

# Fantasie en Imaginatie

## Bijdrage aan een theorie over de imaginatie

Wilfried Dieter

Verschenen in : Imagination 1/2015, p. 50 -73)  
vertaling : Door van der Wiel

### Het probleem en de context

Wetenschappelijke literatuur over de "fantasie" is rijkelijk voorhanden. Daarmee vergeleken is die over de "imaginatie" pover. Desondanks valt niet te negeren, dat met de ontwikkeling van nieuwe psychodynamische concepten het aanzien van de "imaginatie" ook sterk is toegenomen. Hoe meer echter sprake is van "imaginatie" hoe minder helder de afgrenzing ten opzichte van "fantasie" wordt (Britton 2002). Een belangrijke bijdrage aan een "theorie van de imaginatie" zou daarom allereerst een omvattende begripsverheldering kunnen zijn, en ten tweede de ontwikkeling van een idee over hoe zich fantasieën en imaginaties van elkaar onderscheiden, alsook hoe een dynamische relatie tussen de twee begrippenparen er uit zou kunnen zien. Ik wil mijn gedachten daarover met twee klinische concepten verbinden, namelijk met het idee van "rijping" of "ontwikkeling" van fantasieën en imaginaties en met het model van het "veranderingsobject" (Bollas 1987).

Uit de overvloed aan begripsdefinities en functieomschrijvingen over de "fantasie" noem ik er slechts een paar, die ik als de belangrijkste beschouw (Bion 1962, Britton 2002), en wel die, waarbij fantasie als belangrijke factor in de ontwikkeling van het denken wordt gezien. Als alle verlangens direct vervuld zouden worden zou Bion's model: "Geen borst ? – een gedachte" zinloos zijn. Echter, omdat biologische en psychologische factoren een "kunnen wachten" vereisen is er behoefte aan een structuur, die in de loop van de ontwikkeling geïnternaliseerd wordt, de fantasie. "Met behulp van de fantasie kan een verlangen een tijdlang wakker gehouden worden, totdat een bevrediging in de externe realiteit mogelijk wordt. Lukt dat niet dan komt het tot een motorische driftontlading. De fantasie vervult in het psychisch leven een aantal functies, die het denken later overneemt. Denken kan worden opgevat als een modificatie van onbewuste fantasieën". (Bürgin 2002, S.565). Op overige betekenissen en vooral op de "transformaties" (Bion, 1963) van fantasieën naar de creatieve activiteit van het vormgeven van een imaginatie ga ik verderop nog dieper in.

"Imaginatie", *voorstelling*, komt van het Latijnse "imago" (*Beeld*). Daarmee wordt het algemeen menselijke vermogen bedoeld, zich voorstellingen te maken van de externe en interne wereld. Dergelijke voorstellingen zijn in de regel als plaatje afgebeeld en worden "gezien", maar omvatten ook alle andere zintuigen (horen, ruiken, proeven, voelen). Ook beweging behoort tot de imaginatie. Veel imaginatieve scenario's bestaan uit film-achtig beleefde bewegingen. Daarbij kan ofwel het imaginerende Zelf in beweging zijn (lopen, vliegen o.a.) ofwel dit Zelf observeert de beweging van objecten, of beiden.

Imaginaties nemen, vergelijkbaar met dromen, een grenspositie in tussen "binnen" en "buiten". Echter: structureel ernstig gestoorde patiënten kunnen als gevolg van regressieve processen bij het "uitbeelden" vaak *geen onderscheid maken tussen "binnen" en "buiten"*. Dit feit maakt behandelingstechnische aanpassingen nodig, die intussen (W. Dieter 2006, 2012) als "impliciete KIP- behandelingstechniek" onderdeel zijn gaan uitmaken van het behandelingstechnische discours binnen de KIP.

Niettemin geldt overigens: iemand die imagineert "weet" enerzijds dat het bij de beleving

van een imaginatie gaat om de intrapsychische *schepping* van een "voorstelling" in de zin van een creatieve handeling. Anderzijds worden imaginaties vaak beleefd als een "film", die aan het innerlijk oog voorbij trekt. In dergelijke gevallen is er sprake van een aanzienlijke *externalisering*, die een afweerfunctie vervult en een zekere distantie ten opzichte van de emotionele beleving van het voorgestelde zal teweeg brengen.

Imaginaties zijn plastisch weergegeven representaties van primairproces denken (Salvisberg 1993, 1997). De wetmatigheden van dat denken werden door Sigmund Freud (1900) uitgewerkt in zijn "Droomduiding". In detail beschreef hij de beeldende representatie van denk inhouden, de tijdeloosheid van het "droomleven", het ontbreken van causale samenhang, verschuiving, verdichting, overdekking door het tegendeel, ontkenning en nog enkele andere mechanismen. Voor het begrijpen van imaginatie is de symbolisering of *symbolische representatie* het belangrijkste. Freud stelde zich de "symboolvorming" voor als een soort afweermechanisme, dat onderdeel van de droomarbeid zou zijn. Via symbolen konden de latente droomgedachten in verholde, vervreemde vorm op het niveau van de manifeste droom tot uitdrukking komen.

Freud had geen al te beste dunk van de imaginatie. Het zou een "vlucht uit de realiteit" faciliteren en bijna altijd een weerstandskarakter hebben in het psychoanalytisch proces. In de tijd, waarin de psychoanalyse nog als wetenschappelijke methode gevestigd moest worden, was Freuds stellingname begrijpelijk. Maar met de huidige inzichten kan inhoudelijk ondubbelzinnig gezegd worden, dat Freud hier de imaginatie verwisselt met "dagdromerij". In de hedendaagse literatuur over het thema "imaginatie" uit zich vooral Britton (2002). Als gevolg van de devaluatie door Freud, leidde de imaginatie een schaduwbestaan in het wetenschappelijk discours van de psychoanalyse. Want in de psychoanalyse geldt de behandelingstechniek van de "vrije associatie" als "gouden standaard", een utopisch grandioos doel. Terwijl de vrije associatie maar zelden werd bereikt en vervolgens des te meer werd geïdealiseerd, verdween de imaginatie als element van dieptepsychologische behandelingen nagenoeg helemaal. De hoofdreden ligt in de onvolledige verheldering van de diverse "fantasie" concepten. Ik wil in mijn werk laten zien, dat heel veel van wat we onnadenkend als fantasie aanduiden, eigenlijk een imaginatie is en dat een onderscheid tussen beide begrippen behandelingstechnische implicaties van grote omvang met zich meebrengt.

## **Fantasie en imaginatie – hun betekenis voor de symboolvorming**

In de vroegkinderlijke ontwikkeling moeten fantasieën, die op basis van hersenmorfologie en neurofysiologie de "grondstof" van het psychische vormen, een transformatie (Bion 1963) doorlopen om tot "imaginatie" te worden. Een dergelijke transformatie (of metamorfose) vooronderstelt het creëren en benutten van een "veranderingsobject" (Bollas 1987) in het kader van een bestaande objectrelatie. De baby moet door het veranderingsobject "gezien" worden, want een taal staat hem nog lang niet ter beschikking. Zo leert een "good enough mother" de innerlijke objectwereld, alsook de psychische, en lichamelijke behoeften van haar kind kennen en elimineert ze verstoringen op dusdanige wijze, dat het kind de ervaring met de goede moeder als volkomen vanzelfsprekend kan verinnerlijken. In de plaats van de onbewuste fantasieën, die tot nu toe onder invloed van hoge driftspanning als overweldigend en potentieel vernietigend werden ervaren (zoals bijvoorbeeld "bijtende honger"), kunnen nu "goede", diffuus gekleurde stemmingen komen. "Warmte, ritme en constantie" worden ervaarbaar en als een soort stemming geïnternaliseerd. Wanneer het kind telkens opnieuw ervaart, dat de moeder het als "denkend wezen" beleeft, is er een symbool ontstaan. "(het)Goed(e)" kan op deze manier behouden blijven en ergens in de nog heel vroege ontwikkeling in beelden worden omgezet. Daarmee is het

symbool dan een aanschouwelijk symbool geworden, dat de matrix vormt voor het ontstaan van een "beeldtaal van het onbewuste".

Stettler (2004) beschrijft in een klinisch vignet de volgende situatie. Een patiënte, die in het kader van een KIP wordt gevraagd, zich een wei voor te stellen, raakt al tijdens de inleidende ontspanning angstig en zegt: "Het is helemaal zwart". De therapeut antwoordt: "Misschien is het nacht". De patiënte kan zich meteen zichtbaar ontspannen, wacht even zwigend af en imagineert dan een wei. Hypnosetherapeutisch beschouwd wordt hier de techniek van "reframing" ingezet, terwijl dieptepsychologisch gezien een stabilisering van het Zelf wordt bereikt. Wat hier angst reducerend werkt, is de beleving van een intacte Zelf-Zelfobject relatie (Bacal en Newman 1994) tegen de achtergrond van regelmatig herhaalde "holding"-ervaringen. Terwijl de patiënte zich aanvankelijk in de "equivalente modus" bevindt, biedt de therapeut haar een stap in de richting van de "alsof modus" (Fonagy e.a. 2004). Het voorbeeld laat zien, dat symbolisering en mentalisering eenzelfde toedracht beschrijven, zij het vanuit een verschillend begripkader.

Het resultaat van het transformatieproces (Bèta-elementen worden onder invloed van de Alfa-functie van de moeder tot Alfa-elementen) is zodoende een eerste, nog heel rudimentaire symbolisering. De tot stand gekomen Alfa-elementen kunnen, in tegenstelling tot de Bèta-elementen voor het denken, fantaseren en dromen worden aangewend (Bion 1962, 1963). Dromen zijn neurowetenschappelijk en psychoanalytisch uitstekend onderzocht. Het belang van dromen in het therapeutisch proces is onder psychoanalytisch georiënteerde therapeuten onomstreden. In de praktijk heeft de "droomduiding" zich sinds Freud (1900) als gevolg van intensieve discoursen evenwel sterk gedifferentieerd (Ermann 2005). De Katathym Imaginatieve Therapie (KIP) heeft aan het psychodynamisch georiënteerde droomonderzoek veel inzichten te danken, die deels direct, deels gewijzigd, bij het begrijpen van imaginatieve processen kunnen worden benut. In het bijzonder te noemen zijn de kennis over *de betekenis van de overdracht voor de procesmatige activering*, de contextanalogie, het Zustands-Wechsel-Modell en *de impliciete en expliciete geheugenopslag*.

## Fantasia en imaginatie – een begripsbepaling

Voor al aan Donald W. Winnicott danken wij fundamentele concepten (1971), zonder welke een "theorie van de imaginatie" onvoorstelbaar zou zijn. Meest belangrijk in deze context is zijn idee over het ontstaan van een "*psychische binnenruimte*". De ontwikkeling van het symboliseringsvermogen is zonder de realisering van overgangsobjecten en overgangsruimten niet voorstelbaar. Het overgangsobject is het eerste, door het kind gecreëerde, symbool, dat echter niet als symbool wordt gebruikt. Belangrijker in deze fase van de kinderlijke ontwikkeling is de differentiëring ("overgang") tussen het vroege "*subjectieve object*" en het latere "*objectieve object*". Een deel van het subjectieve object blijft levenslang als "illusie" behouden en krijgt een belangrijke functie in kunst, cultuur en religie. De illusie blijft tijdelijk identiek aan de kinderlijke grootheidsfantasieën, die later in het aanzicht van het realiteitsbesef grotendeels weer moeten worden "opgegeven". Echter in de vroege (kinder)tijd, waarvan hier sprake is, helpen illusies samen met geleidelijk gerijpte *beeld- en taalsymbolen* de baby respectievelijk de peuter, de onbetwistbare separatie van de moeder te verdragen.

Hoe onderscheiden zich nu "fantasia" en "imaginatie"? Is niet elke fantasia eigenlijk een imaginatie? Als we "fantaseren" als een soort "denken" begrijpen, ligt dan niet aan elk denken een imaginatie, een aanschouwelijke voorstelling ten grondslag, omdat we helemaal niet "beeldvrij" kunnen denken? En hoe is de taal, die rechtstreeks het denken weerspiegelt, er door beïnvloed?

De Franse filosoof Gaston Bachelard (1957, S. 23) levert voor dit probleem een elegante

oplossingsroute. Hij beschrijft hoe de “poëtische” taal op een volledig ontwikkeld voorstellings- en inbeeldingsvermogen berust, waaraan het een niet-poëtische denker en een niet-poëtische taal ontbreekt. Het niet-poëtische denken en spreken schaaft hij onder de fantasie, het poëtische daarentegen onder de imaginatie, die naar zijn mening in het filosofisch discours veel te kort komt. Zelfs een filosoof als Henri Bergson (1926), die met zijn “Spelen van de fantasie” de veelzijdigheid van de fantasie laat zien “verbreedt de taal niet” (Bachelard 1957, S. 24). Precies door deze “Verbreiding van de taal” onderscheidt de imaginatie zich van de fantasie.

“Verbreiding van de taal” is in de filosofie een dichtertelijke uitdrukking voor het vermogen om “rijpe symbolen” te ontwikkelen en de zich ontwikkelende taal te verrijken door het toepassen van metaforen en taalsymbolen (Seithe-Blümer 2011). *Ik zal hieronder laten zien, dat een “Verbreiding van de taal” alleen in het kader van een (vroeg) objectrelatie denkbaar is.* Het object, dat voor de metamorfose van “fantasie” naar “imaginatie” onontbeerlijk is, komt in veel aspecten overeen met het “veranderingsobject” van Bollas (1987). In het psychoanalytisch discours over de samenhang tussen “expliciete” en “impliciete” behandelingstechniek komen op deze plek een hele reeks belangrijke concepten samen: Winnicott's (1971) “transitionele ruimte” als belangrijkste vroege structuurvorming, de mentalisering, die zich fasegewijs opbouwt en de weg naar “spel met de realiteit” mogelijk maakt, Bion's “transformaties” (1962,1963) van Bèta-elementen en het daaruit voortkomende denkvermogen, of Balint's “basisstoornis” (1970) met het idee van een “regressief taalverlies”.

De fantasie is bouwsteen en inhoud van de innerlijke realiteit van de mens. Ze kan bewust, voorbewust of onbewust zijn. Ook wanneer ze in de vorm van “dagdromerijen” een bepaalde psychische ontspanning te weeg brengt, heeft ze in principe toch geen communicatieve functie. Van zoiets is pas sprake bij de imaginatie, die zich vanuit de fantasie ontwikkelt, als er een ondersteunend contact, met een voor verandering beschikbaar object plaatsvindt, of heeft plaats gevonden .

Na wat hiervoor gezegd is, dienen zich de volgende definities aan. Allereerst de fantasie. Een fantasie kan bewust of onbewust zijn. Op zichzelf is zij geen betekenisdrager. Maar omdat ze met heftige affecten verbonden kan zijn, beleeft de fantaserende mens zich vaak “uitgeleverd” (bijv. in dromen). De fantasie past binnen een dyadische context en is in principe niet te onderscheiden van een “onrijpe” of “laag gestructureerde” imaginatie, die eveneens tot de dyadische context van de vroegste ontwikkeling behoort (J. Dieter 2007).

Pas als er sprake is van een ontwikkeling in de richting van een triadische of triangulaire context, kan psychisch beleven geleidelijk tot “symbolisch beleven” worden. Symbolisch betekent: een interne uit “beelden” bestaande wereld kan in een formeel regressieve toestand (“primairproces denken”) worden opgeroepen en treedt met bewuste of onbewuste imaginaties van de therapeut in contact. De ontstane verbinding is een triadische (patiënt – therapeut – imaginatie). Ze kan met anderen gedeeld worden. Zo wordt de rijpe imaginatie uiteindelijk een “helpende” imaginatie.

Een “symbolische” communicatieve functie in de zin van een permanent aanwezige verbinding tussen de interne en externe realiteit vooronderstelt een intermediaire ruimte (Winnicott 1971), die zowel scheidt als verbindt. In een dergelijke overgangsrimte kan een fantasie imaginatie worden en daarmee draagster van betekenisvolle voorstellingen met de daarbij behorende affecten. De intermediaire ruimte is een “potentiële ruimte”, die voor “spelen” gebruikt kan worden. De imaginatie brengt dan door de “Verbreiding van de taal” nieuwe aspecten in het spel, die tot dan toe niet gedacht of gedaan werden, die echter wel “bekend” zijn, atmosferisch vertrouwd, maar nog niet gerepresenteerd.

Vanuit een heel andere wetenschappelijke achtergrond komt het mentaliseringsonderzoek (Allen et al. 2011) tot sterk overeenkomstige inzichten en formuleringen. Fonagy en Target (2002)

spreken van “playing with reality”. Het vermogen daartoe moet het kind zich door de jaren heen eigen maken, net zoals de overgangsruijme slechts geleidelijk tot “potentiële ruijme” (Winnicott 1971) wordt, en het vermogen om te “fantaseren” zich in kleine stappen uitbreidt tot het vermogen te “imagineren”. *De fantasie is een fenomeen van de dyadische relatie wereld, omdat een intermediaire ruijme, die het gescheiden zijn inbrengt, nog niet bestaat.* De imaginatie daarentegen behoort tot de triadische ervaring, net als de intermediaire ruijme, die enerzijds door de imaginatie wordt geconstitueerd, en anderzijds de imaginatie pas mogelijk maakt.

## **Verschillende invalshoeken om naar imaginaties te kijken**

Wat maakt een imaginatie tot een psychotherapeutisch nuttig en behulpzaam fenomeen? J. Dieter (2014) laat aan de hand van drie prototypische imaginaties zien, dat een jong kind het imagineren slechts kan aanleren, als het toereikende mogelijkheden tot het aangaan van objectrelaties (Winnicott 1971) heeft. Nieuw aan deze aanpak is vooral het nauwkeurige onderzoek van de “rijpheidsgraad” van de imaginatie. De auteur (J. Dieter 2014) beschrijft consequent elke plastisch weergegeven voorstelling als “imaginatie”, ook als de “Symbolisering” als gevolg van ontwikkelingsstoornissen of traumata maar gebrekkig slaagt en naar Bachelard's (1957) zeggen zouden voldoen aan de criteria van een fantasie met afweerkarakter. Zij (J. Dieter) voldoet evenwel aan de klinische realiteit, doordat zij van “hoger gestructureerde” en “lager gestructureerde” imaginaties spreekt. De gestoorde symboolhantering valt vaak pas voor het eerst op in het kader van een tegenoverdrachtsreflectie (bijv. gevoel van leegte, vermoedheid, irritatie).

Uitgaand van de principiële gedachte, *dat het vermogen tot imagineren moet rijpen* (J. Dieter 2007, 2014), zal ik het fenomeen “imaginatie” vanuit verschillende perspectieven beschrijven en vervolgens in een soort synthese proberen om een psychodynamische onderbouwing van de therapeutische *werkzaamheid van imaginaties* te leveren. Het betreft de volgende invalshoeken:

1. fenomenologisch
2. neurowetenschappelijk
3. psychologisch
4. psychotherapeutisch

### **Fenomenologisch perspectief**

Fenomenologisch gezien zijn imaginaties innerlijke voorstellingen, die spontaan in waaktoestand kunnen optreden, of op therapeutische instructie en begeleiding in een toestand van lichte psychovegetatieve ontspanning. De voorstellingen worden zintuiglijk bewust beleefd en bestaan meestal uit fantasieën die in hoge mate affectief bezet zijn en complex gestructureerd. De met de imaginatie verbonden affect activering leidt vaak tot intensief ervaren (begeleidende) lichamelijke reacties.

In zijn “Poétique de l'espace” pleit Bachelard (1957) ervoor om in het discours over de “imaginatie”, de fenomenologische benadering een wezenlijk groter gewicht te geven. Als een (diepte)hermeneutisch begrip de benadering van een therapeut al te eenzijdig bepaalt, kan hij “klank” en “resonans” (“Anklang” und “Widerhall”) nauwelijks van elkaar onderscheiden en bewerken. Daarmee wordt bedoeld, dat een te snel en te invasief duidende en zoekende therapeut in bepaalde omstandigheden geen “open oor” heeft voor “klank” (overdracht) en “resonans” (tegenoverdracht). Bachelard probeert in zijn poëzie-leer ook dialectische en empirisch wetenschappelijke ingangen te integreren. Fascinerend en voor een “theorie van de imaginatie” buitengewoon constructief, is de door hem naar voren gebrachte analogie van dichtkunst en

imaginatie: in beide gevallen gaat het om de “Verbreiding van de taal”.

Een fenomenologische benadering betekent, behandelingstechnisch gezien, naast het “*Stehenlassen*” zonder naar betekenis te zoeken (“klank”), altijd een sterk accent op de *tegenoverdracht* (“resonans”). De laatste jaren heeft dit gezichtspunt in de context van de praktische therapeutische toepassing van imaginaties (“Katathym Imaginatieve Psychotherapie”) een sterke impuls gekregen. De reden voor deze hernieuwde waardering van de fenomenologische invalshoek ligt in de ontwikkeling van een “impliciete behandelingstechniek” (Ermann 2005, W. Dieter 2006, 2012) en in de uitbreiding van het indicatiespectrum naar ernstige stoornissen met een “regressief taalverlies”.

### **Neurowetenschappelijk perspectief**

Imaginaties hebben hun neurowetenschappelijk correlaat in de verwerking van elektrische impulsen in de hersenschors (cortex), die door bepaalde centra van de midden- en stamhersenen gegenereerd en via neurale banen doorgeleid worden. In essentie worden daarbij de optische hersenschors-centra geactiveerd; het is evenwel een uit veel imaginaties bekend verschijnsel, dat tijdens het imagineren *alle zintuigkwaliteiten worden aangesproken* en dat het regelmatig tot beleven van akoestische, tactiele of olfactorische (reuk) ervaringen komt (omnimodale of ook wel “amodale” waarnemingen). Op neurale niveau komt daarmee een verknoping in de corticale centra overeen, zoals bijvoorbeeld tussen de optische, akoestische en sensibele (n.b. zoals tast temperatuurzin en pijn) centra. Maar ook verknoppingen met de reukhersenen, met de centra van de proprioceptieve waarneming, die het gevoel van onze positie in de ruimte controleren, of met de kleine hersenen met diens evenwicht sturende functie, zijn reeds bekend (Roth 2001). Van bijzonder belang voor de KIP zijn de synapsen tussen de lange banen, die ontwikkelingshistorisch gezien tot de jonge hersenschors behoren, en die centra die evolutionair gezien oudere hersengebieden liggen (middenhersenen) en verantwoordelijk zijn voor *beleving en aansturing van affecten*; Met name de hypothalamus, hippocampus en het limbisch systeem.

Het moet een therapeutisch doel zijn van elk psychotherapeutisch proces om de “sprong van middenhersenen naar hersenschors” mogelijk te maken. Voorwaarde voor een dergelijk proces zijn *positieve relationele ervaringen* en een gedurende voldoende lange periode telkens weer plaatsvindend *talig discours*. Grofweg kan de affectiviteit bij de middenhersenen worden ingedeeld. De sensibiliteit, de motoriek en de cognitie bij de hersenschors (Roth 2001)

### **Psychologisch perspectief**

Psychologisch gezien gaat het bij een imaginatie net als bij een droom om een bijzondere vorm van denken. Daarmee wordt bedoeld het “denken” in de betekenis van Bion (1962), die het denkproces beschreef als mogelijkheid tot verwerking van emotionele ervaringen, en niet in de eerste plaats als een cognitieve gebeurtenis. Dit “denken” kan vanuit drie gezichtspunten worden beschreven.

a. Op een eerste beschouwingsniveau gaat het om een “*formele regressie van het denken*”, namelijk van een talig gecodeerd en realiteitsgeoriënteerd denken in het waak-bewustzijn naar een ver-beeldend denken van metaforische pregnantie en van grote emotionele rijkdom in het imaginatie-bewustzijn of in het droom-bewustzijn. Blijkbaar zijn er nauwe verbanden tussen de *imaginatie* enerzijds en de *onbewuste fantasie* anderzijds (Meltzer 1988, Ermann 2005). Onbewuste fantasieën zijn, net als imaginaties en dromen, geen “zinloze” producten van het onbewuste, maar een uitdrukkingsvorm van een formeel geregredieerd denken, dat op de symbooltaal van het onbewuste is gebaseerd. Stemmingen (“*Selbstzustands-Imaginationen*”, W. Dieter 2012) conflicten,

oplossingswijzen, resources worden in beeldtaal plastisch gepresenteerd. Een dergelijke opvatting van de imaginatie en de droom als "onbewust nadenken over zichzelf" draagt bij aan het begrijpen waarom imaginaties en dromen *prospectieve en probleemoplossende functies* (Jung 1949,1951) tevoorschijn brengen.

b. Imaginaties en dromen openen, net als overdrachtsstemmingen in de psychoanalytische behandeling, *toegangen tot impliciete geheugenlagen*. Het voordeel van de imaginatie is de betere bestuurbaarheid van de regressie-in-dienst-van-het-Ik, die er aan ten grondslag ligt. Impliciete ervaringen en impliciet weten zijn niet talig gecodeerd en niet bewust. In tegenstelling tot expliciete geheugen inhouden, die oproepbaar zijn en in essentie uit afgegrensde episoden en feitelijke kennis bestaan, kunnen ze niet door introspectieve inspanning en zelfreflectie worden gemobiliseerd, maar uitsluitend middels *procesmatige activering*. "Alle inhouden van het impliciete geheugen en daarmee de fundamenteën van grotendeels onbewuste processen kunnen *slechts procesmatig geactiveerd* en gereactiveerd worden, niet middels inhoudelijke thematisering." (Grawe 1998, S 240). Slechts door emotionele beleving in het *heden* van het therapeutisch proces (overdracht, imaginatie) kunnen analoge oude ervaringen en geheugen inhouden, die in het impliciete geheugen zijn opgeslagen, weer bereikt worden en stap voor stap toegankelijk gemaakt. *De emotionele herbeleving in het hier en nu* voltrekt zich dan in eenzelfde "toestand" van het brein, als in de oorspronkelijke traumatische ervaring in het daar en toen.

Op basis van een "Zustands-Wechsel-Modell" van de hersenactiviteit (Koukkou, Leuzinger-Bohleber, Mertens 2001,2003) postuleert het modern psychotherapeutisch onderzoek, dat slechts met behulp van een passende "context", bij wijze van brugfunctie, een procesmatige activering, mogelijk wordt; in de zin van een adaptatie aan nieuwe en oude impliciete geheugen inhouden. Want het impliciete geheugen is een *herkenningsgeheugen*. Het bevat geen spontaan op te roepen herinneringen, maar is onderhevig aan externe uitlokking. Relevante "triggers" en daarmee een geschikte context, zijn bijvoorbeeld: zintuiglijke indrukken, lichaamsgevoel, stemmingen, emoties, relationele ervaringen. De psychoanalytische psychotherapiemethoden bewerkstelligen een dergelijke regressieve (lat. Regredi= terugkeren) context voornamelijk middels de analytische situatie zelf (overdracht-tegenoverdrachtsrelatie, analytische houding van de therapeut). De KIP als psychodynamische methode gebruikt daarenboven imaginaties, om een *gecontroleerde therapeutische regressie* te bevorderen en zo een *kloppende context* tot stand te brengen.

De "context" betekent een onmisbare hulp bij de "sprong van middenhersenen naar hersenschors". Als de aanknopng van de affectbeleving aan de corticale functies lukt, is dat klinisch te zien bijvoorbeeld in een gedifferentieerde *affectwaarneming* en effectievere *affectcontrole* bij patiënten en, daarmee gepaard gaand, in een verbeterde *relatiecompetentie*. De neurobiologie en verfijnde beeldvormingstechnieken hebben aangetoond, dat in zulke gevallen ook op micro-niveau van de fysiologische correlaten veranderingen plaatsvinden (bijvoorbeeld nieuwe neuronen, nieuwe neuronale verbindingen/synapsen).

c. Vanuit een derde gezichtspunt moet de *betekenis van het primair proces* voor de psychotherapie worden onderzocht. Salvisberg (1997) keert zich tegen psychoanalytische opvattingen, die primair proces-denken in de therapeutische situatie uitsluitend als teken van een regressie beschrijven. Ze wijst er op, dat niet alleen het vroegkinderlijke denken de wetten van het primair proces volgt (o.a. verschuiving, verdichting, symboolvorming), maar dat het primair proces zich ook later parallel aan het secundair proces verder ontwikkelt en tot een geïntegreerd onderdeel van het rijpe volwassen denken wordt. "De bijzonderheid van het primair proces ligt niet in een regressieve kwaliteit, maar in de oriëntatie op zelfbetrokken emotionele ervaring in tegenstelling tot het secundair proces, waarvan de opgave is, de wereld vanuit objectieve gezichtspunten te verwerken (...).

*Het primair proces-denken, waarover ook de volwassene beschikt, hoeft alleen maar*

*ondersteund te worden, om als "context" toegang tot het impliciete verleden te bieden.* Dit kan in de psychotherapie tot stand komen, bijv. met behulp van de overdrachtsstemming of ook middels de katathyme imaginaties.

Met de katathyme imaginatie en haar primair proces-denken brengen we aldus *contextanalogie* tot stand, die de procesmatige activering bevordert. Als uitgangspunt nemen we een *motief*, dat verwijst naar elementen in de context, zoals : dingen, mensen, planten, landschappen, zintuiglijke indrukken, lichaamsgevoel emoties, stemmingen. Van daaruit treedt het associatieve proces in werking en leidt bij wijze van spreken naar de "plaats delict" en vergaart en organiseert er de oude emotionele data. Het primair proces doet zijn werk, doordat het de inhoud mobiliseert en met behulp van symbolisering, verschuiving en verdichting zinvol bewerkt. In de KIP wordt het daarbij ondersteund door de therapeutische dialoog." (Salvisberg 1993,1997).

### **Psychotherapeutisch perspectief**

Het psychotherapeutisch perspectief geeft de onderzoeksbevindingen van het psychotherapie onderzoek weer. Als plaatsvervangende voor vele anderen zullen de bevindingen van Luborsky uitvoeriger worden gepresenteerd. In bijna alle studies wordt de betekenis van de therapeutische relatie uitgewerkt. Het lijkt de belangrijkste specifieke werkzame factor van de psychodynamische psychotherapie te zijn. De methodiek daarentegen speelt, vooral bij gemiddeld ernstige stoornissen, geen prominente rol. De betekenis van de psychotherapeutische ervaring van de behandelaar is omstreden. Evenwel tonen nieuwste onderzoeken aan (Bateman, A., Fonagy, P. 2011), dat de bewering, dat onervaren therapeuten even goede behandelingsresultaten zouden kunnen bereiken als ervaren therapeuten, onjuist is. Bateman en Fonagy (2011) konden aantonen, dat vooral patiënten met ernstige stoornissen door behandelingen bij incompetent therapeuten fors beschadigd kunnen worden.

### **Aspecifieke werkzame factoren van imaginaties**

Luborsky (1995) benoemt drie werkzame principes, die alle efficiënte psychotherapievormen gemeenschappelijk hebben:

- een als ondersteunend ervaren therapeutische relatie
- zelfervaring en zelfinzicht
- consolidering van de behandelingsvoortgang

"Daar zowel de patiënt als de therapeut zijn eigen bijdrage aan elk van deze drie factoren verleent is er bij elke factor sprake van een aandeel van de patiënt en een aandeel van de therapeut." (Luborsky 1995, S. 32).

### **Een als ondersteunend ervaren relatie**

In tegenstelling tot de psychoanalyse, waarin het doorwerken van een regressieve overdrachtsneurose met alle ambivalenties en ook negatieve overdrachten het conceptuele middelpunt is, onderscheiden alle psychodynamische methoden zich door de beoogde bevordering van een "positieve overdracht". Een *positieve overdrachtsrelatie* wordt van de kant van de therapeut bevorderd door een accepterende, welwillende, niet veroordelende houding en door het gebruik maken van *ondersteunende behandelingstechnieken* (aanmoediging, suggestieve elementen). Van de kant van de patiënt zijn het vermogen en de bereidheid noodzakelijk, de



therapeutische relatie als helpend te beleven (geen onbewuste afgunst op het helpend vermogen van de therapeut, voldoende therapiemotivatie).

### **Zelfveraring en zelfinzicht**

Deze factor beschouwt Luborsky (1995) als zeer belangrijk. Behandelingstechnisch wordt hij door *een actieve houding van de therapeut* gerealiseerd. Luborsky bedoelt daarmee echter niet een zo mogelijk volledig duiden van de overdracht in het Hier en Nu. In tegendeel. Voor de psychodynamische werkwijze betekent dat: spaarzaam oppakken van overdrachts-toespelingen, weinig of geen overdrachtsduidingen, maar intensief "vertalings- en bemiddelingswerk" aan het pathogene onbewuste conflict (*ZBKT = Zentrales Beziehungs-Konflikt-Thema*). Door een actieve techniek worden niet alleen verdringingen opgeheven en afgesplitste belevingsgebieden toegankelijk. Een actieve techniek is in de psychodynamische psychotherapie bovendien essentieel om de *regressie te hanteren*.

### **Consolidering van de behandelingsvoortgang**

Hierbij ligt het focus op de betekenis van de *therapie beëindiging*. Aan de afscheidsfase moet grote aandacht gewijd worden, om "overdrachtsgenezingen" te onderkennen. Er moet bekeken worden hoe goed de patiënt in de loop van de therapie heeft geleerd, om zich met de therapeutische zoekhouding en de werkwijze van de therapeut te identificeren en daarmee tot "zelf analyse" in staat is geworden.

### **Specifieke werkzame factoren van imaginaties**

Bij de specifieke werkzame factoren van de KIP, die zich hierin niet van andere psychodynamische werkwijzen onderscheidt, voegen zich **specifieke werkende factoren**. *Wat de KIP onderscheidt van andere psychodynamische methoden, is de imaginatie.*

Wat maakt nu juist de imaginatie tot een uitermate werkzaam instrument in een psychodynamisch totaal concept?

Is het de psychofysiologische ontspanning, die dieper wordt, naarmate de innerlijke beelden intensiever worden beleefd ?

Is het het meebeleven en meespelen in een als sterk authentiek en zelf gecreëerd innerlijk schouwspel, dat geschreven is in de taal van "sprookjes, mythen en dromen" (Fromm 1980) en een prospectieve functie (Jung 1949,1951) vervult, en zodoende oplossingen en nieuwe wegen toont ?

Is het de helende kracht van de symbolische presentatie, de ontmoeting met het individuele en het collectieve symbool, met een veelvoudig gedetermineerde schepping van het eigen creatieve onbewuste, dat tot dan toe ontoegankelijke kennis beschikbaar stelt (Jung 1949) ?

Of is het ook, bij het omgaan met imaginaties, juist de als ondersteunend ervaren relatie met de begeleidende therapeut (Ermann 1993, W. Dieter 2001) - immers het terrein van de overdracht-tegenoverdrachts constellaties - die de symbolische beleving pas "echt" laat worden, doordat het deze (beleving) inbedt in een betekenisvolle objectrelatie ?

Of (is het) "de stimulatie van en het oefenen met nieuwe ervaringen tegen de achtergrond van een nieuw relatiemodel, als wezenlijk aspect van de psychoanalytische therapie met ernstige persoonlijkheidsstoornissen - naast de doorwerking van vroegkinderlijke patronen (...), de bewustwording van het belang van de kracht van de eigen wil, vooral in de betekenis van het vermogen tot handelen over te gaan, (zijnde een) een karakteristieke manier van interveniëren náást (accenten geplaatst door vertaler) betekenis-verlenende interventiewijzen (...), de toenemende relevantie van het kunnen maken van afwegingen m.b.t. controle, dat wil zeggen het

doseren van weerstand en regressie, überhaupt het gevoelig worden voor de grenzen van draaglast en draagkracht" (Fürstenau 1990, S31)?

Ik geloof, dat alle gestelde vragen met "ja" beantwoord kunnen worden. Ik wil graag een bijzonder belangrijke werkzame factor apart naar voren brengen, het "principe van de Nachträglichkeit". Onder invloed van overdracht en tegenoverdracht worden vroegere ervaringen in het nu opnieuw "geënceneerd". Vroeger beleefde conflictueuze of traumatische ervaringen kunnen met behulp van imaginaties in het "hier en nu" in een betere afloop resulteren. De volwassene van nu kan op het imaginerende terrein het kind, dat hij zelf ooit was, te hulp snellen; structuurtekorten kunnen aangevuld worden; anderen kunnen in tegenstelling tot vroeger, emotioneel bereikt worden en staan dan open voor een "nieuw begin". Als gevolg van de "relational turn" in de psychoanalyse, worden steeds vaker ook KIP-therapieën uitgevoerd tegen de achtergrond van een intersubjectief begrip van het behandelingsproces.

Het intersubjectieve begrip is vooral belangrijk voor de "impliciete" KIP-behandelingstechniek. Immers, in geen enkele andere psychodynamische therapievorm kunnen "enactments" zo levendig en evident voor de patiënt net zolang bewerkt en telkens weer herschikt worden, tot er narratieven ontstaan en een talige symbolisering zich met de beeldende symbolen ("de beeldtaal van het onbewuste") vestigt.

Het gaat aldus om de volgende specifieke werkzame factoren, die ik hieronder toelicht:

- De ondersteunende therapeutische relatie
- Conflict-centrering
- Procesmatige activering (tot totstandbrenging van contextanalgie)
- Ressourcenmobilisering
- Psychovegetatieve ontspanning
- Therapeutisch leerproces
- Structurering van de therapeutische ruimte

### **De ondersteunende therapeutische relatie**

De ondersteunende therapeutische relatie als werkzame factor van praktisch alle psychotherapeutische methodieken heb ik reeds vermeld. Hier wil ik aangeven, wat nu juist de imaginatie eraan kan bijdragen, dat een therapeutische relatie helpend wordt, c.q. als ondersteunend beleefd kan worden. Van fundamenteel belang daarbij is de diversiteit in *ontwikkelingsstoornissen* en *conflictstoornissen* (Ermann 2007).

Het merendeel van de therapeutische imaginaties houdt zich minder bezig met conflictafweer dan met de onbewuste wens, het eigen Zelf te beleven en, voor al, dit tegenover een vertrouwd iemand te presenteren. Zulke *imaginaties zouden naar mijn mening als "Selbstzustands-Imaginationen"*<sup>1</sup> (W. Dieter 2012) aangeduid kunnen worden. De imaginatie presenteert de "innerlijke wereld" op symbolische wijze, en wel binnen een relationele context. Niet een fictief projectiescherm representeert geprojecteerde symbolen, maar een reële tegenover zittende, de therapeut, laat zich door de schildering beroeren en er zich met zijn bewuste en onbewuste beleving in betrekken. Daarmee is de weg open naar een intersubjectief begrip (Mitchell en Greenberg 1983). Dit gebeurt vooral doordat de therapeut de imaginaties van de patiënt *altijd met eigen imaginaties begeleidt*. Het werkend principe hier is dus een ten nauwste met elkaar verbonden *dynamiek van overdracht en tegenoverdracht*. Die vormt het kader voor de helpende relatie in de KIP. De therapeut begeleidt, stelt een "holding environment" ter beschikking, intervenueert. Tegen deze achtergrond slaagt de patiënt er in het gunstige geval in,

---

1 Analooq aan de "Zelftoestandsruimte" van Kohut (1977)

nieuwe ervaringen met interne en externe objectrelaties op te doen, op het imaginatieve niveau nieuwe gedragsopties te beproeven en symbolische beleving als resource te benutten. De re-ëncenering van het verleden in de tegenwoordige tijd ("Szene", Lorenzer 2002) en de concentratie op het "hier en nu" van de overdracht-tegenoverdrachtsrelatie heeft het beeld van de psychoanalyse als een "inzicht gevende behandelingsvorm" (vgl. Greenson 1973) grotendeels vervangen.

### **Conflict centrering**

De symbolisch-verbeelde voorstelling van conflictgeladen scenes en de bewerking daarvan, vormt de door Leuner (1994) zo genoemde "eerste dimensie" van de KIP. Als psychodynamische methode gaat de KIP uit van de onbewuste werking van afgeweerde conflicten. De belangrijkste opgave van de imaginatie is dan de *conflict-actualisering*. Meestal zijn de pathogene conflicten sinds lang onbewust en moeten via een psychodynamisch begrip van de "triggersituatie" met de infantiele neurose als ziektedispositie in verband gebracht worden. Imaginaties zijn enorm nuttig, om dergelijke conflicten te re-actualiseren, aanschouwelijk te maken en zintuiglijk begrijpbaar te maken.

Psychodynamische arbeid is in deze gevallen een conflictgecentreerde arbeid. In het geval van louter verbaal opgevatte psychodynamische techniek worden de vermoede of reeds bekende conflicten door de therapeut telkens weer actief aangesproken, hetgeen voor veel patiënten benauwend en inperkend kan werken. Bij de KIP is dat anders: "Door het motiefvoorstel uitgelokt en door de therapeutische situatie geactiveerd, vindt er op basis van een autonome psychische dynamiek een *focusering op conflictgeladen processen* plaats, in de vorm van plastisch beleefde symbolisaties van hoog affectieve intensiteit en telkens weer bevestigde evidentie. Symbolisch verhoud, en/of symboolmatig zelfonthullend komen de, in de therapeutische dyade opnieuw beleefde, relationele wensen, de afweermechanismen, maar ook Ik-sterkte en reguleringsmogelijkheden, in zicht." (Bahrke en Nohr 2013, S. 8). Tegen deze achtergrond, onder "bescherming van het symbool" valt het de meeste patiënten makkelijker om de eigen psychische conflictmatigheid te herkennen en op veranderingen in het therapieproces te reflecteren.

### **Procesmatige activering ( tot totstandbrenging van contextanalogie)**

"Motieven" zijn uitnodigingen van de therapeut aan de patiënt, zich iets voor te stellen. Het motiefaanbod is een *interactionele gebeurtenis* tussen therapeut en patiënt en wordt wezenlijk door de overdracht-tegenoverdrachts constellatie bepaald. De therapeut toont door het voorstel van een voor dat moment "passend" motief op symbolische wijze zijn empathie en zijn begrip van relatie en proces. Een passend motief is geëigend, om "contextanalogie", als een essentiële voorwaarde voor een procesmatige activering, te bewerkstelligen. Deze betekenis van het motiefvoorstel geldt voor al voor het werk met ernstig gestoorde of geregredeerde patiënten ("impliciete KIP-behandelingsstechniek")

### **Ressourcenmobilisering**

De symbolisch-verbeelde weergave van *conflictvrije scenes*, waarin kan worden "bijgetankt", een weldadig beleefde regressie-in-dienst-van-het- ego, een versterking van eigenwaarde, een erkennen van eigen kracht en die te benutten op het niveau van de symbolische beleving, vormt het werkend principe van de "ressourcenmobilisering". Leuner (1994) heeft deze belevingsvorm een belangrijke plaats toegemeten en hem als "tweede dimensie" van de KIP geconceptualiseerd.

Aan de resourcesmobilisering dragen processen op verschillende niveaus bij. Enerzijds kan in veel gevallen (bijv. bij reactieve stoornissen en psychosomaten) alleen al de *psychofysische ontspanning* een ontlastende werking teweegbrengen en tot versterking van het Ik, resp. tot herwinnen van verloren gegane Ik-functies bijdragen (angsttolerantie, verbeterde affectwaarneming en affecthantering e.d.). Anderzijds komt het in de loop van het werken met imaginatie tot *activering van geïnternaliseerde goede objectrelaties* of tot een eerste *opbouw van goede innerlijke objecten*. Op deze manier wordt dan vooral de *overdracht-tegenoverdrachtsrelatie* in de resourcesmobilisering en resourcesinstallering betrokken. Er ontstaan ervaringen van geborgen zijn, belevingen van veiligheid en versterking van het Zelfgevoel in de omgang met positieve, betrouwbare en toegewijde symboolfiguren. Dergelijke ervaringen weerspiegelen altijd de overdracht-tegenoverdrachtsrelatie, zonder dat dat expliciet uitgesproken hoeft te worden.

### **Psychovegetatieve ontspanning**

Wilke (1990) wijst op de specifieke weldadige uitwerking van de psychofysische ontspanning, vooral bij mensen met psychosomatische aandoeningen, en op de wisselwerking tussen de intensiteit van imaginatieve beleving en de diepte van de (bereikte) ontspanning. De psychofysische ontspanning kan niet hoog genoeg gewaardeerd worden als factor bij het psychisch herstel bij veel patiënten. Het onderscheidt de KIP van elke psychodynamische psychotherapie, die zich louter als speciale toepassing van een psychoanalytische therapie opvat (Wilke 1996).

### **Therapeutische leerprocessen**

Hetzelfde geldt voor de theorie vervlechting tussen concepten van psychoanalytische- en leertheoretische herkomst, die vooral Fürstenau recentelijk tot een soort paradigmawisseling heeft uitgewerkt (Fürstenau 1979, 1990, 1992). "Naargelang de psychoanalyse zich met stoornissen bezig houdt, die niet pas na de structurele vorming van het Ik, maar aanmerkelijk vroeger, in de Ik-ontwikkelingsfase, beginnen, is sinds Balint(1970), *de betekenis van beleven, ervaren en aanleren in de zin van de vorming van nieuwe Ik-functies* een essentiële zienswijze in de psychoanalyse van ernstige persoonlijkheidsstoornissen (...).

Het is duidelijk, dat het door Leuner ontwikkelde Katathyme Bilderleben geweldige kansen biedt, om binnen het medium van de imaginatie nieuwe ervaringen op te doen, nieuwe relatiepatronen te *onderzoeken* en te *oefenen*. Van daar uit ben ik overtuigd, dat de verheldering en uitwerking van deze nieuwe therapeutische functies van bijzondere betekenis zullen zijn voor het Katathyme Bilderleben (...) Psychoanalytici zijn tot op heden zeer geërgerd, als zij zich in de omgang met structureel Ik-gestoorde patiënten klinisch genoodzaakt zien om patiënten direct te beïnvloeden in de zin van een plaatsvervangend uitvoeren van Ik-functies, in plaats van zoals gebruikelijk in hoofdzakelijk interpretatieve betekenis te communiceren. Dat geldt in het bijzonder, wanneer deze directe beïnvloeding een dwingend karakter ("Deklaration") heeft, die de patiënt tot een bepaald handelen of gedrag aan moet zetten. (...) Het Katathyme Bilderleben is voor psychoanalytici van bijzonder belang, omdat het een ontplooiingsruimte voor zowel de activiteit van de patiënt als ook voor de sturende activiteit van de therapeut biedt." (Fürstenau 1990, S. 32f.).

### **Structurering van de therapeutische ruimte**

De voorgestelde motieven (wei, beek, berg, huis, bosrand e.a.) activeren bepaalde fantasiegebieden, terwijl andere op dat moment minder worden aangesproken. Zo zal de structurering van het proces middels "motieven" er toe bijdragen, dat de veelheid aan mogelijke fantasie constellaties voor patiënt en therapeut voldoende wordt afgegrensd en daarmee hanteerbaar blijft.

Een tweede structurering komt voort uit de onderverdeling van de therapeutische ruimte in een *“Erlebnisraum”* en *“Verarbeitungsraum”* (Kottje-Birnbacher 1992). Het imagineren en de zogenaamde *“Nachschwingphase”* (Ullmann 2001) vormen de belevingsruimte, de nabespreking en de doorwerking van de beelden, de verwerkingsruimte. Een dergelijk onderscheid ontlast angstige en fors geregredieerde patiënten.

Anderzijds is nu juist de *“intermediaire ruimte”* (Winnicott 1971), de met de therapeut gedeelde *“imaginative Raum”* (Schnell 2000,2002), de ruimte van de fantasie, van het spel, van de creativiteit, van de imaginaire intersubjectiviteit, die nieuwe emotionele ervaringen mogelijk maakt. Voorwaarden daarvoor zijn een reeds gevestigde draagkrachtige therapeutische relatie en een al gerijpt symboliseringsvermogen.

De toepassing van imaginaties in het kader van een KIP-standaardtechniek (Leuner 1994) vooronderstelt een actueel functioneringsniveau, dat hoger is dan een borderline-niveau. Bij borderline stoornissen moet de therapeutische techniek van de KIP aanzienlijk herzien worden. Dat betreft zowel de motiefkeuze, als ook de stoornisspecifieke begeleidingsstijl van de imaginaties en de doorwerking ervan in de behandelingen, waarin geen imaginaties plaatsvinden. Het accent verschuift van een *“expliciete”* naar een *“impliciete”* KIP-behandelingstechniek (vgl. later).

## **Wanneer zijn imaginaties therapeutisch niet helpend ?**

- Bij *“dagdromen”* in dienst van de realiteitsafweer
- Bij een onvoldoende draagkrachtige therapeutische relatie
- Bij onvoldoende rekening houden met weerstanden
- Bij gebrekkig ontwikkelde afweer (Ik-structurele stoornissen)
- Bij gebrekkig ontwikkeld symboliseringsvermogen

### **“Dagdromen” in dienst van de realiteitsafweer**

Iedereen kent *“dagdromerijen”*, die een tijdlang kunnen helpen om zich niet met de realiteit te hoeven bezig houden. Een dergelijk vluchten komt zeer vaak voor bij neurotisch geremde jongeren en bij contactgestoorde mensen. Meestal verergeren ze de innerlijke situatie van de dagdromer alleen maar en zijn ze therapeutisch niet helpend. *“Dagdromen”* in de betekenis van een één-persoons gebeuren ontbreekt het aan het *“Du”*, het tegenover, met wie ze kunnen communiceren. Ik acht het daarom problematisch, om dit soort dagdromen met imaginaties gelijk te stellen. Imaginaties in de zin van de KIP worden therapeutisch begeleid, zijn aldus in een relationele context ingebed.

### **Onvoldoende draagkrachtige therapeutische relatie**

Wanneer patiënten aangeven, dat ze zich *“niets voorstellen”* kunnen, angst voor de *“beelden”* hebben, of het werken met imaginaties als onzinnig afdoen (negatieve overdracht), heeft de relatie tussen patiënt en therapeut wellicht nog niet het gevoel aan de patiënt kunnen overbrengen, *voldoende gesteund (gehalten), beschermd en begrepen* te zijn. Behandelingstechnisch uitgedrukt: Zowel de *“holding”* functie als de *“containing”* functie van de therapeut staan niet, of niet genoeg ter beschikking, zodat er een onvoldoende stabiele overdrachtsrelatie als basis voor een succesvolle psychotherapie met imaginaties voorhanden is. In veel gevallen gaat het om *“onrijpe”* of *“laag gestructureerde”* imaginaties, die een rijpingsproces moeten doorlopen alvorens therapeutisch effectief te kunnen zijn (J.Dieter 2007).

Hoe ernstiger de te behandelen stoornis is (*“ontwikkelingsstoornis”*), des te meer

overheersen *dyadische relatiepatronen*, die met betrekking tot hechting en losmaking kwetsbaarder voor stoornissen zijn dan de later ontstane *triadische en triangulaire relatiepatronen*. Volgens baby- en peuter onderzoekers, wordt een kind weliswaar in principe altijd in een triadische context geboren. Gedurende lange tijd echter, zijn concrete voorstellingen over "driehoeks-relaties" niet mogelijk. Dat kan pas als een kind zich binnen het hechte contact met de moeder op iets "Drittes" kan richten. Met betrekking tot het vermogen tot imaginatie, betekent het: imaginatie is iets als een derde in het spel ("Drittes"), maar kan pas parallel aan de ontwikkeling van dyade naar triade als "nuttige" derde, analoog aan de "vroege triangulering", beleefd worden (Abelinn 1986, Ermann 1985).

Als de therapeut niet staat op de geslaagde vroege triangulering, kan hij ook al vóór de voltooiing van zichtbare ontwikkelingsstappen met imaginaties werken. De imaginatie krijgt dan in elk geval een andere functie en dynamiek: "klank" en "resonans", de twee belevingsniveaus van Gaston Bachelard (1957), worden dan uiterst belangrijk. Het gaat dan om affectspiegeling, scheppen van een "ondersteunende" (n.b. "holding") atmosfeer, acceptatie van de angst en de contactvrees van de patiënt als ook een soort "verankering" van deze voorstellingen door de therapeut in zijn tegenoverdracht. Voor de motiefkeuze zou dat bijv. betekenen: afzien van talig onderscheiden motieven, in plaats daarvan eerder aandacht voor "Fern-Sinne" (o.a. "Klank") (n.b. gezichts- en gehoorszintuigen)

### **Onvoldoende rekening houden met weerstanden en negatieve overdrachten**

De gedachte, door de therapeutische toepassing van imaginaties weerstanden te kunnen "ondermijnen" (bijv. Leuner 1994) komt wel overeen met de klinische bevinding, dat menig patiënt heftige angsten ontwikkelt tijdens het imagineren. Dat wordt echter niet alleen veroorzaakt door de werking van bepaalde imaginaties, die de *afweerstructuren verzwakken*, maar vooral de mogelijkheid van *afweer door verdringing* (W. Dieter 2000). Het zijn vooral *niet herkende weerstanden* en *negatieve overdrachten*, die patiënten ertoe brengen, de methode van de imaginatie af te wijzen. *Weerstanden* hebben altijd ook een interpersoonlijke betekenis, zo dat de overdrachtssituatie absoluut verhelderd moet worden (bijv. angst voor afhankelijkheid van de therapeut, angst voor controleverlies e.v.a.). *Negatieve overdrachten* moeten vroeg worden besproken, omdat zich anders fobisch vermijdingsgedrag bij beide protagonisten, zowel de patiënt als therapeut, tegenover agressieve thema's (onderwerping, afgunst) kan opbouwen.

### **Gebrekkig ontwikkelde afweer (Ik-structurele stoornissen)**

Ik-structurele stoornissen (borderline-niveau) kenmerken zich door een overheersen van primitieve afweermechanismen van het type *splitsing*. De rijpere afweermechanismen van het type *verdringing* zijn daarentegen maar beperkt ontwikkeld. Op grond hiervan moet de KIP behandelingstechniek aan de condities van structuur- en functieniveau worden aangepast. Als dit achterwege gelaten wordt en de "standaardtechniek" ongerefleeteerd wordt toegepast, kan de patiënt door zijn primair proces-beleven overspoeld worden. Hij reageert dan meestal met angst, of agressie/verwijt jegens de therapeut. In elk geval wordt zijn splitsingsafweer geactiveerd. Als die succesvol is, leidt dat er toe, dat deel-Zelf-representaties of deel-object-representaties het imaginatieve beleven beheersen. Wanneer die niet succesvol is en onvoldoende goed geïnternaliseerde objectervaringen gemobiliseerd kunnen worden, domineren "*slechte interne objecten*", dikwijls met de consequentie, dat de patiënten de KIP als methode afwijzen, maar de therapeut als persoon tegelijkertijd wel degelijk kunnen idealiseren. Dan zou sprake zijn van een *gesplitste negatieve overdracht*.

## **Gebrekkig ontwikkeld symboliseringsvermogen**

Op basis van gebrekkige ondersteuning door de zorgpersonen (spiegeling, containment, "holding", objecthantering o.a.) hebben patiënten met een borderline-persoonlijkheid de processen van *mentaliseren* en de *intrapyschische triangulering* slechts zeer ontoereikend doorlopen. *Ze kunnen niet over zich zelf nadenken, omdat ze geen "derde positie" verworven hebben ("metacognitie")*. Daardoor blijft hun symboolfunctie, het vermogen tot symboolvorming en tot symbolisering, rudimentair.

Klinisch betekent dat, dat tussen het intern beleven en de externe realiteit onvoldoende heldere begrenzing bestaat ("*modus van de psychische equivalentie*", Fonagy e.a. 2004). In zo'n geval is het werken met KIP volgens de "standaardprocedure" òf niet therapeutisch helpend òf zelfs gecontraïndiceerd. *Want alleen middels symbolisering komt het tot psychische structuurvorming, tot opbouw van interne representaties als neerslag van internaliserings processen. Dit is het hoofddoel van een borderline-behandeling.*

Daar symbolen gevormd worden uit ontwikkelingsdynamische noodzaak, om *separatie* te verdragen en met de *conflicten en ontwikkelingsontregelingen* van de vroegste kindertijd om te (moeten) gaan, leidt het ontbreken van een behulpzame symbolische wereld van interne objecten bij structureel Ik-gestoorde mensen er toe, dat ze in bepaalde triggersituaties en in regressieve toestanden reageren met overweldigende angst en met een Ik-regressie. De Ik-regressie leidt tot een verder verlies van tot dan toe nog beschikbare Ik-functies.

## **Alternatieve "motiefvoorstellen"**

Is een motiefaanbod überhaupt noodzakelijk? (Wilke 2012). Dat (men) therapeutisch niet voldoende heeft aan de door Leuner (1994) zo genoemde "standaardmotieven" is tegenwoordig duidelijk. Wilke (2012) heeft er kort op gewezen, dat het in veel gevallen gunstiger is, wel beeldende symbolen als motief aan te bieden, echter af te zien van bijvoeglijke bepalingen (o.a. "veilig", "krachtig"), om suggestieve werking zoveel mogelijk te controleren.

Intussen zijn er eerste ervaringen met gedichten resp. Haiku's (kort Japans gedicht) als motiefvoorstel (W. Dieter en Spreitzer 2012). De basisgedachte daarbij is dezelfde als bij de standaardprocedure: er wordt een "beeld" aangeboden, waarop het onbewuste van de patiënt (van zijn kant) met "innerlijke beelden" reageert. Deze worden dan verwoord en komen in verhalende vorm in de dialoog tussen patiënt en therapeut. Het motiefaanbod in de vorm van gedichten en Haikus maakt gebruik van de beeldspraak van de lyriek, om imaginaties te laten "weerklinken" ("klank", Bachelard 1957).

De dynamiek van "klank" en "resonans" (Bachelard 1957) komt m.i. overeen met die van overdracht en tegenoverdracht en is daardoor in principe ook geschikt voor de introductie en bewerking van therapeutische imaginaties. De omgang met het narratief, het woordelijk vertelde belevingsverslag, komt dan overeen met de conventionele procedure. Voor deze procedure, die ik als uiterst veelbelovend beschouw, moeten meer ervaringen worden verzameld en in het wetenschappelijk discours over de imaginatie worden ingebracht.

Is het motiefaanbod vanuit de lyriek al beduidend complexer dan dat voor de standaardprocedure, dan geldt dat in nog grotere mate voor het motiefvoorstel in de vorm van romans. Ook in de epische vertelling of de roman komen "beelden" voor, die door de lezer op elk moment van het lezen worden waargenomen en met eigen beelden "beantwoord". Een bijzonder indrukwekkend voorbeeld voor mijn these is de literatuur van Franz Kafka. Vooral in zijn magistrale verhalen wordt duidelijk, dat hij als "bezeten" is door iets, dat naar een vorm zoekt, naar een naam voor het duistere, bezeten door iets dat niet is te beheersen, mits men zich er "los"

van maakt door het uit te drijven. Het verstotene heeft wederom een houder ("container") nodig, het gaat namelijk om het afweer- en communicatiemechanisme van de projectieve identificatie. Met deze interpersoonlijke dynamiek meespelen is in de psychodynamische psychotherapie de opgave voor de therapeut. In de context van literatuur is het de opgave voor de lezer. Hij kan besluiten of hij zich aan de overdrachtswensen en almachtsfantasieën van de auteur kan en wil blootstellen.

## **Fantasie en imaginatie – klinische toepassing van de theoretische concepten**

Op deze plek was het eigenlijk de bedoeling om de "*verandering*" onder invloed van een "*veranderingsobject*" te presenteren. Vanwege gebrek aan plaats, kan ik de gevals-vignetten, die voor de publicatie voorzien waren op deze plek niet uitvoerig bediscussiëren. In een reeds voorbereide publicatie zal deel 2 van het voorliggende werk de klinische belangen en gevalsvoorbeelden op de voorgrond plaatsen.

In de wereldliteratuur zijn er vele "*metamorfosen*". Ik kan slechts beknopt op twee buitengewoon indrukwekkende voorbeelden in gaan, een gelaagde en een niet geslaagde metamorfose. De voorstelling van een geslaagde transformatie stamt uit het boek van Italo Calvino (1973) "*Il castello dei destini incrociati*" ("*Het kasteel van de kruisende paden*". Het gaat over gasten op een kasteel, die hun taal verliezen. Het betreft een regressief taalverlies, dat weer kan worden opgeheven, als een invoelend object en geïllustreerde kaarten in het verhaal worden opgenomen. De kaarten staan voor een beeldende symboliek en horen in een triadische context.

Een op tragische wijze mislukte verandering is de geschiedenis van Gregor Samsa, de held uit Franz Kafka's (1915) beroemde vertelling "*Die Verwandlung*". Gregor wordt gedurende de nacht een kever, regredieert steeds meer, begint als een kever te denken, verliest zijn sociale contacten en wordt uiteindelijk aan zijn lot overgelaten. De losmaking uit een vernietigende dyade lukt niet.



## Literatuur

- Abelin, E. (1986): Die Theorie der frühkindlichen Triangulation. In: Stork, J. (Hrsg) (1986: Das Vaterbild in Kontinuität und Wandel. Stuttgart: Frommann- Holzboog
- Allen, J. Bateman, A., Fonagy, P. (2011): Mentalisieren. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bachelard, G. (1957): Poetik des Raumes. Frankfurt/M. Fischer TB
- Bahrke, U., Nohr, K. (2013): Katathym Imaginative Psychotherapie. Heidelberg: Springer
- Balint, M. (1970): Therapeutische Aspekte der Regression. Engl. 1968. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bergson, H. (1926): Materie und Gedächtnis. Paris: Gallimar
- Bion, W.R. (1962): Lernen durch Erfahrung. Dt. 1973. Frankfurt/M.: Fischer
- Bion, W.R. (1963): Transformationen. Frankfurt/M.: Fischer
- Bollas, C. (1987): der Schatten des Objekts. Stuttgart: Klett-Cotta
- Britton, R. (2002): Glaube, Phantasie und psychische Realität. Stuttgart: Klett-Cotta
- Bürgin, D. (2002): Phantasie. In: Mertens, W., Waldvogel, B. (Hrsg): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. S. 565. Stuttgart: Kohlhammer
- Dieter, J. (2007): Zu dritt im imaginären Raum. Ein intersubjektives Modell für die KIP. In: Imagination 3/2007. Wien. Facultas
- Dieter, J. (2014): Vortrag beim 13. Int. Kongress für KIP, 14./15. 6. 2014, Bratislava
- Dieter, W. (2000): Imagination und Symbolisierung bei neurotischen und ich-strukturell gestörten Patienten. In: Salvisberg, H., Stigler, M., Maxeiner, V. (2000): Erfahrung träumend zur Sprache bringen. Bern: Huber
- Dieter, W. (2001): die Katathym Imaginative Psychotherapie – Eine tiefenpsychologische Behandlungsmethode. In: Imagination 3/2003. Wien: Facultas
- Dieter, W. (2006): Implizite und explizite KIP-Behandlungstechnik. In: Imagination 1/2006. Wien: Facultas
- Dieter, W. (2012): Wer weiß denn, dass ich im Weltraum bin ? Die Bedeutung einer "impliziten" KIP-Behandlungstechnik bei schwersten und frühesten Störungen der Symbolsierungsfähigkeit. In: Imagination 1-2/2012. Wien: Facultas
- Dieter, W., Spreitzer, B. (2012): Imagination und Lyrik. Seminar Graz
- Ermann, M. (1985): Die Fixierung in der frühen Triangulierung. Forum Psychoanal 1: 4-21. Heidelberg: Springer
- Ermann, M. (Hrsg) (1993): Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Ermann, M. (2005 a): Träume und Träumen. Stuttgart: Kohlhammer
- Ermann, M. (2005 b): Implizite und explizite psychoanalytische Behandlungspraxis. Forum Psychoanal 21: 3-13. Heidelberg: Springer
- Ermann, M. (2007): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart: Kohlhammer
- Freud, S. (1900): Die Traumdeutung. GW 2-3. Frankfurt/M.: Fischer
- Fonagy, P. Target, M. (2002): Mit der Realität spielen. In: Psyche 56. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fonagy, P. et al. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fromm, E. (1980): Märchen, Mythen und Träume. Frankfurt/M.: Fischer
- Fürstenau, P.(1978) : Zur Theorie psychoanalytischer Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fürstenau, P.(1990) : Entwicklungsförderung durch Therapie. Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Fürstenau, P.(1992) : Psychoanalytisch verstehen. Systemisch denken. Suggestiv intervenieren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Grawe, K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe
- Jung, C.G. (1949): Vom Wesen der Träume. Olten: Walter
- Jung, C.G. (1961): Erinnerungen, Träume, Gedanken von C.G. Jung. Olten: Walter
- Kottje-Birnbacher, L. (1992): Strukturierende Faktoren des katathymen Bilderlebens. Prax Psychother

- Psychosom 38. Heidelberg: Springer
- Koukkou, M. Leutzinger-Bohleber, M., Mertens, W. (Hrsg): Erinnerung von Wirklichkeiten. 2 Bände. 2001 und 2003. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse
- Leuner, H. (1994): Lehrbuch der Katathym Imaginative Psychotherapie. 3. Aufl. Bern: Huber
- Luborsky, L. (1995): Einführung in die analytischen Psychotherapie. Engl. 1985. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Meltzer, D. (1988): Traumleben. Stuttgart, Wien: Verlag Int. Psychoanalyse
- Mitchell, S., Greenberg, J. (1983): object Relations in Psychoanalytic Psychotherapy. Harvard Press
- Roth, G. (2001): Fühlen. Denken. Handeln. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Salvisberg, H. (1993): Die zwei Seiten der Wirklichkeit. Wörtliche und symbolische Bedeutung. In: Imagination 2/1993. Wien: Facultas
- Salvisberg, H. (1997): Von der amodalen Wahrnehmung zur Katathymen Imagination. Gedanken zur Progression des Primärprozesses. In: Salvisberg, H, Stigler, M., Maxeiner, V. (Hrsg): Erfahrung träumend zur Sprache bringen. Bern: Huber
- Schnell, M. (2000): Vom Bezeichnen zum Bedeuten. Vom Zeichen zum Symbol. In: Salvisberg, H, Stigler, M., Maxeiner, V. (Hrsg): Erfahrung träumend zur Sprache bringen. Bern: Huber
- Schnell, M. (2002): Imagination, Phantasie und Traum. In: Imagination 2/2002. Wien: Facultas
- Seithe-Blümer, A. (2011): Die Geburt der Metapher. In: Imagination 4/2011. Wien: Facultas
- Stettler, C. (2004): Vortrag beim int. KIP-Seminar der SAGKB in Thun
- Ullman, H. (2009): Die metaphorische und narrative Dimension der KIP. In: Imagination 2/2009. Wien: Facultas
- Wilke, E., Leuner, H. (1990): Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin. Bern: Huber
- Wilke, E., (1996): Katathym Imaginative Psychotherapie. In: Reimer, C., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E.: Psychotherapie. Heidelberg: Springer
- Wilke, E. (2012): Persönliche Mitteilung Kamingespräch Goldegg 2012
- Winnicott, D.W. (1971): Playing and reality. Engl. 1951. Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta

## **Samenvatting**

Wanneer en waarom zijn Imaginaties therapeutisch effectief? Wanneer en waarom zijn Imaginaties therapeutisch niet effectief? Deze klinisch significante tegenstelling vormt de kern van dit artikel. Na een begripsverheldering en afgrenzing van fantasie (dyadische achtergrond) en Imagination (triadische achtergrond) worden vervolgens de specifieke werkende factoren van de KIP als psychodynamische methodiek besproken. De imaginatie is, naast de specifieke kwaliteiten van de therapeutische relatie, de belangrijkste werkende factor. Theorieën daarover worden besproken. Tot slot wordt het "motiefvoorstel" in de KIP aan een kritisch onderzoek onderworpen.

## **Sleutelwoorden:**

Katathym Imaginatie Psychotherapie – Imagination – Werkende factoren – Theorie van de imaginatie

## **Over de auteur**

Dr. med. Wilfried Dieter

Geneesheer specialist voor Psychotherapeutische Geneeskunde en Psychotherapie

Katathym Imaginatie Psychotherapie – Psychoanalyse – Paartherapie

Docent van ÖGATAP (voor KIP), AGKB en SAGKB

A-2351 Wiener Neudorf, Anningerstrasse 6/8/7

E-mail: Wilfried.Dieter@aon.at