

Phantasie – eine strukturelle Kompetenz

Phänomene

Phantasie, Imagination, Phantasma und ähnliche Ausdrücke bilden ein begriffliches Cluster und beziehen sich ganz allgemein auf etwas Sinnlich-Imaginäres. In unserem, immer auch zeitlich strukturierten, Erleben erscheint Phantasie in nahezu alle seelisch-emotionalen Lebensäußerungen eingebunden. Auf hochkomplexe Weise organisiert, ist Phantasie beteiligt an Aufmerksamkeit, Identität, Körperlichkeit, Geschlechtlichkeit, an Denk- und Sprachprozessen, am Traumgeschehen, an Selbst- und Fremdbildern, am Rollenverständnis, an Handlungsplänen, an Interaktion und Beziehungsregulation, an Erinnerungen und Visionen für die Zukunft, an unserem jeweiligen Welt- und Menschenbild, usw. In allen Dimensionen unserer Erfahrung erscheint Phantasie – ob spontan auftretend oder evoziert – als ein Phänomen imaginativ-emotionaler Bewegung: Sie taucht auf, zeigt sich in erwarteter oder auch unverhoffter Gestalt und entschwindet wieder; ihre Manifestationen sind im Fluss und mehr oder weniger deutlich zu erkennen. Diese eigentümliche Beweglichkeit hat Phantasie nicht nur mit Träumen, sondern auch mit anderen autonomen psychischen Funktionen gemeinsam.

Stellenwert von Phantasie in der OPD – Phantasie, psychische Ressource (Selbstaspekt), konzeptionell eingebunden in ein duales Schema von (innerer) Selbstreflexivität und (äußerer) Realität

Für die Operationalisierung der Struktur des Selbst wurde in der OPD-2 das Konzept des selbstreflexiven Bezugs zur eigenen Innenwelt herangezogen. Diese reflexive Funktion manifestiert sich als strukturelle Kompetenz u.a. in der „Fähigkeit zur inneren Kommunikation, zum inneren Dialog, wobei die eigene Emotionalität, die eigene Bedürfniswelt, die Phantasiewelt und die Erfahrungen des körperlichen Erlebens von besonderem Gewicht sind“ (Arbeitskreis OPD 2006, S. 117f.). Die „Phantasiewelt“ wird hier also den psychischen Ressourcen zugerechnet; und innerhalb der Dimension „Emotionale Kommunikation nach innen“ (Tab. 4-15) wird der Kompetenz „3.2 Eigene Phantasien entwerfen und nutzen“ ungefähr der gleiche Stellenwert zugewiesen wie „3.1 Eigene Affekte generieren und erleben“. Ferner gilt nach OPD-2: „Alle [...] Selbstaspekte finden ihre Entsprechung in der Beziehung zu den äußeren Objekten“ (S. 118), deshalb sei die strukturelle Kompetenz gleichzeitig objektbezogen. An einem Beispiel für die Fähigkeit zur Objektwahrnehmung wird verdeutlicht, dass darunter „realistische Wahrnehmungen“ (ebd.) verstanden werden. Den Gegenpol zum inneren selbstreflexiven Bezug bildet also die äußere Realität.

Damit steht die OPD in der einschlägigen dualistischen Tradition in Philosophie (seit Plato) und Psychoanalyse (seit Breuer und Freud). Auch weitere psychoanalytische Autoritäten wie Laplanche u. Pontalis (1967) stellen der Imagination die Realität gegenüber. Für diagnostische Zwecke mag ein solches duales Schema brauchbar sein. Ein prozessuales Strukturverständnis, für das ich aufgrund des Prozesscharakters des Erlebens plädiere, ist hiermit jedoch nicht kompatibel.

Bei „Emotionale Fähigkeit: Kommunikation nach innen“ spielen eigene „Phantasien eine wichtige Rolle als Vermittler von emotionalen Zuständen und daran geknüpften Handlungsentwürfen (z.B. auch von kreativen Lösungen)“ (Arbeitskreis OPD 2006, S. 266), insoweit sie in den persönlichen Ressourcen – als Resultat individueller Reifungs- und Entwicklungsschicksale (Rudolf 2002, 13f.; Resch 2002, 126ff.) – vorhanden sind. In der OPD-2

Strukturcheckliste (Arbeitskreis OPD 2006, S. 437) wird genauer dargestellt, wie in der Rubrik „3.2. Phantasien nutzen“ die Spannbreite der Integration abgestuft ist: „Gut integriert“ entspricht inhaltlich dem obigen OPD-Zitat; bei „Mäßig integriert“ gilt die Phantasietätigkeit als deutlich eingeschränkt; bei „Gering integriert“ heißt es: Negative Phantasien werden rasch zu bedrohlicher Gewissheit; und bei „Desintegriert“: Realitätsbeschreibung und subjektive Phantasien verschwimmen ineinander. (Vgl. auch Interviewtools S. 462f.).

Auch hier lässt sich die grundsätzliche Schwierigkeit erkennen, die sich in der Anwendung dieser Kategorienbildung über eine „Phantasiewelt“ ergibt: Kreative, positive, negative, subjektive, der Realität entsprechende oder nicht mit ihr kompatible Phantasien sollen exploriert und diagnostisch ausgewertet werden. Dazu wird noch – bedingt durch die Annahme einer vermittelnden Funktion von Phantasie – zwischen (bewusst erlebten?) emotionalen Zuständen und handlungsantizipierenden sowie Handlungsperspektiven eröffnenden Möglichkeiten der unmittelbaren Realitätsgestaltung differenziert. Soll man hier „negative“ und „subjektive“ Phantasien auch noch als Ressourcen oder schon als individuelle strukturelle Defizite betrachten?

Weitere kritische Anmerkungen zu dieser Einordnung in der OPD

Angesichts solcher Vagheiten erstaunt es, dass diese Thematik in unserem Fachgebiet heute kaum mehr Beachtung findet, obwohl auch die von der OPD angenommene Funktion von Phantasie als Vermittler zwischen emotionalen Zuständen und Handlungsentwürfen bereits breit diskutiert und kritisiert wurde (z.B. Lorenzer 1970 u. 1981). Im übrigen fehlt der bei psychoanalytischen Autoren (von Freud über Kris, Winnicott, Grunberger, Kohut bis Altmeyer) verbreiteten „Formel vom ‚mittleren Bereich‘“ nach wie vor eine klare wissenschaftstheoretische Positionsbestimmung, wie Stein u. Stein (1984, S. 105) schreiben.

Die Schwierigkeit, Phantasie als strukturelle Fähigkeit auszuweisen, hängt auch mit dem grundsätzlichen Aufbau der Strukturachse zusammen, wie Joachim Küchenhoff herausgearbeitet hat: Ihre eher statisch-elementhafte Operationalisierung nach dem „Baukastenprinzip“ (Stichworte aus der OPD: „adaptive Beziehungsgestaltung, Fähigkeit zum Alleinsein, Distanzierungsfähigkeit, [...] und emotionale Kompetenzen“ – Arbeitskreis OPD 2006, S. 73) gebe uns vor, die Struktur aus den Phänomenen zu erschließen, nämlich „von der konkreten Erlebnisgegenwart zur Struktur“ (Küchenhoff 2002, S. 71). Küchenhoff schlägt stattdessen ein für die strukturelle Einordnung von Phantasie besser geeignetes, dialektisch-prozessuales Strukturkonzept vor, bei dem funktionale, sich im Erleben umsetzende Konstellationen beschrieben werden.

Neben diesem systemimmanenten Mangel halte ich es auch für unnötig einschränkend, die „Phantasiewelt“ lediglich in die Dimension der emotionalen Kommunikation einzuordnen. Ich meine, dass Phantasie (und auch Kreativität, an der sie einen entscheidenden Anteil hat) in hochkomplexer Weise mit anderen strukturellen Fähigkeiten verflochten ist. Ein kleiner Schritt in diese Richtung wird in der Rubrik: „3.2 Nutzung von Phantasien über den eigenen Körper“ (Tab. 14-4) getan, die im Entwurf der Körperbild-Liste (Arbeitskreis OPD 2006, S. 486ff.) unter die Fähigkeit zur „Bindung an innere Objekte“ eingeordnet wurde. Dieser Entwurf bewegt sich zwar auch im Rahmen des baukastenförmigen Aufbaus der OPD, es wird aber eine erweiterte Berücksichtigung von Phantasie auch für den Bereich der Bindungskompetenz vorgeschlagen. Bei entwicklungspsychologischer Betrachtung kann man nämlich neben der Fähigkeit zur Bindungsbesetzung auch die Fähigkeit zur Symbolbildung, zur Selbst-Objekt-Differenzierung, zur Mentalisierung, zur Repräsentanz generalisierter Interaktionen (RIGs) und möglicherweise noch weitere Kompetenzen zum breiten Gesamtbild entwickelter Selbst-Reflexivität zählen.

Weiterführende strukturdynamische Ideen

Mein Appell, die Fähigkeit zum Phantasieren – und damit zur kreativen Veränderung – in ein prozessuales Strukturverständnis zu integrieren, erhält Rückenwind aus der klinischen Praxis und einigen behandlungstechnischen Ausführungen, vor allem in der von Gerd Rudolf maßgeblich entwickelten Strukturbezogenen Psychotherapie. Gerade dieses psychodynamische Behandlungsverfahren verlangt nach „Kreativität im Prozess“ (Rudolf 2006², Tab. 6-11, S.135), oder, wie an anderer Stelle betont wird: „*Wünsche, Träume, Phantasien zur Sprache bringen*“ (Rudolf 2010, S.15, im Orig. kursiv). Strukturelle Nachreifung und -entwicklung sollte ja von bislang Ungelebtem, Verschüttetem, Abgewehrtem ausgehen, zumal es subjektiv genauso „neu“ ist wie Unbekanntes. Zu Recht wird auch für Kriseninterventionen empfohlen, Phantasie und Kreativität zu nutzen, indem „bisher *ungenutzte kreative Entwicklungsmöglichkeiten*“ (Rudolf 2008, S. 353, kursiv im Orig.) psychotherapeutisch aktiviert werden, weil in schweren Krisen wichtige strukturelle Regulationsfähigkeiten oft vorübergehend erheblich eingeschränkt oder gar völlig blockiert, und dadurch subjektiv nicht verfügbar sind. Im übrigen dürfte es ohnehin einleuchten, dass bei Kriseninterventionen ein prozessuales Strukturkonzept, in dem sich die Funktionen auf das Erleben beziehen, hilfreich ist, z.B. wenn die betroffene Person vor dem Ereignis, das die Krise angestoßen hat, eigentlich über gut integrierte strukturelle Fähigkeiten verfügte.

Entwicklungspsychologisches zur Phantasie – Anregungen zu einem prozessualen Strukturkonzept

Entwicklungspsychologische Erkenntnisse sprechen von prägenden Einflüssen, z.B. von Phantasien der Eltern über ihren Säugling, die sogar die „Biologie außer Kraft“ (Dornes 2000, S. 24) setzen können, sei es in entwicklungshemmender oder entwicklungsfördernder Weise (S. 22ff. u. Dornes 1993, Kap. 9). Martin Dornes führt überzeugende Beispiele auch anderer Forscher dafür an, dass frühe Interaktionen entgleisen können, wenn sie durch projektive Phantasien der Eltern überformt werden; und er zeigt, dass vage, von elterlicher Seite allenfalls vermutbare Intentionen des Kindes, durch Zuschreibung von Bedeutung Anfänge der Symbolisierungsfähigkeit fördern können, so dass „der Säugling etwas Neues lernt, weil er dem Überschuss an Bedeutung, den die Eltern in sein Verhalten hineininterpretieren, gleichsam nachwächst.“ (2000, S. 25).

Dornes thematisiert auch, ob Säuglinge überhaupt phantasieren können, und spricht es ihnen ab, weil Säuglinge noch nicht fähig seien zur hypothetischen Repräsentation, also zur Imagination von Bildern, die nicht aus der Eigen- und Fremdwahrnehmung oder der Wahrnehmung von Situationen stammen. Er schlägt vor, erst dann vom Phantasieren zu sprechen, wenn über das freie Evozieren hinaus bei Kleinkindern die Fähigkeit auftaucht, „das Evozierte in einer Weise zu verändern, die durch keine bisherige empirische Erfahrung gedeckt ist.“ (Dornes 1997, S. 93). Ich halte die von Dornes aufgestellten Kriterien zur Abgrenzung manifester psychischer Kompetenz gegenüber ihren Vorformen in der Entwicklung für brauchbar, besonders für die Ausarbeitung von Fragen zur strukturellen Exploration imaginativer Ressourcen bei reifer oder unreifer Symbolisierungsfähigkeit – wie von Wilfried Dieter (2010, S. 172ff.) beschrieben – jedoch im Rahmen der Dualität von Imaginativem und Rationalem.

Eine solche Dualität wird auch in einem Gespräch zwischen Heinz v. Foerster u. Ernst v. Glasersfeld über die uralte Frage nach der Differenzierung zwischen der sog. natürlichen Sprache und der symbolischen Interaktion beim Menschen thematisiert. In der Phase des Übergangs von präsymbolischen Ausdrucksformen zur symbolisch-sprachlichen Interaktion während des Spracherwerbs von Kleinkindern würden sich an vorbegrifflichen Stellen der Symbolisierungs-Entwicklung „Platzhalter“ bilden, an denen sich allmählich – im Zuge von interaktiven Erfahrungen mit dem Umfeld – Wörter, Bezeichnungen, Begriffe niederschlagen können. Selbst beim Erwachsenen gebe es noch „gewisse Gegenden des Denkens, wo wir nur Platzhalter haben

[...]. Und diese Platzhalter sind direkt verbunden mit dem, was ich Begriffe nenne. Wobei die Begriffe natürlich immer wandelbar sind.“ (Foerster u. Glasersfeld 1999, S. 210f.). Diese Betrachtungsweise vermittelt anschaulich, wie sich auch unter dem Entwicklungsaspekt Imaginatives und Rationales als ein Spannungsfeld erweist. Aus den Platzhaltern kann dann rational begründbares Wissen werden – bei durchaus wandelbarer Begriffsbildung!

Zur Veranschaulichung: Phantasie – Realität – Rationalität

Beispiel 1) Psychodynamisch-strukturbezogene Arbeit: Phantasie / Realität

Hildegard Horn und Gerd Rudolf beschreiben in ihrem „Fallbeispiel 3“ (Horn u. Rudolf 2002, 281ff.) die Behandlung eines 17-jährigen Mädchens, das unter unerträglichen Ängsten leidet, weil es zwanghaft befürchtet, alpträumhafte Szenen, wie sie z.B. in Horrorvideos zu sehen sind, könnten Realität werden, bzw. ihr tatsächlich widerfahren. Das zu diesem Fall ausführlich beschriebene, die Grundprinzipien der strukturbezogenen Therapie verdeutlichende, behutsame und feinfühliges Vorgehen der Therapeuten steht außer Diskussion. Hier geht es um das Verständnis der für die gelungene Reduktion der Ängste erfolgten Transformation von zu Horrorbildern übersteigerten Phantasien in eine Phantasietätigkeit, mit der man danach in einer Langzeittherapie arbeiten können. Zunächst wurde mit therapeutischer Unterstützung sortiert, was „Fantasie, Traum und Realität ist und welche Affekte mit welchen Situationen verknüpft sind“ (S. 284), wodurch in einer schrittweisen Differenzierung zwischen Innen und Außen ein an der Interpretation äußerer Realität (genauer wäre: der mit anderen geteilten Wirklichkeit) orientierter, Halt gebender Rahmen erarbeitet wurde. Insofern kann auf die Überprüfung der Realität und damit die Unterscheidung zwischen Phantasie und Realität nicht verzichtet werden. Für den nachfolgenden Behandlungsschritt jedoch, der mit dem Explorieren der Ängste beginnt, werden Vorstellungen, Phantasien und interaktive Austauschvorgänge kognitiven Inhalts beschrieben, die seitens der Patientin ihren kreativen Ausdruck z.B. in Zeichnungen fanden. Das, was von der Patientin an Einfällen, Assoziationen, Vorstellungen, Phantasien geäußert wurde, erscheint nun nicht mehr so unrealistisch wie noch zu Beginn der Krisenintervention.

In der Darstellung des Behandlungserfolgs wurde leider nicht diskutiert, inwieweit sich durch die therapeutische Arbeit auch die strukturelle Kompetenz verändert haben könnte. Denn in den geschilderten Äußerungen steckt m.E. auch ein höherer Grad an Rationalität: Die angstüberflutenden, alpträumhaften Bilder waren entschärft, sie wurden „aushaltbar“, und die Patientin – unterstützt durch die Therapeuten – erfuhr und erlebte, dass sie selbst „sortieren und differenzieren konnte“ (ebd.), dass sich also eine wichtige strukturelle Kompetenz verbessert hatte bzw. nun verfügbar war.

Nach meinem Verständnis hat hier nicht etwa irgendeine Realität die Oberhand gewonnen, sondern mit Unterstützung von Phantasie wurden vor allem die kognitiv-rationalen Fähigkeiten (re?)aktiviert (wie möglicherweise auch noch andere psychische Kompetenzen). All dies hatte eine gewisse Beruhigung des Chaos zur Folge und trug dazu bei, dass – mit Küchenhoffs Worten (s.o.) – Blockaden in dem Wechselspiel innerpsychischer Zusammenhänge reduziert oder gar aufgelöst werden konnten.

Beispiel 2) Psychodynamisch-strukturbezogene Arbeit – Annäherung an: Phantasie / Rationalität

Zum Strukturverständnis in der katathym-imaginativen Psychotherapie (KIP):

Auf das therapeutische Arbeiten im KIP wird in der Literatur zur psychodynamischen Therapie leider selten Bezug genommen. Im KIP bilden die Phantasie, der Tagtraum und die Imaginationen gleichsam die Arbeitsgrundlage. Der KIP-Therapeut Wilfried Dieter hat in seinem oben zitierten Aufsatz eine strukturbezogene Differenzierung zwischen neurotischen und strukturell gestörten Patienten vorgenommen und dazu die imaginativen Ressourcen und ihre entwicklungspsychologischen Voraussetzungen bei reifer (neurotischer) und unreifer (strukturell gestörter) Symbolisierungsfähigkeit herausgearbeitet. Zwei Fallvignetten:

„Beide Patientinnen zeigten zu Beginn eine ganz ähnliche (depressive) Symptomatik:

Die erste war zu Behandlungsbeginn Ende dreißig, berufstätige Mutter von zwei Kindern. Sie kam wegen einer chronischen depressiven Verstimmung, verbunden mit häufigen Suizidgedanken, wegen multiplen Schmerzen ohne wesentlichen organischen Befund und Ängsten um den Bestand ihrer Ehe wegen dauerhafter sexueller Unlustgefühle. Ich habe die Schwere der Erkrankung zunächst unterschätzt. Die Patientin hatte nämlich über längere Zeit die traumatischen Erfahrungen in der Kindheit aus Scham verschwiegen (geprügeltes Mädchen, alkoholkranker Vater, völlig unvorhersehbare Reaktionen der chaotischen und zynischen Mutter). Die dumpfe Wut, die ich mehr unterschwellig hinter oder neben den depressiven Klagen bereits in den Vorgesprächen wahrnahm, und vor allem ein Gegenübertragungsgefühl, wie „geprügelt“ zu sein nach dem Anhören der Beschwerden und der Geschichte der Patientin, hätten mich auf die richtige Spur bringen können. So aber bot ich bereits in einer ganz frühen Phase der Therapie KIP-Standardmotive zur Imagination an (*Blume, Wiese, Bach*). Die Imaginationen liefen alle drei nach dem gleichen Muster ab:

Die Patientin erlebte sich z.B. auf einer *Wiese* oder an einem *Bach* aus der Kindheit, die Umgebung war bekannt, aber gefühlsmäßig merkwürdig fremd. Sie begegnete auch Menschen aus der Kindheit, den Eltern, den Geschwistern. Und ganz plötzlich kippte das Bild um 90 Grad, vor ihr tat sich eine unüberwindliche Wand auf. Gleichzeitig wurde sie von schrecklicher Angst erfasst, aus dem Bild herauszufallen, irgendwohin, vielleicht ins unendliche Weltall. Keine Intervention half zunächst, weder der Vorschlag, sich das Geschehen einmal in ‚extremer Zeitlupe‘ zu betrachten noch der Hinweis auf die verbliebene Ich-Funktion der verschiedenen Wahrnehmungsmodalitäten. Ich konnte der Patientin in allen drei Imaginationen nur dadurch helfen, daß ich sie aufforderte, aus dem Bild herauszutreten und sich *von außen zu betrachten*, wie sie rutschte, fiel u.ä. Erst jetzt konnte sie die Angst aushalten und konnte sich mit meiner Unterstützung überlegen, was das stürzende Kind brauchen könnte, wie es ihm wohl ginge und ähnliches mehr.

Die zweite Patientin war zu Behandlungsbeginn ebenfalls Ende dreißig, hatte zwei beinahe erwachsene Kinder, lebte in einer unbefriedigenden Ehe und litt unter schweren depressiven Zuständen. Ich hatte zunächst sogar überlegt, ob ich sie in eine Klinik einweisen sollte. Nachdem ich in den Vorgesprächen einen guten Kontakt zu ihr spüren konnte und mich in meinen Phantasien durch den Kontakt mit ihr beinahe belebt fühlte, was ich als Gegenübertragungsgefühl wahrnahm, aber eigentlich nicht verstand, entschloß ich mich, mit Imaginationen mit ihr zu arbeiten.

Bei der *Blumen*-Imagination nahm sie zunächst einen vertrockneten Wiesenstrauß in einer Vase ohne Wasser wahr. Auf die Frage nach der Umgebung beschrieb sie einen stabilen Holztisch, auf dem die Blumenvase stand, und teilte dann mit, daß die ganze Szene in ein altes Engadiner Bauernhaus mit sehr dicken Mauern und kleinen, in den Wänden zurückgesetzten Fenstern gehörte. Als ich sie bat, Kontakt zu den Blumen aufzunehmen, begann sie zu weinen und wirkte tief betroffen. Ich sagte nur: ‚Die Blumen haben lange kein Wasser erhalten ...‘ Die Patientin verstand die Szene sowohl auf der symbolischen imaginativen Ebene wie auch auf der Übertragungsebene und holte Wasser, das von den Blumen ‚gierig‘, wie sie sagte, aufgesogen wurde. Tief bewegt verließ sie das Engadiner Haus, das sie intuitiv als ein Symbol ihres eigenen Selbst erkannt hatte, zwar sehr beständig, aber auch ‚zu‘. Daß die vertrockneten Blumen ihre depressive Verfassung und ihre gefährdete Lebendigkeit ausdrückten, konnte sie ebenfalls spüren. Ich glaube, der Unterschied der beiden Patientinnen in bezug auf ihre Ressourcen und ihre Symbolisierungsfähigkeit ist augenfällig.“

Die therapeutische Einordnung von W. Dieter (*kursiv hervorgehoben* von mir):

„Die erste Patientin konnte das Erleben: ‚Ich kann mich nicht halten, und ich werde von niemandem gehalten‘

nicht symbolisch darstellen. Ihre Bilder waren in der Diktion von Segal (1996) ‚symbolische Gleichsetzungen‘, keine ‚symbolischen Repräsentationen‘. Sie fühlte sich nicht gehalten, also fiel sie, ganz real. Sie stürzte aus dem Bild heraus. Charakteristisch ist dabei das Auftreten von Angst, in diesem Fall von Vernichtungsangst, wie es der paranoid-schizoiden Position entspricht. Die Patientin funktionierte zu diesem Zeitpunkt auf Borderline-Niveau und verfügte nicht sicher über einen Möglichkeitsraum (Ogden, 1997), der ihr hätte helfen können, ‚mit der Realität zu spielen‘ (Fonagy und Target 2001). *Um reifes symbolisches Erleben zu entwickeln, hätte sie eine beobachtende dritte Position einnehmen müssen, was sie aufgrund der ungelösten frühen Individuationskonflikte nicht konnte.* In der therapeutischen Beziehung mußte ich mich zunächst einmal empathisch in sie *einfühlen*, mehr noch, ich mußte im Gegenübertragungserleben *miterleben*, was es heißt, sich nicht mehr halten zu können. Andererseits konnte ich mich aber auch davon *distanzieren*, konnte die beobachtende dritte Position einnehmen und ihr anbieten, das Gleiche zu tun, sich also *mit mir zu identifizieren*. Die Fähigkeit des Therapeuten, in emotional ‚mitreissenden‘ Situationen dennoch immer auf das beobachtende Ich zurückgreifen zu können, können ich-strukturell gestörte Patienten, wenn die Therapie gut läuft, irgendwann verinnerlichen und darüber auch unabhängig von der Anwesenheit des Therapeuten verfügen.

Die zweite Patientin war in ihrer Ich-Struktur weniger gestört. Im Gegensatz zur ersten Patientin, deren Erleben von frühen sadistischen Introjekten geprägt war, litt sie unter der Herrschaft eines verbotenden lustfeindlichen Über-Ichs. Dieses Über-Ich hatte sie, bildlich ausgedrückt, vom ‚Wasser des Lebens‘, der Libido, abgeschnitten. Aber diese Ressourcen gab es dennoch weiterhin. Sie mußten nur wieder zugänglich gemacht werden. In der Imagination zeigte es sich dann, daß die Patientin einen viel direkteren Zugang zu ihren Ressourcen hatte, als aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes zunächst anzunehmen war, und zwar sowohl auf der Bildebene als auch auf der Übertragungsebene (Rosenberg, 1998, Ermann, 1998a). Auch in diesem Fall gab die Gegenübertragung am Beginn der Behandlung schon wichtige Hinweise (es würde um die Wiedergewinnung von ‚Lebendigkeit‘ gehen). Diese Patientin kann das angebotene KIP-Motiv ganz unmittelbar zum ‚Auftanken‘ nutzen. Sie selbst tankt auf, indem sie die Blumen auftanken läßt. Die Blume wird also zu einem reifen Symbol im Sinne der ‚symbolischen Repräsentation‘ und verknüpft Inneres und Äußeres. Die Grundlage dafür ist der potentielle Raum, der ihr wohl sicherer zur Verfügung steht als der ersten Patientin. Sie kann sich in diesem Möglichkeitsraum einerseits vom symbolgetragenen Erleben erfassen lassen, sie kann sich aber andererseits auch jederzeit auf die Position des beobachtenden Ich, auf eine dritte Position, stellen. *So verschlüsselt und entschlüsselt sie das imaginative Geschehen gleichzeitig.* Dieser simultane Verhüllungs-Enthüllungs-Prozess gilt bei der Arbeit mit Träumen neurotischer Patienten als ein entscheidendes Kriterium reifer Traumarbeit, das auf eine gute Symbolisierungsfähigkeit hinweist.“

Zusammenfassende Beurteilung: Als zentrale Ursache der bei strukturellen Störungen vorherrschenden Abwehr durch Spaltung wird hier ein Defizit bei der Symbolisierungsfähigkeit gesehen, und – auf der Konfliktebene – ungelöste frühe Individuationskonflikte, also Entwicklungsstörungen und ihre Kompensationen. Diese enthalten neben den „in vieler Hinsicht ‚unreife(n)‘ Symbole(n) [...] äußerst wertvolle Schöpfungen des Patienten“, im Sinne von „Kraftquellen“ (S.187 – im Orig. kursiv), aus denen heraus sich eine strukturelle Weiterentwicklung speisen kann. Der hier vorgeschlagene Behandlungsansatz berücksichtigt nicht nur den status quo des strukturellen Funktionierens (z.B. auftretende Entsymbolisierungen), sondern auch das stets anzunehmende Potential für Entwicklung – hier als imaginative Ressource verstanden. Die therapeutische Haltung, die im Bericht über diese Arbeit an der strukturellen Kompetenz mitschwingt (deutlich besonders in den Hinweisen zum Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung), scheint nicht weit entfernt von der Ideallinie, die Küchenhoff mit Blick auf die Dynamik „strukturelle[r] Verfasstheit des Erlebens“ vorschlägt, nämlich „strukturelle Prozesse als solche zu ermöglichen, und dies heißt, die Blockaden in dem Wechselspiel innerpsychischer Zusammenhänge aufzulösen“ (Küchenhoff 2002, S. 78).

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Dieter, W. (2010): *Der unterschiedliche therapeutische Umgang mit Imaginationen bei neurotischen und strukturell gestörten Patienten*. In: Kottje-Birnbacher, Sachsse, Wilke (Hrsg.): *Psychotherapie mit Imaginationen*, S.172 ff., Bern: Huber.
- Dornes, M. (1993): *Der kompetente Säugling*. Frankfurt/M. Fischer (TB11263).
- (1997): *Die frühe Kindheit*. Frankfurt/M. Fischer (TB13548).
- (2000): *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt/M. Fischer (TB14715).
- Ermann, M. (1998a): *Ressourcen in der Übertragung*. Vortrag im Rahmen der 48. Lindauer Psychotherapie-Wochen 1998.
- Foerster, H. v., u. Glasersfeld, E. v. (1999): *Wie wir uns erfinden. Eine Autobiographie des radikalen Konstruktivismus*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Fonagy, P. u. Target, M. (2001): *Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten*. *Psyche – ZPsychoanaly* 55 (S. 961-995).
- Horn, H., Rudolf, G. (2002): *Strukturelle Störungen und strukturbezogene Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen*. In: Rudolf, Grande, Henningsen (Hrsg.): *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 272-289). Stuttgart: Schattauer.
- Küchenhoff, J. (2002): *In Strukturen denken. Strukturkonzepte in Philosophie, Psychiatrie und Psychoanalyse und ihre praktischen Auswirkungen*. In: Rudolf, Grande, Henningsen (Hrsg.): *Die Struktur der Persönlichkeit* (S. 68-80). Stuttgart: Schattauer.
- Laplanche J. – u. Pontalis J.-B. (1967): *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1972.
- Lorenzer, A. (1970): *Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs*. Frankfurt/M.: ed. Suhrkamp.
- (1981): *Was ist eine „unbewusste Phantasie“?* In: Schöpf, A. (Hg.): *Phantasie als anthropologisches Problem*. Würzburg: Königshausen u. Neumann.
- Ogden, Th. (1997): *Über den potentiellen Raum*. *Forum Psychoanal* 13: 1–18.
- Resch, F. (2002): *Struktur und Strukturveränderungen im Kindes- und Jugendalter*. In: Rudolf, Grande & Henningsen (Hrsg.): *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 2-48). Stuttgart: Schattauer.
- Rosenberg, L. (1998): *Kraftquellen und Ressourcen in der KB-Therapie*. *Imagination*, Heft 2, 1998.
- Rudolf, G. (2002): *Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit*. In: Rudolf, Grande & Henningsen (Hrsg.): *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 116-131). Stuttgart: Schattauer.
- (2006²): *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- (2008): *Psychotherapeutische Krisenintervention*. In: Rudolf, Henningsen (Hrsg.): *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Thieme (2008⁶)
- (2010): *Psychodynamische Psychotherapie: Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Segal, H. (1996): *Traum, Phantasie und Kunst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stein, A., u. Stein, H. (1984): *Kreativität. Psychoanalytische und philosophische Aspekte*. München: Berchmans.