag zij haar blaas plotseling buiten haar lichaam. Hij was als een ballon aan een paal naast een beek vastgebonden. Een vrouwelijke gestalte in een rode jurk kwam naar haar toe. Deze vrouw zag er uit als een met zich zelf tevreden en zelfbewuste vrouw, zo als zij graag had willen zijn.- In het volgende KB had zij het met de opgeblazen luchtballon, die steeds maar naar boven wilde te doen. Zij haalde hem naar beneden, legde hem tegen haar wang en liet de lucht eruit. Terwijl de draad strak in de lucht bleef staan, pakte de patiënte het verschrompelde, lege luchtballonvel, het “grappige kleine schepsel”, en vond het mooi, dat zij het kleine en het belachelijke voor de eerste keer kon accepteren.- In het volgende KB was de blaas vriendelijk. Hij zat in het lichaam weer op zijn plaats. Verder ging het dan met het onderzoek naar de nieren die zij helemaal nog niet opgezocht had (De ene was groot, lelijk en verwrongen, de andere was klein en erg angstaanjagend. De urinebuis hield ergens in het troebele op en er droop iets bruins uit, zoals menstruatiebloed). Dan begon zij orde te scheppen: in de hersenen richtte zij een gezellige kamer in en zij stopte de urineleider in de blaas.- Ondertussen begon zij weer met haar gewone leven, zij had een vriend gevonden, met wie zij intimiteit kon toelaten.

Conflictbereik relaties

Hier gaat het om de verduidelijking van de emotionele facetten van relaties.

Vaak duiken in het KB spontaan symboolgestaltes op, op die men focussen kan: zij verschijnen als berg, bron, fonteinen, boom, huis, toren, dier, mens of ook objecten, die met een bepaald persoon geassocieerd zijn of hem kunnen symboliseren. Men kan zulke gestaltes echter ook er bij halen, zowel in reële als in symbolisch *ingeklede vorm*: op de weide, aan de bosrand, aan de zee, uit de grot, uit het moeras of uit een kerk kunnen gestaltes opduiken, waarbij de keuze van de plaats bepaalde *connotaties* impliceert en men kan ook hele scenes instellen, reële scenes uit partnerschap of familie of een werkdag in het heden of in het

verleden (Steiner 2000).

Wanneer een *concrete conflictsituatie met relaties* (vader, moeder, broers en zusters, meerdere of anderen) in de nabije toekomst verwacht wordt, kan men direct *reële personen* laten optreden en tot een ontmoeting en uiteenzetting aansporen, waarbij men dan als therapeutische help-ik fungeert, om te garanderen, dat de patiënt zijn positie helder en passend inneemt, niet te snel opgeeft, zijn gevoelens duidelijk waarneemt en zich in de andere inleeft (eventueel ook door middel van technieken zoals identificatie, rollenspel, rollenwisseling en dubbelen – Ladenbauer 2000). Men kan daarbij ook suggesties uit de hypnotherapie gebruiken, iets waarin men vooraf een hulpbron behandelt en daar de patiënt laat bijtanken, of indien men de noodzakelijke hulpbron, in de vorm van een helpende gestalte, aangeeft (Kanitschar 1999). In deze situaties wordt het KB toegepast met als doel het proefhandelen mogelijk te maken.

Wanneer de gevoelens, waar het om gaat, nog niet zo duidelijk zijn en eerst eenmaal tot bewustzijn gebracht moeten worden, voordat zij verder bewerkt kunnen worden, zal men de objecten eerst *in symbolische ingeklede vorm* laten verschijnen, zover zij nog niet zelf opgedoken zijn, ongeveer als boom, olifant, koe, berg e.a. Alle symbolen moeten altijd precies beschreven worden, omdat in de bijzonderheden (uiterlijk, kleur, vorm, totale emotionele indruk, lichaamshouding, mimiek, gebaar, ooguitdrukking) de gestalte- en gevoelskwaliteiten waargenomen worden en dan op andere belevissen kunnen worden betrokken. – Men kan op symboolgebied ook hele scènes instellen, die de patiënt eerst eens rustig op zich kan laten inwerken; zo kan men vragen zich een open plek in het bos met observatiehut voor te stellen, van waaruit hij waarnemen kan, wat voor scènes zich daar tussen de verschillende opduikende dieren ontwikkelen. Nog voorzichtiger is de voorstelling van drie bomen om de emotionele betrekkingen in een familie uit te beelden (Klessmann 1980). De bomen kunnen krachtig en vitaal of karig en half verdroogd zijn, heel nauw naast elkaar staan, zo dat wortels en kruinen door elkaar heen groeien, of overdreven ver van elkaar verwijderd staan, zij kunnen gelijkend of verschillend zijn.

Men kan ook een ouderdomsregressie voorstellen, om nog een keer in de reële vroegere familiesfeer te duiken, waarin men de patiënt vraagt zich zijn familie uit zijn

kindertijd op een zondagmiddag aan tafel voor te stellen of zichzelf vroeger bij het naar-bed- gaan. In het geval dat het kind in deze situatie bescherming en hulp nodig heeft, kan de therapeut zichzelf als help-ik inschakelen of de patiënt aansporen, als volwassene in die scene te komen.

Als zogenoemde “*Oberstufenmotive*”, die veel KB-ervaring vereisen, daar het tot heftig emotionele reacties kan komen, worden *grotten*, *moeras*, *vulkaan* aangegeven. Uit de grotten en uit het moeras kunnen archaische gestalten opduiken en de vulkaan is zelf een symbool van archaisch-ongedifferentieerde eruptie. Tenslotte kan men in het KB ook nachtdromen opnieuw instellen, om onder de bescherming van de therapeut nog eens preciezer rond te kijken en eventueel een bevredigendere oplossing te vinden.

6.4 Nieuwe motieven

Er zijn intussen veel andere motieven bij gekomen. Ik zou deze graag bij wijze van proef in de volgende themagebieden groeperen: 1. Verheldering van belangrijke etappes van de individualisatieweg, 2. Stimulering van hulpbronnen, 3. Verheldering van symptomen en 4. Individuele specifieke situatie- motieven.

Verheldering van belangrijke etappes van de individualiseringsweg

Aan twee motieven zijn hele boeken gewijd, aan het “*huis*” en de “*weg*” (Klessmann und Eibach 1993: “*Wo die Seele wohnt*”. En 1996: “*Traumfaden. Weg-Erfahrungen in der Imagination*”). Het is niet toevallig, dat deze motieven toch in wederzijdse aanvulling als voorbeeld voor het totale verloop van een therapie dienen: het vermogen, te kunnen berusten, nabijheid en verbinding toe te laten en het vermogen, zich weer te kunnen losmaken, scheidingen te doorstaan, nieuwe wegen te wagen, zijn essentiële voorwaarden tot een bevredigend leven en beide motieven zijn universele symbolen (Klessmann 1998), die de veiligheidsbehoeftes en behoefte naar opwinding (Bischof 1993) spiegelen; het zijn elkaars

tegenpolen op de individualiseringsweg.- Het beginmotief “weide” geeft ruimte aan beide mogelijkheden en maakt daarmee een eerste diagnose mogelijk: neigt de patiënt spontaan eerder ertoe, te gaan zitten en zich zelf te zijn of begeeft hij zich op weg en gaat hij op zoek naar iets nieuws. Een weide of een huis als uitgangspunt voor expedities in de wereld zijn echter soms niet veilig genoeg: vooral getraumatiseerde patiënten en vele patiënten met ik-structurele storingen moeten eerst een plek vinden, waar zij zich zeker voelen en tot rust kunnen komen en deze plek moet verankerd worden en beschikbaar zijn, voordat zij zich op de weg kunnen begeven. Daarvoor zijn een reeks van motieven ontwikkeld: “*veilige plek*” of “*situatie, waarin men zich goed voelt*”, “*beschermde ruimte*” of “*burcht*”. Deze motieven ondersteunen het splitsingsmechanisme en bieden daardoor een eerste structureringshulp aan (Dieter 1996): Wanneer het goede daarbinnen gelokaliseerd kan worden en het kwade buiten, heeft het bedreigende zichzelf afgegrensd zowel van eigen onverdraaglijke agressies alsook van reële aanvallers, zo dat een gevoel van zekerheid en bescherming kan ontstaan.

Bij het motief “*weg*” zijn sommige fases bijzonder belangrijk, zo dat daarbij ook afzonderlijke motieven aangereikt kunnen worden, bijvoorbeeld een “*wegkruising*” of een “*brug*”. Men kan hier op het verleden terugblikken en in de proefbehandeling toegang tot de toekomstperspectieven vinden met keuzemogelijkheden, vrijheidsgevoel, nieuwsgierigheid (Klessmann en Klessmann 1990). Een “*poort*” kan een overgang in een andere wereld markeren, een “*labyrint*” de symbolisering van zoekbewegingen die in het leven tot nu toe gebruikt werden, en kan het zoeken naar doelen stimuleren (Eibach 1997). Afscheid en opnieuw beginnen kunnen door “*rugzak pakken voor de trektocht*” en “*nieuwbouw van een huis*” (Leuner) worden gemarkeerd, maar ook door de imaginatie van een “*station*”, waar men vertrekt of anderen laat vertrekken.

Stimulering van hulpbronnen

Leuner had al vroeg geprobeerd, innerlijke hulpbronnen van de patiënten in het KB beschikbaar te maken, zoals door het opwekken van de innerlijke helper of leider (“*Schrittmacher*”). Dat konden mensen, dieren, of sprookjesgestalten zijn (reuzen, dwergen,

feeën, beschermengel etc.) , die de patiënt dan bij zijn trektocht door de imaginaire wereld begeleiden. Deze overwegingen zijn vooral bij het werk met patiënten met een structurele iktstoornis verder ontwikkeld (Sachsse 1997, Krippner 2001). Belangrijk is, dat de patiënt de controle heeft over de innerlijke helper; de helper doet dus, wat de patiënt wil en is steeds aanwezig wanneer de patiënt hem roept. Men kan de helper opvatten als representant van een goede innerlijke objectrepresentatie (Sachsse und Reddemann 1997). Als motief-aanbod is bijvoorbeeld *“een geheimzinnig of een fascinerend dier”* of *“ontmoeting met een wijs persoon”* geschikt.

Verdere mogelijkheden om innerlijke hulpbronnen te activeren, liggen in het aanbod van verrijkende motieven, bijvoorbeeld de *“boom-oefening”* (Sachsse und Reddemann 1997: de patiënt moet zich een boom voorstellen in een positief gekleurd landschap, dan wordt de versmelting met de boom geïnduceerd met de aansporing, de kracht van de wortels te speuren en het voedsel van de aarde evenals het licht en de warmte van de zon op te nemen – de versmelting met het goede moederlijke, dan wel het vaderlijke object maakt de patiënt onafhankelijker van uiterlijke ondersteuning). Alle goede plaatsen maken een innerlijk bijtanken mogelijk: *“plaats van inkeer”*, *“tempel van de stilte”* (Krippner 2001), *“eigen rijk”* (Jacobshagen 2001), *“kamer voor u alleen”*. *“Zonsopgang”* of *“zaadkorrels”* kunnen verwachting mobiliseren (Eibach, Arbeit mit Krebskranken), een *“warm modderbad”* (Lang) kan versterken, de verbeelding van *“krachtbronnen”* (Rosenberg 1998) in bredere zin kan innerlijke krachten bewust maken.

Ter stimulering van patiënten, die moeilijk met fantasieën om kunnen gaan, zijn motieven als *“land van de fantasie”*, *“huis met de 1000 mogelijkheden”*, *“middelbare leeftijd”*, *“stenen tijdperk”*, *“andere planeten”* geschikt. – elk afgestemd op de patiënt.

Om een verharde structuur week te maken, kan men motieven aangeven, die een beleven impliceren, dat tegengesteld is aan de symptomatiek (Rosenberg 1995), bijvoorbeeld een modderbad bij een patiënt met smetvrees, een leeuw bij een fobie, een motorfiets bij een zelf-onzekere man. Tenslotte behoort het ook tot de eigen hulpbronnen, zich ervan te kunnen distantieren. Een mooi motief daarbij is, zich voor te stellen, met veel bepakking beladen een trektocht te ondernemen en dan een plek te vinden, waar men de *bepakking kan neerleggen*.

Van daar uit zou men een plaats van ontspanning op moeten opzoeken en daarna nagaan, wat men allemaal meegesleept heeft en wat men daarvan nodig heeft, om dan de trektocht goed te kunnen vervolgen (Sachsse und Reddemann 1997).

Verheldering van symptomen

Er zijn vele motieven, om symptomen of conflictsituaties plastisch voor te stellen; hier worden er enkele genoemd. De meeste kunnen uit de specifieke situatie zelf afgeleid worden. Als voorbeeld kan een “muur” een blokkade symboliseren, een “kooi” maakt dat het gevoel van ingeperkt zijn via het symptoom beleefd kan worden (evenals de bescherming, die de kooi biedt.) Het is in het bijzonder bij angst- en dwangpatiënten geïndiceerd. Men kan symptomen (bijvoorbeeld depressief en dwangmatig gepieker) als “kwelgeest” op een toneel laten optreden en middels dialoog en rollenwisseling proberen, ermee in contact te komen. (Deze motieven stammen allemaal uit een uitwisseling van ervaringen van KB-therapeuten, volgens KiP aktuell 1998). Het al te strenge Über-ich laat zich voorstellen als “*innerlijke censor*” (Gehring Schreibwerkstatt, Ullman und Teichmann Seminar 2001) of, wanneer het zo werkt, als “verwoester”, waartegen men zich na voldoende voorbereiding tegen moet verweren (Rasch 1999). “Schuld en verantwoording” kan men, zoals ook andere gevoelens, bij ervaren patiënten direct als motief aanbieden met het verzoek er een beeld bij te laten opkomen. Ook belemmeringen als “de grauwe laag, de waas”, die de buitenwereld verhullen (Rasch 1999), of de “plek” (Ullmann Seminar 2001) als symbool voor het onbestemde waarmee je, hoe dan ook, om hebt te gaan, kunnen iemand meer of minder gevangen houden. Ook het motief “inspectie van het lichaam”, dat al bij het zelfbeeld genoemd werd, hoort in deze reeks thuis.

Motieven, die op de specifieke individuele situatie afgestemd zijn.

De alledaagse gesprekken bevatten veel spraakbeelden “*zich betrokken voelen*”, “*uit je vel springen*”, “*er lucht van krijgen*”, “*over de brug komen*”, “*aan de rand van de afgrond staan*”, “*iemand de mond willen snoeren*”, “*er een stokje voor steken*”. Wanneer een patiënt zo’n

metafoor aanbiedt, kan men hem vragen, deze als uitgangspunt voor een imaginatie te gebruiken. Daarmee pakt men op, wat hem juist gevoelsmatig bijzonder sterk heeft beziggehouden, en het ingaan op een scene bevordert het inzicht in de actuele psychische situatie (Seithe 1997b).

Voorbeeld:

Een anorexia patiënte lukt het niet, meer te eten, ofschoon zij het wel zou willen, zij *“komt eenvoudig niet over deze drempel”*. In het KB duikt daartoe een hangbrug op, die over de ene oever naar de andere hangt. Tot aan het midden kan de patiënte relatief makkelijk erover lopen, dan krijgt zij angst, weet niet of de brug haar houdt, wordt zich echter dan ook bewust dat die angst, met het opgeven van de oude vertrouwde oevers te maken heeft. De therapeute ondersteunt dit en laat haar de brug, haar eigen bewegingen, de oever en haar eigen gevoelens precies beschrijven. Zij bereikt de nieuwe oever, is opgelucht en rust uit. Haar eetgedrag is in de volgende dagen acuut verbeterd (Seithe 1997b).

De toepassing van zulke persoonlijk gevonden symbolen bevordert het creatieve potentieel van de patiënt. (I. Lang 1998).

6.5 Implicaties van het motief-aanbod, vervolg

Met de bespreking van de zeer gevarieerde beschikbare motieven is duidelijk geworden, dat de therapeut een grote verantwoordelijkheid heeft bij de keuze en zich duidelijk bewust moet zijn van zijn eigen overdracht: motief-aanbod is een impliciete uitnodiging om zich op een thema in te laten. Het bevat door de kracht van het beeld een sterk suggestief moment. Het zijn niet alleen duidelijke ongepaste motieven, waarbij een patiënt zich onbegrepen voelt en zich afsluit, maar er zijn steeds meerdere passende, die telkens ertoe uitnodigen, bestemde thema's te accentueren en op deze welgemeende en diagnostisch gefundeerde suggesties gaat de patiënt gewoonlijk in.

Voorbeelden hierbij:

1. Wanneer men een jonge volwassene, die nog niet durft, zich van zijn ouders los te maken, verzoekt, zich een wolk te verbeelden, is dat iets anders, dan wanneer men hem zou vragen, zich een tuin voor te stellen. Beide motieven zouden hem aanspreken, maar op zeer verschillende wijze: een tuin hoort bij een huis, is statisch en omgrensd, een wolk is onbestemd in haar vorm en mobiel, zij trekt langs de hemel voorbij, ergens naar toe. Wanneer bij deze jonge volwassene dan een wolk opduikt, die zich boven zijn ouderlijk huis bevindt en helemaal niet beweegt, is dat merkwaardig. Patiënt en therapeut verbazen zich er over, er ontstaat een spanningsgevoel. Vermoedelijk lost de wolk na een tijdje op en geniet zij daarna van haar reis (die de therapeut, in tegenstelling tot haar ouders, haar heeft toegestaan). Daarmee is op symboolgebied een eerste losweken, bij wijze van proef, geslaagd.

2. Een angstig-geremde patiënte moet zich een in vrijheid levend dier voorstellen en observeren, hoe het rond zwerft en zich een weg zoekt. Zij fantaseert met steeds meer plezier erop los: Wat haar tegemoet komt, waarvoor zij zich interesseert, waar zij iets te eten vindt, en probeert ondertussen in onbewuste identificatie het expansieve moment van het leven uit, wat zij tot nu toe niet aandurfde.

Het connotatieve veld en de gestalt-kwaliteiten van de motieven bevatten suggestieve aspecten, die in de therapie gericht benut worden – net zo als dichters en reclame-experts deze gebruiken, om duidelijke associaties, intenties en gevoelens in banen te leiden. De structurele analogie tussen metafoor/symbool/aangeboden motief en bepaalde belevingsschemata, die nog aan de oppervlakte zullen komen om bewerkt te worden, suggereren, dat het nagestreefde maar nog niet geoeffende gedrag normaal en makkelijk te bereiken is. De therapeut geeft door het aanbod van duidelijke motieven aan de patiënten impliciete aansporingen, bijvoorbeeld eerst een goede basis te zoeken of zich met een bepaald thema preciezer bezig te houden – aansporingen, die min of meer goed kunnen passen en die invloed op de verdere ontwikkeling van de therapie hebben en die daarom ook goed overwogen moeten worden.

Er laten zich bij alle motieven verschillende gestalt-kwaliteiten accentueren, zodat de patiënt steeds de vrijheid heeft uit te beelden, wat bij hem past. Bijvoorbeeld kan men met het motief “*wolk*” al naar eigen behoefte zeer verschillend omgaan: men kan hem observeren, tot hij in iets verandert, dat met het huidige probleem te maken heeft (Brown und Fromm 1986, zit. bei Kanitscharr 1999), of het biedt de mogelijkheid, met hem weg te vliegen, of zacht te liggen en zich geborgen te voelen, of het is een wolk met sprookjesachtige stuurmogelijkheden zoals een vliegend tapijt, zodat de afstand naar de aarde en ontmoetingen met andere wolken zich naar behoefte kan laten reguleren (für Asthmatiker wichtig – Wilke 1990).- Hoe open de KB-scenes voor actueel, zich opdringend innerlijk materiaal zijn, laat een voorbeeld van Wilke (2001) zien: Bij de behandeling van een boulimie studente verschijnt in een landschap plotseling een grote kop met zwarte, glazige, dicht bij elkaar staande ogen. De therapeut spoort de patiënte daartoe aan, de hele kop te imagineren. Er verschijnt een slang. Hij is in een glazen kooi opgesloten, zijn bek is gesloten, maar hij zou hem heel ver open kunnen trekken, zodat hij een heel dier kan verslinden. Wanneer hij eenmaal begonnen is met het te verslinden merkt hij, dat hij te veel van zichzelf gevergd heeft; hij komt in gevaar, want hij krijgt het er niet meer uit.... (Het gaat verder met een symboolconfrontatie).- Plastischer kan men de

boulemische toestand niet beschrijven en deze imaginatie ontwikkelde zich in een eenvoudig landschap.

Het aangeboden motief moet de patiënt de ruimte geven, om zijn actuele innerlijke situatie met behoeftes, angsten en conflictspanningen tussen subject- en objectrepresentatie uit te beelden en om aanwijzingen tot oplossingsmogelijkheden te ontdekken. Het motief moet dan ook op het structuurniveau, op de huidige situatie en op de huidige therapeutische doelen van de patiënten georiënteerd zijn. Uit het verloop van de imaginaties krijgt de therapeut belangrijke diagnostische aanwijzingen (Klessmann 1990). Op zijn beurt ontwikkelt de patiënt zelfinzicht. De emotie-geladen actualisering van rigide houdingen, handelingsbereidheid en conflicten, zelfrepresentatie en objectrepresentatie van de patiënt kunnen direct op het symboolniveau en/of in het nagesprek verder worden bewerkt.

7. Therapeutische begeleiding van de imaginaties.

De therapeut probeert tijdens de imaginatie de symbolische inhoud mee te lezen en als een mededeling van de patiënt over zich zelf, over zijn relatie met objecten en over zijn actueel beleven van zijn relatie met de therapeut te begrijpen. Het is belangrijk dat hij zich steeds realiseert dat zijn interpretatie altijd een hypothetisch karakter heeft en dat hij zich bewust is van de meervoudige lagen van de beelden en bovendien ook van het feit dat zijn begrip van de situatie zijn eigen gedrag leidt. Foutieve inschattingen van de situatie zullen daarom een inadequate begeleiding tot gevolg hebben. Maar als de therapeut alert is en voldoende empathisch, zal hij tekenen van irritatie in de interactie en in de inhoud van de imaginatie opmerken en proberen zichzelf te corrigeren.

7.1 Basisgedrag bij de begeleiding van de imaginaties.

De manier van begeleiden, waarbij de therapeut de minste fouten kan maken en die daarom ook meteen tijdens de basis cursus wordt geleerd, is een empathisch meegaande basishouding, die op verheldering is gericht. Leuner noemde het “*übendes Vorgehen*” (Leuner 1989). De therapeut moet in goed contact met de patiënt blijven, zorg dragen voor voldoende oriëntering en zelf beschadigend gedrag voorkomen. Door de dialoog die gerelateerd is aan het hier en nu van het beeld worden regressieve tendenties en affecten gemodereerd. Door het navragen van de therapeut wordt de patiënt gestimuleerd tot preciezere waarneming en opmerken van gevoelens en tot meer eigen verantwoordelijkheid en activiteit. Doordat de therapeut de patiënt steeds weer stimuleert om zich heen te kijken, details waar te nemen, te horen, te ruiken, te voelen en te letten op zijn lichaamssensaties, leert de patiënt waarnemingen en gevoelens op een gedifferentieerde manier met elkaar in verbinding te brengen. Hij leert bovendien dingen, die angst of frustratie oproepen, eerst een keer precies te bekijken en te beschrijven in plaats van ze te vermijden of op de vlucht te slaan. De therapeut kan stimuleren om, door er dichterbij te gaan of door er een stuk van weg te gaan, de afstand te reguleren en zo het verschil te voelen. Door deze voorzichtig structurerende *vorm van begeleiding* kan de patiënt de wereld van zijn innerlijke beelden leren kennen en ze benutten om hiaten in de structuur alsnog te herstellen. Het uitdifferentiëren en uitoefenen van gebrekkige Ik-functies is voor de ik-gestoorde patiënt een wezenlijk deel van de therapie die minder op inzicht dan wel op het handelen betrekking heeft (Fürstenau 1992). De innerlijke wereld van de patiënt wordt tijdens het KB in de dialoog met de therapeut met gedifferentieerde en adequate cognitief-affectieve schemata aangevuld, die dan voor het omgaan met de wereld ter beschikking staan.

Voorbeeld 1:

P: Ik zie een weide. De lucht is grijs. Het is winderig en het regent.

T: Hm.

P: Het regent zelfs behoorlijk. En het is koud.

T: Ah ja. Wat kunt u dan zoal zien?

P: De weide schijnt groot te zijn, er is nergens een eind te zien.

T: Zijn er ergens bomen of struiken?

P: Ja, daar verder naar links is een groep bomen.

T: Ah ja.- En zijn er ergens dieren te zien?

P: Nee, niets

T: Vermoedelijk hebben zij zich ergens in een of andere beschutte hoek teruggetrokken.

P: Ja, vermoedelijk.

T: Hoe is dat dan voor u, hoe gaat het met u daar, hoe voelt u zich nu?

P: Het is hier niet geweldig.. ik heb het koud... Het is allemaal tamelijk troosteloos...Ik geloof dat ik zelf ook maar een beschutte hoek ga zoeken.

T: Dat is een goed idee.. Wat zou dan in aanmerking komen? Waar zou u naar toe kunnen?

P: Tja, het enige, wat ik zie, zijn die bomen daar links.

Eerst verschijnt de emotionele situatie in het beeld, door de precieze beschouwing verduidelijken zich de gevoelskwaliteiten en kunnen dan ook benoemd worden.

Voorbeeld 2:

P: Ik ben op een weg, rechts is een verdroogde steppe, veel rotsblokken liggen rondom, een paar verdroogde struiken, een paar cactussen. Links zie ik een hoge muur, zeker vijf meter hoog.

T: Ah ja,- Kunt u die muur nog iets preciezer beschrijven?

P: Hij is van baksteen... dat is eigenlijk merkwaardig in deze streek. Heel solide met specie.

T: Wat is daar achter?

P: Dat weet ik niet, ..ik vermoed echter dat daar achter een bloeiende tuin is.

T: Ah ja.- En hoe ver strekt deze muur? Gaat hij ergens de hoek om?

P: Dat kan ik niet zien Hij schijnt heel ver rechtdoor te gaan.

T: Hm... En is er ergens een poort of zo iets?

P: Nee.

T: Hm.- Hoe gaat het met u daar, op die weg met de droge wijde steppe rechts en de muur links?

Weer uit zich de emotionele situatie eerst als beeld, emotionele blokkeringen of belevingshiaten doen zich ook in het beeld voor, zo dat een precieze beschouwing en confrontatie met hetgeen weggelaten werd, mogelijk is.

Als de therapeut en patiënt elkaar aanvoelen en een ieder de taal van de ander heeft geleerd, kan de begeleiding op een meer elastische manier worden aangepast aan hetgeen de situatie

vereist: in angstige situaties is het belangrijk dat de therapeut nauw bij de patiënt blijft en hem steunt om de situatie uit te houden. Als de situatie ontspannen is, kan hij een stap achteruit doen en associaties laten gebeuren. In ontroerende momenten zal hij meeleven zonder te storen, tijdens actief onderzoek gewoon meekijken en af en toe een signaal geven van zijn aanwezigheid en deelname.

7.2 De associatieve methode

Door een open toelatende manier van begeleiding kan het associatief- creatieve proces gestimuleerd worden, dat door Leuner het “assoziative Vorgehen” genoemd wordt. Met weinig of geen interventies “structurerend nul”, krijgt de patiënt ruimte om alles te vertellen wat hem innerlijk dwars zit en beangstigt. Het KB neemt dan de vorm aan van een associatief proces op beeldniveau waar lichaamssensaties, herinneringen en invallen zich kunnen uitbreiden en de aandacht niet te snel teruggevoerd wordt op het beeldniveau. Als startpunt kan dan de beschrijving van een of ander symbool benut worden waarbij de therapeut een associatieve reeks stimuleert door te vragen: “Hoe werkt deze gestalte, de vorm van deze boom, deze berg gevoelsmatig op u?” “Ga eens terug naar je kindertijd en laat een beeld opduiken, dat met dit gevoel, deze stemming, deze spanning overeenkomt”. Of: “Ik kan me voorstellen, dat dit soort inspanning druk op de borst, benauwdheid onder andere, al eerder is opgedoken. Probeer eens stapsgewijs terug te gaan tot dat een scene opduikt, die erbij past” (Steiner 2000). Er ontwikkelen zich dan makkelijk *leeftijdsregressies*, waarbij de patiënt zich jonger en kleiner voelt of zich zelf als kind ziet. Er kunnen dan zowel conflict-beladen, beangstigende scenes uit de kindertijd opduiken, waarbij de erbij behorende affecten onder de beschermende en doserende begeleiding van de therapeut opnieuw beleefd, gedragen en verder verwerkt kunnen worden, als ook aangename scenes, waarbij lang vergeten goede herinneringen weer opduiken. Deze “regressies voor het conflict”(Balint) zijn, in het bijzonder bij personen, die weinig ik-structuur tonen en personen met psychosomatische aandoeningen belangrijk. Zij leren op deze manier om hernieuwd toegang te vinden tot eigen hulpbronnen, die niet benut werden.

Hierbij 2 voorbeelden van Margret d'Arcais-Strotman (1997):

1. De patiënte is zwanger en bezorgd, omdat zij zich helemaal niet op haar kind kan verheugen. In het KB verschijnt een berglandschap, vooraan is een zandvlakte, waar een paar kleine Chinezen druk heen en weer lopen. Het lijkt alsof zij iets over een houten brug dragen. De droomster kijkt verwonderd toe, begrijpt niet echt, wat het zal zijn. De therapeute vraagt haar, het zand preciezer waar te nemen. Op dat moment begint de patiënte tastende bewegingen te maken, speelt zo te zeggen met de vingertoppen in het imaginaire zand en zegt: dit ken ik van vroeger op de Montessorischool, de eerste getallen en letters werden op groot formaat op karton geplakt en met zand bestrooid, zodat men ze kan voelen en lezen. Op dat moment gaat de tijd van het vijf- en zesjarig kind open, er duiken veelvuldige herinneringen op, de herinnering aan haar moeder, die aan kanker stierf, die met haar samen kinderboeken bekeek en haar voorlas. Het is nu duidelijk, waar die kleine Chinezen vandaan komen: uit de kinderboeken, en de patiënte zegt: Dat zou ik ook graag met mijn kind willen doen, ik ga die oude kinderboeken van zolder halen. Zij begint zich op haar kind te verheugen.- In het KB duiken mooie herinneringen aan haar moeder weer op, die samen met het verdriet na haar dood verdrongen waren. Via de tastzin, die niet geblokkeerd is, het voelen van het zand, wordt een weg vrij gelegd naar bewustwording. Het verleden wordt daarmee rijker en het levensverhaal vollediger.

2. Een patiënte, die in haar jeugd, vanwege een dodelijke ziekte van haar moeder, een ernstige toestand van verlatenheid beleefd heeft, bevindt zich in het KB bij het thema berg meteen op een steile gletsjerhelling. Het is koud en onaangenaam, zij probeert zich, op handen en voeten kruipend, aan de ijzige sneeuw vast te houden. De helling is duizelingwekkend steil, de patiënte voelt zich heel hopeloos. De therapeute begeleidt haar in haar gevoelens: reikt woorden aan, die de patiënte zelf bijna niet kan vinden, en die haar toestand precies benoemen, volgt haar blikrichting, doorstaat de angstige spanning met haar samen, en dan komt de patiënte tot een verlossende inval: "hoe in godsnaam ben ik eigenlijk hierheen gekomen?" Daarmee heft zij zo te zeggen haar neus net boven de sneeuw uit en kijkt om zich heen. Zij ontdekt dan rechts in het beeld een rotswand met een smalle gleuf, waarin zij haar vingers kan plaatsen en daarmee de mogelijkheid, op de tast naar een ander landschap naar buiten te lopen. Als zij in een vriendelijker landschap aangekomen is, huilt zij van opluchting en vreugde.

In dit KB gaat het om ervaren en verwerken van vertwijfeling en angstgevoelens die zijn geprojecteerd in de beeld-scene en die samen met de therapeute die begeleidt, kunnen worden overwonnen. (De therapeutische relatie wordt door de projectie op het beeldscherm van het KB ontlast). Gevoelens van deze intensiteit maken dat tijd- en ruimtebeleving verdwijnen. De

patiënt leeft alleen in een moment van het schrikbarend NU; maar de therapeut werkt door zijn aanwezigheid: “hij kan bescherming bieden, omdat hij niet gevangen zit in de situatie, maar over zijn volwassen Ik functies beschikt en zo een intenser observeren en beleven mogelijk maakt” (d’Arcais-Strotmann 1997, blz. 63).

Door het heel precies doorleven en benoemen van de toestand wordt duidelijk dat er grenzen zijn en een gevoel dat er ook een ervoor en erna moet bestaan. Als je rustig de spanning uithoudt, lost ze vanzelf op, net zoals een blad dat door de sneeuw steeds dieper wordt gedrukt totdat de sneeuw er vanaf glijdt zonder dat het blad heeft bewogen. Dit doorlijden geeft een gevoel van sterkte: mijn Ik kan dit soort toestanden doorstaan, zonder eraan te gronde te gaan. De toewijding van de therapeut werkt als een troostende aanwezigheid van een moeder. De eigen activiteit, het vooruit tasten, het bepalen van de richting bevordert het gevoel van “Urheberschaft” (Stern 1992), van een eigen sturende wilskracht (d’Arcais-Strotmann 1997).- In de Kip ontstaat op beeldniveau een ruimte, waarin de mogelijkheid van de therapeut angst uit te houden, door de patiënt benut kan worden via een direct oefenen aan het symbolische substraat (Dieter 1996).

Regressieve situaties kunnen ook beleefd worden als diepe meditatieve toestanden, waarin de zogenaamde “*bevrediging van archaische behoeftes*” mogelijk is, dat wil zeggen waarbij in een gevoel van intens welbehagen, van een-zijn met de omgeving, van ontspanning, zekerheid en verzadiging zonder tijdbeleving een innerlijk bijtanken kan plaats vinden, hetgeen Ik versterking en bij psychosomatische patiënten vaak een verbazingwekkende verbetering van ziektesymptomen tot gevolg kan hebben.

Voorbeeld (Haus-KB)

P: Ik loop de trap op naar de zolder, hij is steil en tamelijk vies. Blijkbaar is hier lange tijd niemand meer geweest.... Boven is een echte zolder, een puntgevel, een klein raam voor de schoorsteenveger, veel oude rommel staat daar.

T: Ah ja, Wat is er dan allemaal?

P: Een grote kast, een dekenkist, een paar houten bewerkte stoelen...

T: Ah ja. Zou u dit iets preciezer willen bekijken?

P: Ik maak eens de kist in de hoek open.

T: Hm

P: Daarin zitten een paar poppenkastpoppen. Ik geloof, dat ik vroeger daarmee gespeeld heb...de koning, de prinses, de duivel.

T: Hm.

P: Daaronder zijn sprookjesboeken. Die ken ik ook nog van vroeger, Grimms sprookjes, Hauff en Andersen...

T: Hm.

P: En daar komt de bril van mijn grootmoeder te voorschijn in het oude metalen brillenetui, en het kleine kussen, dat zij steeds in de leunstoel achter haar hoofd legde.

T: Ja.. Wat is er nu?

P: Oh je, ik zie mezelf nu weer, hoe ik als klein meisje op de grond speelde, terwijl zij in haar leunstoel zat... Oh, wat is dat lang geleden. Dat waren de beste uren in mijn jeugd (huilt zachtjes voor zich heen).. Mijn moeder kan men wel vergeten... maar oma was lief.

T: Hm.

P:.. En bij haar was het eten zo lekker, vanillepudding met frambozensap of karnemelk met suiker en kaneel.

T: Ja, misschien kunt u in deze situatie nog een keer teruggaan?

P: Ja, dat is goed.. Ik zit op de grond naast de leunstoel, en mijn oma leest mij voor.

T: Hm.

P: Het is goed zo. (zwijgt ca. 5 minuten, de patiënte heeft een gelukkige gezichtsuitdrukking).

T:.. Zou u nog iets willen?

P: Ik zou daar graag nog heel lang willen blijven.

7.3 Focuserende begeleiding *

De *focuserende begeleiding*, met *gerichte focus en confrontatie* is het tegenovergestelde van de associatieve stijl. Het focussen wordt toegepast bij de bewerking van conflict gebieden, die door de motieven uit het midden niveau aangesproken worden. (agressiviteit, seksualiteit, zelfportret, relaties).

Het focussen kan ook ingezet worden, wanneer tijdens het voorgesprek een duidelijk gedefinieerd probleem op symboolniveau genoemd wordt en bewerkt zal worden, of wanneer

in een KB een conflict-dragend symbool opduikt en zich confrontatie op symboolniveau aandient. In dit soort situaties heeft de patiënt houvast en rustgevende opmerkingen nodig; de therapeut zal daarom in nauw contact met de patiënt blijven en aan hem vragen heel goed te beschrijven wat hij ziet, welke indruk het op hem maakt en welke veranderingen hij opmerkt. Hij zal stimuleren om zoveel mogelijk rustig te blijven en de angst uit te houden en gewoon maar te kijken wat er gebeurt en in het bijzonder de ogen te fixeren en zijn eigen plaats vast te houden. Op deze manier doet de patiënt de ervaring op dat hij weerstand kan bieden, en de gestalte verliest langzaamaan zijn bedreigend karakter: hij wordt kleiner of zakt in elkaar of trekt zich tenslotte in het bos of in zijn hol terug. In de navolgende sessies is dan vaak een vriendelijke toenadering tot aanvankelijk afwijzende of vijandige symbolische gestalten mogelijk. De therapeut kan de patiënt ook eventueel stimuleren om voedsel aan te bieden of de gestalte te aaien, Dit “*voeden en verzoenen*” maakt het mogelijk om de starre grenzen tegenover de afgesplitste zelfaandelen of ambivalente objectrepresentaties, die in de symboolgestalten aanwezig zijn, losser te maken of af te zwakken.

*De nieuwe benamingen werden door de werkgroepen van AGKB en MGKB ter verdere ontwikkeling van het theoretische begripstelsel van de KIP ontwikkeld (Bahrke, Fikentscher, Glettler, Günther, Hennig, Kottje, Birnbacher, Krägeloh, Krippner, Nohr, Rosendahl, Wilke). De oude, die met de huidige stand van de theorievorm niet meer overeenstemmen, staan steeds tussen haakjes.

Voorbeeld:

Een patiënte heeft juist verteld, hoe zwaar het haar valt, om tegen haar zuster te zeggen, dat zij niet steeds voor haar de babysitter wil spelen. Zij voelt zich woedend en hulpeloos. In het KB wordt deze net verbeterde situatie ingesteld en gevoelsmatig verduidelijkt. Dan kan men proberen naar de oorspronkelijke conflictsituatie te komen.

T: Kent u dit gevoel ook uit andere situaties?

P: Ja, die ken ik goed.

T: Wilt u eens verschillende herinneringen, situaties, die bij u opkomen, de revue laten passeren en langzaam in de tijd teruggaan, tot u een situatie vindt, die u langer wilt bekijken?

P:.. Er komen verschillende herinneringen...vooral uit de tijd, dat mijn moeder weggegaan was en wij niet verdrietig mochten zijn...Nu zie ik mijn oma hoe zij de deur open maakt. De postbode staat daar met een pakket, een kerstpakket van mijn moeder, en mijn oma neemt het niet aan. Zij laat het terugsturen.... (De patiënte huilt heftig).

T: Zou u iets kunnen doen?

P: Nee, ik ben nog te klein (zij was toen 8 jaar, toen haar moeder de familie verliet).

T: Denkt u?

P:.. (huilt) Nee... Ik vind het erg, wat zij daar doet.. Ik ga nu op haar af en schuif haar door de deur naar buiten...Maar nu verschijnt mijn vader heel erg groot achter mijn oma.

T: Hoe ziet hij er uit?

P. Hij heeft een van woede vertrokken gezicht en is reusachtig.

T: Kijkt u hem goed aan en beschrijf hem verder!

P: Hij brult tegen mij en schudt dreigend met zijn vuist.

T: Hoe zijn zijn ogen?

P: Zij zijn blauw, flitsen toornig...woedend...gekrenkt.

T: Kijkt u hem goed aan en blijf op uw plaats!. Hoe vindt u het, wat hij met u doet, dat de post van uw moeder niet aangenomen mocht worden?

P: (huilt) ik vond het heel erg,... echt brutaal..

T: Zou u dat tegen hem kunnen zeggen?

P: Ja, ik brul tegen hem, dat ik het heel onmogelijk vind, hoe hij ons behandelt, dat hij zijn krenking zo op ons afreageert.

T: Kijkt u hem weer eens aan. Hoe is zijn gezicht nu?

P: Rood, woedend... ook geïrriteerd.

T: Zegt hij iets?

P: Nee

T: Hoe kijkt hij?

P: Nog steeds woedend.

T: Kijkt u hem weer goed aan!

P: Dat is hevig.. Hij wordt nu iets kleiner.

T: Ja. En nu?

P: Hij zakt zo ongeveer in elkaar en verdwijnt uit de woonkamer.

Deze scene met de vader duurt ongeveer 5 minuten. De patiënte voelt zich daarna zeer uitgeput, opgelucht, dat zij zich staande heeft gehouden, getroffen door de situatie, die zich zo heftig constelleerde. In het nagesprek een week later kan zij zien, dat haar huidige schuwheid, om conflicten met anderen aan te gaan, haar wortels in haar toenmalige kinderlijke

hulpeloosheid heeft. Als 8-jarig kind was zij werkelijk aan haar vader en oma uitgeleverd. Maar intussen is zij een volwassen vrouw en kan zij zich handhaven, wanneer zij het waagt. In de symboolconfrontatie heeft zij enerzijds haar jeugdgevoelens weer beleefd, gelijktijdig is echter intussen een beschikbare hulpbron (versterkt door het Hilfs-Ich van de therapeuten) het volwassene Ik aanwezig, die de situatie kan overzien en nieuw kan inschatten.

7.4 Technieken van interveniëren bij het omgaan met symboolgestaltes (“regieprincipes”)*

Leuner (1994) heeft een reeks van interventie technieken ontwikkeld, die bij het omgaan met de symboolwereld van het KB hulp kunnen bieden. Met deze gedragssuggesties die empirisch succesvol bleken, is het mogelijk om het potentieel van ontwikkeling te activeren dat in de conflictueuze emotionele constellaties verborgen ligt.

De belangrijkste regieprincipes zijn: 1. het voeden en verzoenen, 2. de confrontatie met het symbool, 3. de activering van vroege positief gekleurde narcistische scènes (“bevrediging van archaische behoeftes”), 4. het oproepen van helpende figuren en 5. het vervolgen en verminderen.

1. Voeden en verzoenen

Symboolgestaltes die zich negatief gedragen, stellen meestal representaties voor van afgesplitste ambivalent beleefde objecten. Het leek in therapeutische zin effectief te zijn, om deze gestaltes bijzonder vriendelijk te benaderen om integratie te bevorderen. Volgens het

principe van voeden en verzoenen stimuleert de therapeut de patiënt om deze figuren voedsel in overvloed aan te bieden en ze te aaien. De onmiddellijke consequentie van dit gedrag is vaak een sterke affectieve ontlading en een verbetering van de relatie met de primaire bindingsobjecten.

*De nieuwe benamingen werden door de werkgroepen van AGKB en MGKB ter verdere ontwikkeling van het theoretische begripsysteem van de KIP ontwikkeld (Bahrke, Fikentscher, Glettler, Günther, Hennig, Kottje, Birnbacher, Krägeloh, Krippner, Nohr, Rosendahl, Wilke). De oude, die met de huidige stand van de theorievorm niet meer overeenstemmen, staan steeds tussen haakjes.

2. Confrontatie met het symbool

Ten opzichte van zeer bedreigende symboolgestalten werkt het principe van voeden en verzoenen niet. Hier is het eerst nodig om de *confrontatie* aan te gaan, zoals die boven genoemd werd. De patiënt wordt aangemoedigd de gestalte te fixeren, haar niet uit het oog te verliezen maar te proberen hem met de blik in de ban te houden en daarbij continu aan de therapeut te vertellen wat die gestalte doet, hoe zij eruit ziet en wat in gedrag en mimiek verandert.- Op deze manier wordt de patiënt ertoe gebracht de opkomende angst te verdragen in plaats van weg te lopen en hij doet de ervaring op dat hij weerstand kan bieden. Door deze ervaring komt de verstarde innerlijke wereld van de patiënt in beweging: hij voelt dat hij niet zo klein en overgeleverd is en de ander niet zo machtig en bedreigend is als dat hij dacht. De almacht- en onmachtfantasieën worden gerelativeerd (te vergelijken met de schizoïde-paranoïde mechanismen à la M. Klein) en met het zich zelf versterkende wisselspel van angst en agressie, worden zij zwakker.

Het ontrafelen van de objectrepresentaties in de symboliek wordt door de “oogproef” (Leuner 1994) gefaciliteerd. De patiënt wordt aangespoord om de emotionele kwaliteiten van de ooguitdrukking heel bewust waar te nemen en de blik gevoelsmatig op zich in te laten werken. Het gebeurt dan vaak, dat de patiënt zich spontaan de blik van een bepaalde persoon herinnert. De therapeut kan de patiënt helpen door concrete alternatief-vragen zoals: is de blik vriendelijk of vijandig, warm of koud, toegewijd of eerder afwijzend, doet hij u aan iemand denken, die dezelfde uitdrukking in de ogen heeft?

3. De activatie van vroege, narcistisch gekleurde scènes

Bij de boven genoemde bevrediging van archaische behoeftes gaat het erom dat door regressie in een als positief beleefde toestand met een primair-object of partieel-object een narcistische persoonlijkheidsversterking in de zin van Balint bereikt kan worden (Lang 1997, Wächter 1982, Pahl 1980). Kenmerkend voor deze toestand is een “oceanachtig” prettig gevoel. Het ontwikkelt zich meestal in het contact met archaisch-positieve substanties, bijvoorbeeld bij het baden in een meer of bij het drinken uit een bron of bij het liggen in het warme zand of in een zomerweide. Men kan de patiënt ook daartoe stimuleren, “krachtbronnen” op te zoeken (Rosenberg 1998). De therapeut steunt deze toestand door zijn toelatend-bevorderende houding, die met de behandelingsaanbevelingen van Kohut overeenkomt (Dieter 2000b). Dit “bijtanken” is in de eerste plaats bij de behandeling van psychosomatische patiënten in de beginfase zeer belangrijk (Wilke 1990, Lippmann 1990).

4. Inzet van helpers

De *rekrutering van de innerlijke helper* in het KB is als mogelijkheid van een gerichte ontwikkeling van hulpbronnen in het bijzonder in de beginfase van de therapie van in de ik-structuur gestoorde patiënten geïndiceerd (Sachsse und Reddemann 1997, Krippner 2001). Deze gestalten kunnen in de omgang met situaties, waarin de patiënt aansporing of hulp nodig heeft, geactiveerd worden. Soms treden spontaan gestalten op, die als helper en leider in aanmerking komen (mensen, dieren, reuzen dwergen en anderen – volgens Lang 1982). Door motieven als bijvoorbeeld “ontmoeting met een aangename gestalte” of verbeelding van een “dier, dat mij fascineert”, kan men naar zulke mogelijke helpers zoeken. Het is mogelijk dat bij de imaginatie ook enkele ik-aandelen opduiken, geïmagineerd worden, die verschrikkelijk hulpeloos of bedreigend zijn (bijvoorbeeld een strak ingesnoerde hongerige baby, een woedende ronddansende heks of een ijskoud streng uitziende rechtergestalte), in ieder geval beschikken ze over zeer verschillende bekwaamheden, waarmee de patiënt op een nieuwe

manier in relatie kan treden. Bovendien komen vaak ik-aandelen te voorschijn, die direct als helper kunnen fungeren, bijvoorbeeld vrolijke kinderen, jeugdige en veelvoudige diergestalten (bijvoorbeeld kikkers, vervuilde katten, trouwe schaapherdershond, diefachtige eksters etc.). Mijns inziens is een bijzonder belangrijke variant bij de inzet van de hulpgestalte het teruggrijpen op het eigen competente volwassen Ik, wanneer de patiënt in een leeftijdsregressie met zijn kind-ik geïdentificeerd is en hulp nodig heeft.

Voorbeeld:

Bij de imaginatie van een huis ziet de patiënte zich als een klein meisje voor een verwaarloosd huis staan, dat aan haar vader behoort. Het is donker en het onweert. Zij wil niet het huis in gaan, weet echter ook niet, waar zij anders heen zou kunnen gaan. De therapeute vraagt of zij, als volwassene, zoals zij nu is, naar het kleine meisje toe zou kunnen gaan. Dat kan zij goed. Zij neemt haar mee in haar woning, legt haar in bed, gaat naast haar zitten en geeft haar warme chocolademelk. Als de therapeute de patiënte verzoekt, zich als volwassene over het angstige, alleen gelaten kind te bekommeren, signaleert zij begrip voor de hulpbehoevendheid van het kind, bevordert echter ook actief verantwoordelijkheidsgevoel en zelfzorg. De patiënte moet haar eigen sterkte activeren, om zich zelf houvast en bescherming te geven.

Deze regieprincipes richten zich allemaal op de versterking van positieve zelf-object-aspecten en op het begrenzen van negatieve destructieve aspecten. Door metaforische handelingen zullen positieve hulpbronnen geactiveerd en zal destructiviteit gecontroleerd of ineengesmolten worden. Het KB zet daarmee bij de na-ontwikkeling van basale innerlijke structuren op een analoog beeldniveau van informatieverwerking aan, waarin zich vermoedelijk ook de oorspronkelijke ontwikkeling van de vroege zelf- en objectbeelden hebben gevormd (Rohde-Dachser 1989). Daarmee heropent de KiP voor de structureel ik-gestoorde patiënt, die aanvankelijk weinig toegang tot zijn conflicten had, de mogelijkheid, een individuele metafoer voor zijn toestand te vinden en daarmee in een voortschrijdend symboliserings- en veranderingsproces te treden.

5. Achtervolgen en minderen

Het *principe van achtervolgen en minderen* stimuleert als enige het directe uitleven van haat-, woede- en wraakgevoelens. Sterke agressieve en als waarde-verminderend beleefde symboolgestalten worden vervolgd en verzwakt, eventueel ook gedood (Leuner 1985, Lang 1982). Dit principe kan bij de behandeling van narcistische personen met moeilijk controleerbare agressieve impulsen een ontwikkelingsprong veroorzaken; het moet echter wegens eventueel verstopte auto-agressie en vanwege de mogelijkheid dat zich sterke schuldgevoelens kunnen ontwikkelen, zeer voorzichtig gebruikt worden. Weinig ervaren therapeuten wordt aanbevolen, dit principe zeer voorzichtig te gebruiken en agressies door confrontaties te begrenzen en door plaatsvervangers zoals de leeuwen in plaats van door de droom-ik van de patiënten te laten uitleven.

Voorbeeld:

Een patiënte heeft herhaaldelijk van olifanten gedroomd en zou graag een KB met olifanten maken.

Een olifant stapt uit een palmenbos aan het strand. Hij is al erg oud, heeft een zwarte huid en wordt door een merkwaardige, circusachtig geklede man begeleid. Hij trekt hem ruw aan zijn slurf. De patiënte moet de man preciezer bekijken. Hij heeft in plaats van een hoofd een penis of een pistool en dreigt de patiënte neer te schieten. Zij werpt zich geschrokken op de grond en roept luid naar de olifantenkudde om hulp. De man scheldt op de vrouwen en wil weggaan. De therapeute vraagt of zij hem zou willen laten weggaan, hij scheen toch tamelijk gevaarlijk te zijn. Ja, hij zou zeer gevaarlijk zijn, hij mompelde voor zich uit: "ik krijg je nog wel". De oude olifant raadt aan, de man aan zijn hoofd te draaien. De patiënte draait en draait, geraakt daarbij steeds meer opgewonden (vertrokken gezicht, draaiende gebaren met haar handen), heeft plotseling zijn peniskop er afgedraaid.

Zij snikt het uit, dat kon men toch niet maken. De therapeute meent, dat in plaats van 'zich te laten neerschieten', het misschien toch zou kunnen. Nu is de vraag, wat er met de delen van de man moet gebeuren. De patiënte wil ze in de zee laten zakken. Zij stapt met haar zuster (die op 15^e jaar psychotisch is geworden en zich op haar 18^e suïcideerde) in een boot. De zuster zingt zachtjes voor zich heen en weet precies waar zij naar toe moeten varen. De patiënte meent dat ze de man nog moeten vergeven. Zij varen dan terug, de olifanten dragen haar naar huis.

Aan het einde van de zitting gaat de patiënte nog even wandelen, moet daarbij overgeven en wordt onmiddellijk ziek van een heftige infectie, die een intraveneuze dosis van antibiotica in het ziekenhuis nodig maakt. Daarna gaat het weer goed met haar, maar verwondert zij zich over haar lichamelijke reactie en vraagt zich af of haar vader haar zuster misbruikt heeft. Zij vertelt nu bijzonderheden, die het waarschijnlijker maken: haar zuster had haar kamer naast die van de ouderslaapkamer, haar vader ging vaak naar haar toe, sloeg haar ook vaak. Vanaf haar 12^e jaar trok haar zuster zich steeds meer terug, werd toen psychotisch, kwam in een kliniek, maar haar vader haalde haar weer snel uit de kliniek, kon haar afwezigheid blijkbaar slecht verdragen. Naar haar suïcide werd haar vader ziek en stierf een jaar na haar. De betrekking tussen vader en zuster was een volkomen taboe- thema in de familie, zo erg, dat de patiënte tot op heden daar nooit over nagedacht

heeft.

In het KB ontstaat een splitsing van het vaderbeeld van de goede oude olifant en de boze achtervolgende penis-pistolen-man. De patiënte kan de olifant als helper inzetten. De heftigheid van haar lichamelijke reactie toont aan, wat voor emotionele afgronden zich bij deze beelden kunnen openen. Hier is beslist voorzichtigheid geboden.

8. Therapeutische strategieën en technieken van het KiP

Door de specifieke setting, de aangediende motieven, de wijze van begeleiden oefent de therapeut invloed uit op de ontwikkeling van de imaginaties en de procesverwerking van de conflicten op symboolniveau. Het is belangrijk dat rustgevende en structuurvormende momenten elkaar in evenwicht houden. Rustgevend is de constante attente aanwezigheid, die een structurerende werking heeft. Rustgevend zijn ook de suggesties om enkele ervaringen toe te laten of om op een bepaalde manier met symboolgestaltes om te gaan. Deze stimuleringen zijn van betekenis als impulsen tot ontwikkeling en bedoeld om rijper, meer geïntegreerd gedrag te stimuleren. Zij komen voort uit de klinische inschatting van de situatie. In plaats van een beschrijving te geven van de situatie zoals die “Is” of een duiding met betrekking tot de situatie te doen (hoe de patiënt zich gedraagt, wat hij vermijdt, welke vroegere ervaringen op dit moment worden aangeraakt), vormt de therapeut het om in een opdracht tot ontwikkeling, door zich af te vragen hoe de patiënt in de dagdroom nieuwe ervaringen kan opdoen en nieuwe innerlijke schemata van functioneren kan ontwikkelen.

Het is belangrijk dat de patiënt door een zorgvuldige *dosering van de affecten* een continue productieve bewerking van zijn conflicten kan ervaren zodat het mogelijk wordt door gestage oefening gebrekkige Ik-functies een ontwikkelingskans te geven en rigide vormen van afweer op een speelse, creatieve wijze in de droombeelden te versoepelen. Het is belangrijk steeds weer het accent te leggen op de *hulpbronnen* van de patiënt en door het aanbieden van gepaste thema's op symboolniveau, zorg te dragen dat de patiënt voldoende kan “bijtanken” en hem op die manier te sterken voor de toekomstige bewerking van zijn conflicten. In het bijzonder aan het begin van de therapie is aardig wat steunend voorwerk nodig, voordat op een zinvolle manier aan het bewerken van conflicten kan worden begonnen.

Dit geldt in het bijzonder, voor structureel Ik-gestoorde patiënten, die moeite hebben hun grenzen in acht te nemen, affecten te reguleren, het besef van eigenwaarde stabiel te houden en met anderen op een tamelijk, realistische en aangepaste manier in contact te komen.

De in het KB benutte technieken zijn impliciete suggesties, die bedoeld zijn om de speelruimte van het beleven en handelen te verruimen. Zij reiken van het focuseren van de aandacht, de suggesties tot preciezer waarneming en de verandering van de diepte van het trance niveau (via structurerend navragen of empathisch meegaan) tot de verandering van perspectief binnen tijd en ruimte (focussen op het tegenwoordige moment; op verleden of toekomst; van toenaderingen of afstand nemen) tot de aanmoediging om nieuwe gedragingen uit te proberen, bijvoorbeeld om met symboolgestaltes op een bepaalde manier om te gaan. Stigler (2000, S. 79) vraagt zich provocerend af, hoe het KB zou aflopen als er geen therapeut aanwezig zou zijn of wanneer hij stom zou blijven. Hij denkt, dat de scenes gewoon hun loop zouden nemen, zonder dat de dromer emotioneel contact met de beelden ervaart, “omdat hij in dat geval zijn gewone mechanisme van afweer overeind kan houden en op die manier spanningen met elegante routine kan ontwijken”. De rol van de therapeut bestaat erin de patiënt tot nader bekijken, betasten en beschrijven te stimuleren. Door deze ingrepen schept hij ruimte voor fantasie en voor de mogelijkheid tot inleven, geeft hij suggesties om hetgeen de dromer ziet, onder woorden te brengen en op die manier te begrenzen, te ordenen en plaatst hij zichzelf als steunende relatie in de scene.

Ladenbauer (1999) heeft een systematisch overzicht gegeven van technieken, die principieel bij het begeleiden van katathyme beelden ter beschikking staan. Binnen een meer passieve houding, die ondersteuning geeft aan de vrije ontwikkeling van de beelden kan de therapeut non verbaal zijn aanwezigheid te kennen geven, hij kan toestemmen, ondersteunen, navragen, verhelder, versterken. Binnen een meer actieve houding, die verandering van structurele aard wil bewerken, kan de therapeut aanmoedigen en richting geven aan de aandacht. Hierbij kan het om verandering bevorderende structureringen gaan in de volgende dimensies: tijd, ruimte, kwaliteit van zintuigen, relatie, diepte van de trance en inhoud. Betreffende de tijd kan de aandacht gericht zijn op het verleden, de tegenwoordige tijd of de toekomst; er zijn ook directe suggesties mogelijk ter verandering van het verloop van tijd

(vertraagde weergave, versnelde weergave, stilstand, herhaling). Betreffende de ruimte kan hij suggereren om te blijven, distantie te nemen of te naderen. Het is mogelijk gedifferentieerde gevoelswaarneming te oefenen door gevoelens en lichamelijke verschijnselen aan te spreken. Die relatie tot symboolgestaltes wordt veranderd door uitnodiging tot voeden en verzoenen, volhouden, in de ban doen, uitputten, minderen, focussen en confronteren, door het inleven in het tegenover, door identificatie, rollenwisseling en doubleren. De diepte van de trance kan worden omhooggehaald door te structuren, door navragen en secundair-procesachtige elementen in te brengen en kan worden verdiept door herhalingen, suggesties en de nadruk te leggen op primair proces-achtige elementen. Tenslotte zijn ook veranderingen op inhoudsniveau mogelijk wanneer de therapeut fungeert als hulp-ik of alternatieven en ingevingen aanbiedt.

Uit deze lijst blijkt op hoeveel verschillende manieren de therapeut invloed op de imaginaties kan uitoefenen. Afhankelijk van het structuurniveau van de patiënt kan die invloed variëren: sommige patiënten voelen zelf heel goed aan wat zij nodig hebben en leggen zelf hun problemen op tafel, dat innerlijk te bewerken is. Anderen, in het bijzonder die van middel- of laag structuurniveau hebben veel hulpaanbod nodig voor hun ontwikkeling. De activiteiten van de therapeut tijdens de imaginatie hebben een primair psycho-synthetische functie: ze helpen nieuwe gezondere structuren op te bouwen, die dysfunctionele uit oude moeilijke relaties opgebouwde innerlijke structuren kunnen overdekken of verruimen. De psycho-synthetische activiteit wordt aangevuld door gespreksfasen, waarin zo wel begrip getoond als geanalyseerd wordt. Op die manier wisselen structuuropbouw en structuuranalyse elkaar af en worden ze met elkaar verbonden. Voor de patiënt kunnen die twee niveaus gedifferentieerd worden waargenomen.

In het *verloop van KB-therapieën* is meestal een geleidelijke verschuiving van het zwaartepunt van het werk te herkennen (Sachsse und Wilke 1987): in het begin van de therapie dienen de imaginaties er primair toe, een veilige ruimte op te bouwen, waarbij de therapeut een moederlijk dragende, spiegelende en integrerende functie uitoefent. Later wordt deze ruimte dan in toenemende mate gebruikt voor de uitbeelding van innerlijke conflicten en voor creatief proefhandelen. Hierbij neemt de therapeut dan de functie over van een

begeleider die tips en suggesties geeft en oplet of affecten en gedrag adequaat zijn. De overgang naar duidelijker conflict georiënteerd werk gebeurt meestal van zelf, de patiënt komt zelf met nieuwe thema's en de therapeut moet alleen ervoor open staan en niet in een overmatig verzorgende houding blijven steken.

Voorbeelden:

1. Een anorexia patiënte (Von Wilke, 1993) ziet een weide, die bont en weelderig is. Het is warm, en zij voelt zich in het hoge gras als een kleine haas, verborgen in een hol, de grond is stevig en warm. Zij voelt zich goed. Zij zou ook groter kunnen worden en weggaan, als zij zou willen. De therapeut verzoekt haar verder te onderzoeken, zij voelt grassprietten aan haar huid, voelt zich gedragen, gaat de beweging van het gras na. Zij mag voelen, wat zij op dit moment zou willen. Zij vindt het behaaglijk, is echter ook nieuwsgierig, hoe het er achter de weide uitziet, als zij dan ook maar weer klein zou mogen worden. Zij overweegt lang, of zij een tocht zou wagen of op de weide zal blijven. Toenemend ontwikkelt zich een gevoel, dat het op de weide te nauw is, de grassprietten staan dicht tegen elkaar, laten niet veel ruimte, de weide is misschien ook niet meer wat zij hebben wilde. Op het moment van deze gedachte verandert zich het beeld, de patiënte ziet de weide heel wijd van boven, alsof zij eroverheen zou vliegen. De bloemen zien er bijna zo uit, alsof zij haar aankijken en haar achterna zouden kijken. De therapeut vraagt wat die bloemen zullen denken, als zij haar zo zien zweven. Zij kijken vol verwijten. De patiënte is bang voor die verwijten en denkt dat zij haar niet meer willen zien. De therapeut vraagt of zij een doel heeft. Zij zou graag naar een bos gaan en voelt zich plotseling heel geweldig groot. De dennenbomen zijn zeer hoog, dreigend, ondoorzichtig en veel belovend tegelijk. Tegen het einde van het KB is zij aan de rand van de weide bij een kleine beek, zij staat aan de kant van de weide, heeft een beetje angst voor het bos, zou echter ook niet terug willen naar de weide. Het centrale conflict wordt hier plastisch zichtbaar, de weldoende regressie aan de beginfase van de therapie en het opkomende gevoel, dat de weide te nauw wordt, omdat zij groeien en weggaan wil, maar ook de angst daarvoor, de onzekerheid, of het beter is, groot of klein te zijn en die voorlopige vlucht in het overdreven en brosse zelfgevoel.

2. Een andere patiënte Von Wilke,(1989), die sinds 4 jaar aan een erge vermagerings-verslaving lijdt, bekijkt tijdens de 20e behandeling een stad. De huizen passen helemaal niet bij elkaar, sommigen zijn heel groot, anderen heel klein en vervallen. De stad is leeg en verlaten, misschien al lang. Zij voelt zich beklemd en meent, dat het geheel tot de ondergang gedoemd is. Het zou ook het beste zijn, wanneer alles geëffend zou worden en iets nieuws zou kunnen ontstaan. Zij zou graag de stad verlaten. De therapeute verzoekt haar, zich vooraf alles precies in te prenten. Dan gaat zij weg, draait zich nog een keer om en ziet, hoe de eerst alleenstaande huizen, dan grote blokken ineens stortten en tenslotte alleen maar een puinhoop van de stad over blijft. Zij voelt een angstige huivering, maar tegelijkertijd het gevoel, dat wat daar is gebeurd, onvermijdelijk moest gebeuren. Het maakt haar verdrietig, maar

het lost ook de verkramping op, die zij voorheen bij de tocht door de lege straten ondervond. Na een geruime tijd van wachten en bekijken heeft zij de wens, naar de stad terug te gaan om wat materiaal te halen, dat zij gebruiken kan. Zij stoot op sommige dingen, die haar aan haar kinderjaren herinneren, een oud bed, een stoffig scherm, een melkkan. Zij pakt enkele stenen en balken op een kar en begint aan de rand van de stad een toevlucht te bouwen, waar zij nu eens “overnachten kan als een nomade”.

Voorafgegaan waren gesprekken over haar kinderjaren: zij vond dat haar leven verknoeid was en dat zij niets bereikt had, van wat men van haar verwacht had en van wat ook zij van zichzelf verwacht had, en zij had geen goed nieuwe ideeën over haar toekomst te ontwikkelen. Zij merkt dat een ommekeer alleen mogelijk zou zijn, door verwoesting van bestaande structuren. In het KB werden voor het eerst agressieve impulsen voelbaar, maar gelijktijdig echter ook haar innerlijke kracht en mogelijkheid tot verandering. - Het KB maakt een zelfconfrontatie mogelijk, waarbij tot dusver afgeweerde aspecten waarneembaar en draaglijk worden en nieuwsgierigheid naar zichzelf ontwaakt.

9. Specifieke werkzame factoren

Leuner (1985/1994) had op grond van klinische observaties als *specifieke werkzame factoren van de KiP* de volgende factoren uitgewerkt:

1. Imaginatieve conflictuitbeelding en conflictbewerking met ondersteuning van de therapeut op beeldniveau,
2. Activering van hulpbronnen, in het bijzonder ook Ik-versterking/narcistische restitutie door bijtanken in een geïmagineerde situatie van geborgenheid, waarin zich dezelfde affect-intensiteit ontwikkelt, als in de reëel beleefde situatie (“*bemoediging van archaische behoeftes*”) en
3. ontwikkeling van de creativiteit met mogelijkheid tot, bij wijze van proef, omgaan met agressieve en expansieve impulsen of ook met depressieve affecten en het zoeken naar onafhankelijke probleemoplossingen op het beeldniveau.

Deze dimensies zijn ook vandaag de dag na onderzoek van vele zorgvuldig gedocumenteerde klinische gevalstudies de therapeutische zwaartepunten van de KiP: Het imaginatieve niveau met mogelijkheden tot externalisering en procesactivering is zeer hulprijk bij bewerking van conflictsituaties en affecten (Salvisberg 2000). Toestanden van stress kunnen beter gereguleerd worden (d’Arcais 1997), (Sachsse und Reddemann 1997) omdat de affecten door de interventietechnieken van de KiP draaglijk worden en de affectkwaliteiten gevarieerder,

gemoduleerder en gedifferentieerder worden (Bahrke 1997). Ook kunnen door ontplooiing van de symboliseringscapaciteit de affecten in affectief-cognitieve schemata ingebonden worden. Bovendien kan in de dialoog met de therapeut, die als hulp-ik ter beschikking staat in de imaginatie, een verdere ontwikkeling van ik-functies en de internalisering van zelfzorg alsnog plaatsvinden. (Fürstenau 1992). Er kan, zoals Leuner het uitdrukt, een aanvulling van ervaringshiaten door narcistische restitutie plaatsvinden (Leuner 1982, Wilke 1990). De integratie van afgesplitste Ik-aandelen kan door de bewerking van schizoid-paranoïde mechanismen met behulp van de regieprincipes van de KiP (Dieter 1999) bewerkstelligd worden. En quasi vanzelf ontwikkelt zich bij de omgang met imaginaties een nieuwe toegang tot vaak toegedekt creatief potentieel.- De technische mogelijkheden worden daarbij geleid door denkbeelden, zoals bijvoorbeeld Luborsky's concept van de centrale relatieconflicten (1995) of door de gegeneraliseerde interactierepresentaties (RIGs-Stern 1992).

Voor het therapeutisch werk lijken imaginaties een bijzonder geschikt medium te zijn want onbewuste belevingsstructuren, die waarnemings- gevoels- en motoriek-componenten omvatten, zijn niet in begrippen verbaal opgeslagen, maar echter in vorm van scènes en beelden (Salvisberg 2000). De geautomatiseerde achtergrond kennis (impliciete of procedurele kennis) vormt de basis van de essentiële relatie- en emotieschemata van een mens. Het ontstaat als substraat van talloze herhalingen van zeer vroege interacties van de zuigelingen en kleuters met zijn significante bindingspersonen (Dornes 1997) en manifesteert zich in de overdracht- en afweerpatronen en überhaupt in de essentiële persoonlijkheidstrekken van een mens. Deze procedurele schemata laten zich steeds alleen indirect waarnemen door observatie van datgene wat iemand doet, hoe iemand reageert, welke woorden hij gebruikt, welke mimiek, welke lichaamshouding, welke stemkwaliteit en welke associaties en gevoelens erbij opduiken (Stigler 2000, S.75ff). In de imaginatie fungeren de individuele relatie-en emotiesschemata als ordeningsprincipes, die uit de stroom van de meest uiteenlopende objecten juist datgene uitzoeken, dat ter encenering van een geactiveerd schema geschikt is. Het is een therapeutisch privilege om op beeldniveau, in de concrete handelings- en interactietaal samen met lichaam en zintuiglijke waarneming, en zonder informatie verwaterende abstracties therapeutisch te kunnen begeleiden en ingrijpen.

Mechanismen zoals verschuiving, verdichting en symbolisering worden, zoals in dromen, ingezet, maar door de therapeutische begeleiding ontstaat een basisgevoel van positief gedragen zijn. Zo kunnen tot dan toe intolerabele gevoelens worden uitgehouden en wordt het winnen van nieuwe ervaringen door speels proefhandelen mogelijk (Stigler 2000, S.78).

Door de beelden te begrijpen kan een brug tussen het verbale en het non-verbale geslagen worden en kan een symboliseringsproces op gang komen.- Een indrukwekkende demonstratie van dit proces laat Stigler (2000) zien aan de hand van een KB-transcript. Als motief was gegeven een landschap met een menselijke gestalte, die vanuit de verte nadert. Het thema ontmoeting met een ander persoon lag dus al op tafel. De therapeut “gebruikt zijn loep”, hij focust in het KB steeds weer op lichaamshouding, sensaties bij aanraking, bewegingen en gevoelens. Daardoor intensiveert zich het aanvoelen en tussen een bloem in de weide en de handen van de dromer ontwikkelt zich een scene, die de ervaring van de gebrekkige relatie met de bindingsfiguur spiegelt en die zich in het beeld kan laten zien en ontwikkelen (de tere bloem, angst, hem fijn te drukken; het idee haar van onderen te steunen; het gevoel, er moet ook iets van de bloem komen; het gevoel, de bloem vlijt zich in de hand, daardoor ontstaat het gevoel van het gevuld zijn en van warmte in het lichaam, in plaats zoals voorheen angst en leegte; dan plotseling het plezier, met de bloem te spelen, het plezier in onderlinge ontmoeting en wederkerigheid, dat vroeger nooit mogelijk was).

In het KB vindt een externalisering van het conflict plaats en een affectieve verrijking van het beleven. Vervolgens wordt aan een verandering van de affectieve lading van het symbool en aan de vaste coping-patronen gewerkt en met de veranderingen op beeldniveau veranderen synchroon de belevingsstructuren. Dit fenomeen werd door verschillende therapeutische richtingen, onafhankelijk van elkaar, ontdekt (bijvoorbeeld ook bij hypnotherapie, gestalttherapie en psychodrama), en Leuner (1955, 1959) heeft al in de vijftiger jaren experimentele bewijzen voor het functionele equivalent tussen de actuele innerlijke toestand en de geproduceerde imaginatie geleverd. Ook op klinisch gebied ziet men steeds weer, dat veranderingen van de intrapsychische situatie de zo passende veranderingen op het beeldvlak oproepen en dat omgekeerd veranderingen van de geïmagineerde beeldconstellatie passende veranderingen van het gevoel en handelen mogelijk maken (zelfs

van psychosomatische lichaamsreacties – Matjugin und Obuchov 1997). Zo veranderen bijvoorbeeld geïmagineerde huizen zodra de patiënt verliefd is, de huizen worden dan gezelliger en romantischer. En na gelukkige symboolconfrontaties en verzoening worden plotseling prestaties mogelijk, die voorheen niet geleverd konden worden. Blijkbaar verandert met de verandering van het innerlijke beeld van de wereld ook de inschatting van de realiteit.

De KiP houdt met zijn setting en zijn werkmogelijkheden bijzonder goed rekening met de fasen van de therapeutische interactie naar Mergenthaler und Bucci (1999) – namelijk met de activering van het emotionele beleven, de figuurlijke of narratieve vertaling van het beleven en de reflectie. De resultaten van het KiP-procesonderzoek tot nu toe doorgevoerd door Stigler und Pokorny 2000, bevestigen de aanname dat gedurende het KB inderdaad een primair- procesachtige toestand ontstaat, waarbinnen velerlei gevoelens ervaren worden, terwijl angst en andere negatieve gevoelens verminderd zijn. Het onderzoek van deze hypothesen vond plaats met behulp van getranscribeerde therapiezittingen en computerondersteunde inhoudsanalyse, waarbij het woordgebruik in de verschillende fasen van het therapeutische proces (gespreksfasen en KB-fasen) onderzocht werd. In de imaginaties overheerste eenduidig de primair-proces-vocabulaire (de waarde lag zelfs hoger dan die van een experimentele groep die Psilocybin ingenomen had), eveneens dook een hoger aandeel aan emotie geladen woorden en aan woorden met positieve zelf-emoties op. In de pure gesprekszittingen overheerste daarentegen de secundair-proces-woordenschat (Stigler und Pokorny 2000).

10. Settingsvarianten

Met de KiP kan in individuele therapeutische setting gewerkt worden, maar ook in *groepen* (Kottje-Birnbacher und Sachsse 1986), Gerber (1990) en in *partner- en familietherapie* (Klessmann 1980, Kottje-Birnbacher 1981, 1990, 1993, 2000, Voss-Coxhead 1989). Het KB wordt hier evenals in de individuele therapie als projectievlak voor verlangens, angsten en conflicten benut, zij het dat het zwaartepunt hier sterker op het interactionele ligt.

Groepstherapie

De groepstherapie met het KB baseert zich op de dieptepsychologisch gefundeerde groepspsychotherapie. In dit kader worden imaginatie-fasen geïntegreerd, waarbij er verschillende mogelijkheden bestaan, namelijk stille afzonderlijke imaginaties van de deelnemer, die door de therapeut door een voorstel van een motief en stimulerende vragen begeleid wordt, of groeps-imaginaties, waarin de deelnemers gezamenlijk imagineren. Hierbij wordt de groep het eerst eens over een thema, zoals bijvoorbeeld “onderzoek op een eiland” of “iedereen verandert in een dier, wij ontmoeten elkaar als dieren”. Daarna gaan de deelnemers stervormig op de grond liggen en de therapeut geeft een ontspanningsinstructie als inleiding van de imaginatie. Iedereen uit zich dan in de beelden, die zich bij hem ontwikkelen (en die hij wil laten zien), zo dat zich in een quasi realiteit een gemeenschappelijke groepsactie ontwikkelt, die in het nagesprek uitgewerkt wordt. Deze groepsnormen, de basale groepsfantasieën en compromisbeelden en de individuele rollenovernames met de bijbehorende biografische achtergrond moeten daarbij geaccentueerd worden. – In de groepsimaginaties ontwikkelt zich een zeer dichte emotionele interactie tussen de groepdeelnemers, die de latente wensen, angsten en verdedigingsstructuren van de deelnemer plastisch afbeeldt, waardoor zeer waardevol arbeidsmateriaal beschikbaar wordt en ook de groepscohesie versterkt wordt. Deze setting vereist wel een zekere Ik-sterkte van de deelnemer. In het klinische kader kan de therapeut de groepsimaginatie niet alleen observeren, maar moet hij zo nu en dan ondersteunend ingrijpen (Rust 1986). Men kan hier echter ook goed met individuele imaginaties werken, die dan voor diegene essentieel materiaal leveren en bijdragen tot zijn therapie in de groep en de voordelen van de groep minder benutten.

Relatie- en gezinstherapie

In de relatietherapie stelt de therapeut een naar zijn inschatting passend thema voor een gemeenschappelijke imaginatie voor, bijvoorbeeld zelfsymbolen zoals een huis (iedereen kan aan de anderen, zo te zeggen, het innerlijk van zijn huis laten zien); bomen (iedereen imagineert een boom, dan moeten beiden gezamenlijk voor de bomen een plek vinden en in

de omgeving voor beiden acceptabele gestalten vormen); of dieren (beide dieren moeten elkaar ontmoeten, men kijkt, wat zij met elkaar kunnen beginnen); of een gezamenlijke boottocht (daarmee wordt nabijheid aangesproken, de vraag is, hoe het paar daarmee omgaat); een kleedkamer, waar men verschillende kostuums vindt en kan aanpassen (innerlijke lichamelijke verhoudingen ten opzichte van de ander kunnen op deze manier kenbaar worden en men bemerkt de huidige reactie van de partner, die misschien in vergelijking met vroeger veranderd is); of een ontmoeting als kind (daarbij wordt de emotionele dieptestructuur van de relatie vaak zeer plastisch); of een gezamenlijke bergtocht (daarbij wordt de omgang met prestatiedrang duidelijk, het onderscheid in belastbaarheid, in het ritme van inspanning en uitrusten en hoe de partner met deze verschillen overweg kan).

Er zijn vele mogelijkheden, zelfsymbolen met elkaar in contact te brengen of scènes voor te stellen, die de ontwikkeling van elkaar verschillende, gemeenschappelijke acties suggereren, waarbij men dan kan observeren, wie welke verlangens heeft, hoe hij het uit, hoe de ander daarop reageert, waar het tot misverstanden komt, hoe ieder met teleurstellingen omgaat etc. De therapeut fungeert bij deze gezamenlijke imaginaties als begeleider, hij zorgt ervoor, dat iedere partner zich uit en genoeg ruimte kan nemen, vraagt na, wanneer uitingen onduidelijk of onvolledig zijn, verzoekt de anderen hun positie te kennen te geven, wanneer een partner een wens of aanduidingen geuit heeft en let erop, dat de tolerantiegrenzen van beide partners niet overschreden worden. Hij moet de emotionele vertakkingen van de partners precies observeren, om deze in het nagesprek te kunnen bewerken, tegelijkertijd echter ook al op het KB-niveau voor een zekere normalisering van de communicatie zorgen, creatief nieuwe proefhandelingen bevorderen en naar goede oplossingen laten zoeken.

Men kan ook gezinnen met elkaar het KB laten maken, om de interactiestructuur te verduidelijken en daarbij ook niet aanwezige gezinsleden mee in het beeld nemen. Bij Klessmann (1982) wordt daarvoor een mooi voorbeeld gevonden, hoe een echtpaar, wiens 8-jarige dochter sinds haar babytijd aan een ernstig eczeem lijdt, enkele KB's met het thema "boottocht" maakt en daarbij de dochter mee in het beeld betreft. Aan het woordelijk protocol kan men duidelijk de projecties en projectieve identificaties aflezen, die op de dochter

betrekking hebben. Ook voor de partners werd gedurende de imaginatie helder, waarin het probleem bestond.

11. Indicatie en contra-indicatie

Indicaties

Het toepassingsbereik van de KiP stemt in grote mate overeen met de psychodynamische psychotherapieën, daarom zal hier alleen op specifieke methodische verbreding en beperkingen worden ingegaan.

- In de KiP hoeft de capaciteit van de patiënt om zijn beleving te verbaliseren en te reflecteren niet zo duidelijk aanwezig zijn, omdat het beeldvlak als aanvullende bewerkingsdimensie ter beschikking staat.

Derhalve zijn simpel gestructureerde patiënten met gering introspectietalent, die moeite hebben, hun beleving in woorden uit te drukken, vaak goed door KiP bereikbaar.

- In het bijzonder geïndiceerd is de KiP voor patiënten met rigide afweerstructuren, voor sterk rationaliserende en voor emotioneel geblokkeerde of onderontwikkelde patiënten. Zij worden door het creatieve element van het KB aangesproken en kunnen in de beelden hun innerlijke wereld uitdifferentiëren, omdat het KB op een basaal voel- en gevoelsvlak aanzet. Van deze voordelen kan ook bij de behandeling in groepen of in partner- en familietherapieën geprofiteerd worden.

- Bij de behandeling van psychosomatische ziektes heeft de KiP zich als zeer bruikbaar bewezen. De symbolisering in beelden vormt een belangrijke tussenstap tussen lichamelijke gevoelens en emoties. (Wilke en Leuner 1990).
- Een belangrijke indicatie voor de KIP zijn korte therapieën van 15-30 zittingen en crisisinterventies, omdat in de beelden de conflictfocus snel en precies tot uitdrukking komt. Bovendien staan op het beeldniveau doeltreffende affect losmakende bewerkingsstrategieën ter beschikking en die nadere ontwikkeling en verduidelijking van conflicten mogelijk maken. (Leuner 1985).
- Men kan de bijzondere diagnostische en therapeutische mogelijkheden van de KiP echter ook in langdurige, de karakterstructuur veranderende behandelingen gebruiken.
- Verder is de KiP duidelijk geïndiceerd voor de behandeling van kinderen en jeugdigen, in het bijzonder voor de leeftijdsgroep, waarvoor speltherapie niet meer aan de orde is (Leuner, Horn und Klesmann 1990).

In de verzamelde werken van de KiP (zie literatuurlijst) zijn vele op zichzelf staande studies over uiteenlopende probleemsituaties en patiëntentypen te vinden, waarin men zich exemplarisch over aangepaste therapeutische handswijze informeren kan.

Contra-indicaties

Noodzakelijke behandelingsvoorwaarden voor iedere psychotherapie zijn voldoende intelligentie en voldoende veranderingsmotivatie. Bovendien zal men overwegen of de patiënt door een andere therapiemethode mogelijk beter geholpen kan worden. Het beste kan men de KiP in de volgende situaties niet of alleen na zorgvuldige afweging van voordeel en risico en met een op de individuele problemen afgestemd gebeuren inzetten:

- Een psychotherapie met KiP is niet geïndiceerd, wanneer de patiënten niet graag imagineren, zich niet graag erop inlaten en ook goed zonder KB behandeld kunnen

worden. Maar al is er emotionele weerstand, kan men proberen de patiënt voor het KB te motiveren wanneer de boven genoemde indicaties in zijn geval overtuigend zijn.

- Bij uitgesproken histrionisch gestructureerde patiënten is de KiP niet geïndiceerd, wanneer door de beelden het voortdurend ageren bevorderd wordt.
- Bij patiënten met geringe integratie van de Ik-structuur is voorzichtigheid geboden. Enerzijds kan door voorzichtige inzet van het KB, de integratie van het Ik bevorderd worden, anderzijds moet het gevaar van het overspoeld worden door modificaties van de techniek tegengegaan worden.

Bovendien kan het werk met de KiP ook in enkele situaties schade veroorzaken, zo dat hier echte contra-indicaties aanwezig zijn:

- Een psychotherapie met de KiP is contra-geïndiceerd gedurende een acute psychose, omdat de patiënten niet met hun beelden kunnen omgaan, zelfs door hen overspoeld kunnen worden.
- Gedurende acute depressieve toestanden is de KiP contra-geïndiceerd, daar de depressie door het spiegelen in de depressieve beelden zou kunnen worden versterkt.

12. Evaluatie en perspectieven van de methode met betrekking tot de theorie en behandelingstechniek

Lange tijd werd primair aan de inhoudelijk verdere ontwikkeling en differentiatie van de methode gewerkt, terwijl de controle met grotere patiëntengroepen te kort kwam. De volgende grotere evaluatiestudies zijn intussen aanwezig:

In een gecontroleerde studie van Wilke (1980) werden 58 colitis ulcerosapatiënten behandeld, 23 met de KiP, de rest met analytisch georiënteerde gesprekstherapie en ontspanningsoefeningen. Bij gelijke klinische uitgangsvondingen waren de Kip-patiënten korter in klinische behandeling (39 dagen versus 50 dagen) en de klinische uitslagen van de

KiP waren in de katamnese na twee jaar met betrekking tot recidief-vrijheid en zwaarte van het recidief iets beter dan bij de controlegroep.

Roth (1990) en zijn medewerkers behandelden 65 vrouwen met psychosomatisch gynaecologische symptomen en seksuele storingen en 26 mannen met seksuele storingen met KiP. Bij 72% van de mannen en 84% van de vrouwen waren bij het beëindigen van de behandeling, de symptomen verdwenen of aanzienlijk verbeterd. Voor 60 patiënten zijn katamnesen van meer dan 2 jaar aanwezig.

Klessmann en Klessmann (1990) hebben 50 anorexiapatiënten ambulant behandeld en na 6 jaar katamnestic onderzocht. Het gemiddelde gewicht bedroeg bij de therapie-aanvang 42,1 kg, bij het einde van de therapie 47,1 kg, bij de katamnestic enquête 53,8 kg.

Op de uitkomst van het procesonderzoek van Stigler en Pokorny (2000) werd er in het hoofdstuk over werkmechanismen al ingegaan.

In de laatste jaren werd het beschikbare repertoire aan motieven bij de KiP en interventietechnieken op hun specifieke effect onderzocht, differentieel diagnostisch geordend en verder ontwikkeld. In het bijzonder werden voor patiënten met middel- en laag structuurniveau behandelingstechnieken ontwikkeld, die rekening houden met de belastbaarheid en die suggesties geven ter bevordering van de hulpbronnen. Voor sommige klachten zijn er intussen specifieke behandelingsconcepten:

- Voor de behandeling van psychosomatische ziektes zoals colitis, Morbus, Crohn, Astma, anorexia, boulimie en hartneurose – in het bijzonder ontwikkelt door Wilke (1990), Klessmann und Klessmann (1988 en 1990) en Sachsse (1997), en Wilke (1987);
- Voor borderline-patiënten: (zie Sachsse en Reddemann (1997), Jollet, Krägeloh und Krippner (1989 en 1997), Krippner (2001)
- Voor angstpatiënten met in achtname van het structurele niveau zie Krippner en Dieter (beide ongepubliceerde verslagen 1995);
- Voor de behandeling van verschillende soorten van depressies zie Dieter (1993);

- Voor de behandeling van dwangneurosen zie Salvisberg (1982), Klessmann(1984) en Friedrich (ongepubliceerd seminar 1997)
- Voor de omgang met oudere patiënten zie Erlanger (1997);
- Voor de omgang met kinderen en jeugdigen zie Leuner, Klessmann en Horn (1990) en Horn (1987);

Deze differentiatie van de techniek zal zeker doorgaan.

Gelijktijdig werd geprobeerd, de plaats van de KiP binnen de moderne *analytische theorie* te bepalen. In het streven naar een consistent theoretische basis werden de uitwerkingen van de verschillende psychoanalytische concepten op de KiP onderzocht, zoals de zelf-psychologie (Leuner 1982), de object-relatietheorie (König 1990), de zelfpsychologie (Pahl 1980, Dieter 2000b), van het concept van de overgangsruidtes door Winnicott (Lippmann 1990, Ullmann 1988), de regressie ten dienste van het Ik door Balint (Leuner 1994). Centraal voor het huidige werk met de KiP zijn ook de aansporingen van het moderne zuigelingsonderzoek (Stern, Lichtenberg, Dornes) en ook de aansporingen uit de systeem- en de oplossings-georiënteerde therapie spelen als aanvulling van de psychodynamische filosoof een rol (Fürstenu 1992, Leuner 1994, Klessmann 1982, Kottje-Birnbacher 1990, 1992, 1997).

Literatuur

Literatuur ad de Methode Symbooldrama

- Erlanger A. (1997): Katathym-imaginative Psychotherapie mit älteren Menschen. Reinhardt, München-Basel
- Hennig H. (1990): Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Thieme, Leipzig
- Kottje-Birnbacher L. (2000): Katathym-imaginative Psychotherapie. In: Reimer C. und Rieger U. Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapien. Springer, Berlin, Heidelberg, New-York , S 151-176

- Rust M. (1996): Katathym-imaginative Psychotherapie. In: Senf W., Broda M. (Hrsg.) Praxis der Psychotherapie. Thieme, Stuttgart, New York. S. 216-220
- Wächter H.M. (1994): Die katathyme Psychotherapie. In: Heigl-Evers A. und J. Ott (Hrsg.): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Vandenhoeck und Ruprecht,
- Wilke E. (1996): Katathym-imaginative Psychotherapie - eine spezielle Form tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. In: Reimer C., Eckert J., Hautzinger M., Wilke E. (Hrsg.) Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen. Springer. Berlin Heidelberg New York, S. 77-123

Verzameling van artikelen in boekvorm

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

In de tekst geciteerde literatuur

- Bahrke U. (1997): Angst und Symbol- Erfahrungen mit der Katathym-imaginativen Psychotherapie. In: Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wilke E. (Hrsg.): Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern, S. 148-155
- Bischof N. (1993): Das Rätsel Ödipus. Piper, München, Taschenbuch 989
- Bölcs E. (1997): Psychotherapeutische Arbeit mit den unbewußten Persönlichkeitsanteilen. Das Unbewußte als Co-Therapeut. In: Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wilke E. (Hrsg.): Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern, 126-132
- Bölcs E. (1989): Das Katathyme Bilderleben als Instrument in der Supervision. In: Bartl G., Pesendorfer F. (Hrsg.) Strukturbildung im therapeutischen Prozeß, Literas, Wien, 265-269
- d' Arcais-Strotmann M. (1997): Der Tagtraum - Tor zu Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. In: Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wilke E. (Hrsg.): Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern 58-65

- Dieter W. (1993): Katathym-imaginative Psychotherapie bei depressiven Störungen, *Imagination* 15, 4, 5-19
- Dieter W. (1995): Das innere Bild von Mann und Frau - geschlechtsspezifische Gegenübertragung von Mann und Frau in der Imagination, *Imagination* 3/1995
- Dieter W. (1996): Lernen durch Erfahrung mit Hilfe von Symbolen. *Imagination* 3/1996, 5-19
- Dieter W. (1999): Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Imaginationen bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten. *Imagination* 3/1999, 72-93
- Dieter W. (2000a): Imagination und Symbolisierung bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten. In: Salvisberg H., Stigler M., Maxeiner V. (Hrsg.) *Erfahrung träumend zur Sprache bringen*. Huber, Bern, 147-168
- Dieter W. (2000b): Zur Bedeutung der Selbstpsychologie für die KiP-Behandlungstechnik. *Imagination* 4/2000, 5-28
- Ebermann T. (1999): Autostop - Fahren Sie mit? Fahren Sie mit! *Imagination* 1/1999, 61-72
- Eibach H. (1997): Neues Wagen von Lebenswegen. Lebensziele und ihre Grenzen. *Imagination* 4/1997, 15-26
- Fürstenau P. (1992): Erweitertes psychoanalytisches Paradigma und Katathymes Bilderleben. In: *Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie*. Pfeiffer, München, 145-153
- Gerber G. (1990): Gruppen-KB mit Kindern und Jugendlichen. In: Leuner H., Horn G., Klessmann E. (1990): *Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen*. Reinhardt, München, Basel, 160-176
- Hennig H. (1999): Zur Dynamik von Wort und Bild im analytischen Prozeß. In: Hennig H., Rosendahl W. (Hrsg.) *Katathym-imaginative Psychotherapie als analytischer Prozeß*. Pabst Science Publishers, Lengerich, 17-42
- Horn G. (1987): *Katathymes Bilderleben mit Kindern*. In: Petzold H., Ramin G. (Hrsg.): *Schulen der Kinderpsychotherapie*. Junfermann, Paderborn
- Horn G. (1990): Selbsterfahrung des Therapeuten durch Regression in das Kindes- und Jugendalter. In: Leuner H., Horn G., Klessmann E.: *Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen*. Reinhardt, München, Basel, 229-252
- Jacobshagen M. (2001): Gefühlen eine Bühne geben durch Katathymes Bilderleben. In: Sulz SKD. Lenz G. (Hrsg.) *Von der Kognition zur Emotion*. CIP-Medien, München, 263-290
- Jollet H., Krägeloh C., Krippner K. (1989): Das KB bei Objektbeziehungsstörungen. In: Bartl G., Pesendorfer F. (Hrsg.) *Strukturbildung im therapeutischen Prozeß*, Literas Universitätsverlag. Wien, S. 99-108
- Jollet H., Krägeloh C., Krippner K. (1997): Der schutzgebende Raum in seiner Bedeutung für Patienten mit Objektbeziehungsstörungen in der KiP - ein praxisorientierter Beitrag. In: Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wilke E. (Hrsg.) *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern, 216-221
- Kanitschar H. (1999): Imagination in der Hypnoseherapie im Vergleich zur KiP. *Imagination* 3/1999, 5-36
- Klessmann E. (1982): Symbolisierung von Beziehungen im Katathymen Bilderleben - frühe Objektbeziehungen und späte(re): Familienbeziehungsstörungen. In: Leuner H., Lang O. (Hrsg.) *Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben. Ergebnisse II*. Huber, Bern, 56-72
- Klessmann E. (1984): *Katathymes Bilderleben und Familientherapie bei einem 16 Jahre alten Zwangsneurotiker*. Vortrag in Göttingen
- Klessmann E. (1987): Psychogene Polyurie - ein anachronistisches Konversionssyndrom? *Psychother. Med. Psychol.* 37, 205-210
- Klessmann E., (1998): Daheim und unterwegs. *Imagination* 3/1998, 5-12
- Klessmann E., Eibach H. (1993): *Wo die Seele wohnt*. Huber, Bern
- Klessmann E., Eibach H. (1996): *Traumpfade. Weg-Erfahrungen in der Imagination*. Huber, Bern
- Klessmann E., Klessmann H. A (1988): *Heiliges Fasten - heillooses Fressen: Die Angst der Magersüchtigen vor dem Mittelmaß*. Huber, Bern.

- Klessmann E., Klessmann H.A. (1990): Ambulante Therapie der Anorexia nervosa unter Anwendung des Katarhymen Bilderlebens. In: Leuner H., Horn G., Klessmann E.: Katarhymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. Reinhardt, München, Basel, 177-189
- König K. (1990): Objektbeziehungstheorie und Katathymes Bilderleben. In: Wilke E., Leuner H. (Hrsg.) Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern, 36-41
- Kottje-Birnbacher L. (1981): Paartherapie mit dem katathymen Bilderleben - eine Falldarstellung, *Familiendynamik* 6, 260-274
- Kottje-Birnbacher L. (1990): Tiefenpsychologische und systemische Gesichtspunkte bei der Behandlung psychosomatisch. Erkrankter mit dem Katathymen Bilderleben. In: Wilke E., Leuner H. (Hrsg.) Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern, 293-301
- Kottje-Birnbacher L. (1992): Strukturierende Faktoren des Katathymen Bilderlebens. *Prax Psychother Psychosom* 37: 164-173
- Kottje-Birnbacher L. (1993): Über den Führungsstil in der Paartherapie mit dem KB. In: Leuner H., Hennig H., Fikentscher E. (Hrsg.) Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis. Schattauer, Stuttgart. 50-56.
- Kottje-Birnbacher L. (1997): Tiefenpsychologisch-systemische Arbeit mit der Katathym-imaginativen Psychotherapie. In: Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wilke E. (Hrsg.) Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern. 45-57
- Kottje-Birnbacher L. (2000): ·Paarbeziehungen und Paartherapie bei Borderline-Persönlichkeiten. In Kernberg O., Dulz B., Sachsse U. (Hrsg.) Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart, 793-802
- Krippner K. (2001): Stabilisierende Faktoren in der Borderline-Behandlung mit KiP. Unveröffentlichtes Manuskript
- Ladenbauer W. (2000): Der andere (Anreil): im KB. *Imagination* 2/2000, 5-33
- Ladenbauer W. (1999): Systematik der Techniken in der Begleitung katathymen Bilder. *Imagination* 1/1999, 73-77
- Lang I. (1998): Durcharbeiten in der Psychoanalyse und in der KiP. *Imagination* 3/1998, 28-35
- Lang O. (1982): Behandlung einer schweren narzißtischen Störung bei hysterischer Persönlichkeitsstruktur - zugleich ein Beitrag zur Eigenart der Übertragung im Katarhymen Bilderleben. In: Leuner H., Lang O. (Hrsg.) Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben Ergebnisse II. Huber, Bern, S. 133-151
- Lang O. (1997): Das Symbol als therapeutisches Agens. *Imagination* 2/1997, 15-25
- Leuner H. (1955): Experimentelles Katathymes Bilderleben als klinisches Verfahren der Psychotherapie. *Z. Psychoth. med. Psychol.* 5: 185-203 und 6: 233-258
- Leuner H. (1955): Symbolkonfrontation, ein nicht interpretierendes Vorgehen in der Psychotherapie. *Schw. Arch. Neurol. Psychiat.* 76: 23-49
- Leuner H. (1957): Symboldrama, ein aktives nicht analysierendes Vorgehen in der Psychotherapie. *Z. Psychoth. med. Psychol.* 7: 221-238
- Leuner H. (1959): Das Landschaftsbild als Metapher dynamischer Strukturen. In Stolze H. (Hrsg): *Arzt im Raum des Erlebens.* München
- Leuner H. (1964): Das assoziative Vorgehen im Symboldrama. *Z. Psychoth. med. Psychol.* 14: 196-211
- Leuner H. (1982): Das Katathyme Bilderleben im Lichte der Ich-Psychologie. In: Leuner H., Lang O. (Hrsg.) Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II. Huber, Bern. 37-55
- Lippmann R. (1990): Übergangsräume und Übergangsobjekte im Katathymen Bilderleben. In: Wilke E., Leuner H. (Hrsg.) Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern, 214-234
- Matjugin I. und Obuchov J. (1997): Die Korrektur des psychosomatischen Zustandes bei Diabetikern mit Hilfe von eidetischen Bildern. In: Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wilke E. (Hrsg.) Imagination in der Psychotherapie. Huber, Bern, 175-181
- Mergenthaler E., Bucci W. (1999): Linking verbal and non-verbal representations: Computer analysis of referential activity. *British J. of Medical Psychology.* 72, 339-354

- Pahl J. (1982): Über einige abgrenzbare Formen der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse während der Arbeit mit dem Katathymen Bilderleben. In: Leuner H., Lang O. (Hrsg.) Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben. Ergebnisse II. Huber, Bern, 73-92
- Rasch G. (1999): Das Über-Ich - „Urheber aller Neurosen?“ *Imagination* 3/1999, 51-71
- Rohde-Dachser, C. (1989): Psychoanalytische Theorien zur Entstehung der frühen Objektbilder und ihre Bedeutung für die unbewußte Erfahrung der Geschlechterdifferenzierung bei Mann und Frau. In: Bartl G., Pesendorfer F. (Hrsg.) Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. Literas Universitätsverlag, Wien, 29-44
- Rosenberg L. (1995): Finden und Erfinden von KB-Motiven. *Katathymen Bilderbote*, 7, 29-34
- Rosenberg L. (1998): Kraftquellen und Ressourcen in der KB-Therapie. *Imagination* 20, 5-36
- Rosner M. (1998): Übertragungs- und Gegenübertragungskonzepte in der KiP, *Imagination* 2/1998, 49-64
- Roth, J.W. (1990): Das KB in der Behandlung von Sexualstörungen und gynäkologisch-psychosomatischen Symptomen. In: Wilke E., Leuner H. (Hrsg.) Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. Huber, Bern, 266-273
- Rust M. (1986): Patientengruppen in der Psychiatrischen Klinik. In: Leuner H., Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wächter M. (Hrsg.) Gruppenimagination. Gruppentherapie mit dem Katathymen Bilderleben. Huber, Bern, 137-142
- Sachsse U. (1989): Psychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben (KB): bei Borderline-Patienten. *Prax. Psychother. Psychosom.* 34: 90-99.
- Sachsse U., Reddemann L. (1997): Katathym-imaginative Psychotherapie in der Behandlung traumatisierter Patientinnen. In: Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wilke E. (Hrsg.): *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern 222-228
- Sachsse U., Wilke E. (1987): Die Anwendung des katathymen Bilderlebens bei psychosomatischen Erkrankungen. Theoretische Überlegungen zu Erfahrungen in der Praxis. *Prax. Psychother. Psychosom.* 32, 46-54
- Salvisberg H. (1982): Therapie von Zwangsneurosen mit dem Katathymen Bilderleben - ein Beitrag zu Kasuistik und Theorie. In: Leuner H., Lang O. (Hrsg.) Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben, Ergebnisse 11. Huber, Bern, 94-111
- Salvisberg H. (2000): Bild - Sinnbild – Sinn. Von den Sinnen zum Sinn oder: Der andere Baum der Erkenntnis. In: Salvisberg H., Stigler M., Maxeiner V. (Hrsg.) *Erfahrung träumend zur Sprache bringen*. Huber, Bern, 31-48
- Schnell M. (1997): Der imaginative Raum - vom Übergangsobjekt zur Objektbeziehung. In: Kottje-Birnbacher L., Sachsse U. und E. Wilke (Hrsg.): *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern, 207-215
- Seithe A. (1989): Erfahrungen mit dem KB-Motiv einer „Guten, freundlichen Gestalt“ In: Bartl G., Pesendorfer F. (Hrsg.) *Strukturbildung im therapeutischen Prozeß*, Literas, Wien. 215-222.
- Seithe A. (1997a): Die Suggestion im Dienste des Ich. *Imagination* 1/1997, 22-28
- Seithe A. (1997b): Die Verwendung von Sprachbildern in der Katathym-imaginativen Psychotherapie. In: Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wilke E. (Hrsg.) *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern, 96-103
- Steiner B. (2001): *Katathym-imaginative Psychotherapie: Die Mittelstufe*. Unveröffentlichtes Skript
- Stern (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Stigler M. (2000): Der körperliche Ausdruck prozeduraler Schemata - ein Werkstattbericht. In: Salvisberg H., Stigler M., Maxeiner V. (Hrsg.) *Erfahrung träumend zur Sprache bringen*. Huber, Bern, 115-123
- Stigler M., Pokorny D. (2000): Vom inneren Erleben über das Bild zum Wort. KiP- Texte im Lichte computergestützter Inhaltsanalyse. In: Salvisberg H., Stigler M., Maxeiner V. (Hrsg.) *Erfahrung träumend zur Sprache bringen*. Huber, Bern, 85-100
- Ullmann H. (1988): Übergangsfunktionen des Katathymen Bilderlebens in der Behandlung psychosomatisch Kranker. *Ärztliche Praxis und Psychotherapie* 10, 3-10

- Ullmann H. (1997): Katathym-imaginative Psychotherapie im Entwurf - Handhabung und Verständnis der initialen Tagtraumübung. In: Kottje-Birnbacher L., Sachsse U., Wilke E. (Hrsg.) *Imagination in der Psychotherapie*. Huber, Bern, 83-95
- Voss-Coxhead D. (1989): Erkennen und Verändern familiärer Strukturen - Erste Ergebnisse mit dem KB in der Familientherapie. In: Bartl G., Pesendorfer F. (Hrsg.) *Strukturbildung im therapeutischen Prozeß*, Literas, Wien, 229-236
- Wächter H.M. (1982): Kurztherapie einer neurotischen Depression mit narzißtischen Persönlichkeitsanteilen. In: Leuner H., Lang O. (Hrsg.): *Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben, Ergebnisse II*. Huber, Bern, S. 112-132
- Wilke E. (1980): Das katathyme Bilderleben bei der konservativen Behandlung der Colitis ulcerosa (eine kontrollierte Studie). In: Leuner H. (Hrsg.): *Katathymes Bilderleben. Ergebnisse in Theorie und Praxis*. Huber, Bern S. 186-208
- Wilke E. (1989): Strukturauflösung und Neustrukturierung in der KB-Therapie der Magersucht. In: Bartl G., Pesendorfer F. (Hrsg.): *Strukturbildung im therapeutischen Prozeß*, Literas, Wien, 237-241
- Wilke E. (1990): Behandlung psychosomatisch Kranker mit dem KB. In: Wilke E., Leuner H. (Hrsg.) *Das Katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin*. Huber, Bern, S. 71-176
- Wilke E. (1993): Katathymes Bilderleben in der psychosomatischen Medizin. In: Leuner H., Hennig H., Fikentscher E. (Hrsg.) *Katathymes Bilderleben in der therapeutischen Praxis*. Schattauer, Stuttgart, 102-110
- Wilke E. (2001): Die Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) in der Behandlung der Bulimia nervosa. *PiD* 2/2001, 195-205
- Zwettler-Otte S. (1999): Suggestive und analytische Elemente der Psychotherapie. *Imagination* 4/1999, 39-69