

# DIPLOMARBEIT PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

**an der medizinischen Akademie für Psychotherapie in Wien von 2003-2010**

<b>HAUPTFACH</b>	<i>Katathyme-imaginative Psychotherapie (KIP)</i>
<b>BARTL/ROSSMANIT</b>	
<b>GEGENFACH</b>	<i>Verhaltenstherapie</i>
<b>LENZ</b>	
<b>NEBENFACH</b>	
<b>KAISER-REKKAS</b>	<i>Hypnose</i>
<b>HÖLL</b>	<i>Gestalt</i>
<b>LEHRTHERAPEUTIN</b>	
<b>SCHENDL</b>	

Positiv beurteilt am 8.8.2007

Approbation und Diplomverleihung 2010 von der Ärztekammer Wien

**OMR DR ODEHNAL**

**OMR DR BARTL**

Psychosoziale Ausbildung: an der MedAk Wien bei **Bartl/Butterfield** 1999

Psychosomatische Ausbildung: Institut für Tiefenpsychologie an der Uniklinik Wien bei  
**Prof. Springer-Kremser** von 2000-2002

Veröffentlichung und Verwendung der Daten nur nach ausdrücklicher Genehmigung durch  
**Dr. med. univ. Martin Karl Gollner**

*„Mach, dass er seine Kindheit wieder weiß, das Unbewusste und Wunderbare,  
und seiner ahnungsvollen Anfangsjahre unendlich dunkelreich Sagenkreis.“*

Rainer Maria Rilke

# **INDEX**

<b>EINLEITUNG</b>	<b>- 5 -</b>
<b>KONTAKTAUFNAHME</b>	<b>- 6 -</b>
<b>ERSTKONTAKT</b>	<b>- 8 -</b>
<b>LEBENS GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG</b>	<b>- 10 -</b>
<b>DIAGNOSTISCHE ÜBERLEGUNGEN</b>	<b>- 15 -</b>
<b>THERAPIEZIEL</b>	<b>- 19 -</b>
<b>PSYCHODYNAMIK</b>	<b>- 27 -</b>
<b>THERAPIEVERLAUF</b>	<b>- 28 -</b>
<b>GRUPPENSUPERVISION</b>	<b>- 35 -</b>
<b>THERAPIEENDE</b>	<b>- 37 -</b>
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>- 38 -</b>
<b>ANHANG</b>	<b>- 39 -</b>
<b>LITERATUR</b>	<b>- 48 -</b>
<b>DANKSAGUNG</b>	<b>- 56 -</b>

## **EINLEITUNG**

*In meinem Bericht handelt es sich um eine Patientin im Alter von 43 Jahren, Chefsekretärin einer Rechtsanwaltskanzlei, adrett und gut situiert. Seit neun Jahren ist sie mit einem Geschäftsmann liiert. Vorher war sie mit einem Arbeitskollegen verheiratet. Sie hat keine Kinder. Ihr leiblicher Vater ist verstorben als sie dreizehn Jahre alt war. Die Mutter hat wieder geheiratet.*

*Die Patientin leidet schon seit mehreren Jahren an Depressionen, die jedoch weder saisonal noch wetterbedingt auftreten. Die Tatsache, dass sie außerdem sehr viel arbeitet und sich für alles verantwortlich fühlt deutet auf ein Burn-out-Syndrom hin. Weiters gibt sie an des Öfteren an Schlafstörungen und Appetitlosigkeit zu leiden.*

*Im Zeitraum von Oktober 2005 bis zum Jänner 2007 fanden insgesamt 22 Patientenkontakte statt, davon 17 KIP. Die Termine für die Sitzungen wurden jeweils mit der Patientin im Vorhinein vereinbart.*

## KONTAKTAUFNAHME

Die Kontaktaufnahme erfolgte durch meine hausärztliche Tätigkeit im Oktober 2005.

Die Patientin kam an einem Sonntagsdienst im Herbst (Oktober) 2005 in Begleitung ihrer Mutter, nach telefonischer Notanmeldung, in meine Ordination.

„Sie sei psychisch ganz schlecht, ob sie kommen könnte?“, war die Meldung des Notrufes der Leitstelle des Roten Kreuzes. Die Patientin wirkte aufgelöst, überlastet, redete im Beisein ihrer Mutter nichts. Ich begleitete die Patientin alleine in mein Sprechzimmer. Sie saß mir schräg gegenüber an meinem Schreibtisch. Der Patientenkontakt erfolgte durch Handgeben beim Hereinkommen. Sie kam in Jogginghose, hat lange braune Haare, war groß und schlank. Ihr Gesichtsausdruck war leidend, weinerlich, kurz vorm Einbruch. Sie erzählte, dass es ihr schon seit Tagen so schlecht ergehe. Sie litt schon seit mehr als 10 Jahren an Depressionen. Sie sei in einer guten, beruflichen Position und habe 5 Angestellte unter sich. Ihr Chef sei jedoch sehr chaotisch und wäre ohne sie verloren. Sie arbeite sehr viel, könne Arbeit jedoch wenig gut delegieren, alle würden immer sie fragen und dann mache sie es doch lieber selbst. Sie ist Chefsekretärin einer großen Anwaltskanzlei. In der Arbeit gehe es drunter und drüber. Ihrem Chef gehe es privat nicht gut und er nehme seine Probleme mit ins Büro. So bleiben die Akten liegen, Gerichtstermine und wichtigste Fristen würden versäumt, wenn sie nicht so dahinter wäre. Sie arbeite oft bis 7 Uhr abends und brauche dringend Erholung.

Meine hausärztliche Tätigkeit beschränkte sich auf die Krankmeldung für 1 Woche.

**Bei der Kontrolle** wirkte sie frisch, fröhlich, wie ausgewechselt, voller Tatendrang. Die Patientin freute sich auf die Arbeit.  
Ihr Äußeres war modisch elegant.  
Sie kam alleine, ohne Mutter.

Meine damalige hausärztliche Diagnose war reaktive Depression.  
Von einer antidepressiven Therapie wurde vorerst abgesehen.

**Drei Monate später**, im Ende Dezember 2005, kam sie wiederum in meine Ordination.

Noch viel kraftloser, aufgelöster und arm wirkte sie diesmal.

Sie konnte nicht selbst mit dem Auto hierher fahren, fühlte sich innerlich sehr nervös, konnte nicht zur Arbeit, weil sie Fehler machen würde. Sie habe doch so einen verantwortungsvollen Posten, alles hänge an ihr.  
Wie soll sie jetzt das alles schaffen?

Ich gab ihr nunmehr einen Termin von 20 Minuten außerhalb meiner Ordinationszeit.

Dies ist nur einmal pro Woche, Montag nachmittags nach der Visite im St.Pius Heim (Bewohner mit Beeinträchtigungen), zwischen 16-18/19Uhr, bereits seit Praxiseröffnung vor 6 Jahren möglich.

Aufgrund der Schlafstörungen, als auch ihren eigenen Erfahrungen mit Antidepressiva, („Sie fühle, sie falle sonst noch tiefer und dann ist es zu spät!“) entschied ich mich für ein schnellwirksames SSRI - Cipralext 10mg 1xtgl.

Die Krankmeldung war diesmal für 2 Wochen nötig.  
Selbstmordgedanken wurden glaubhaft verneint.

**Bei der Kontrolle** zeigte sich die Patientin wiederum gewandelt.

Es ginge ihr gut, schon nach einer Woche. Sie hätte sich gut erholt und würde in Zukunft weniger arbeiten und ihre Kollegen mehr einspannen.  
Den 20 Minuten-Termin wollte sie jedoch wahrnehmen.

Ich erzählte ihr von meiner psychosomatischen Ausbildung und erklärte ihr meine Verdachtsdiagnose: Burn-out Syndrom. Ich schlug ihr 4 Termine, jeweils montags, im Abstand von 14 Tagen vor. Dies war mit der Krankenkasse als Kassenarzt vollends verrechenbar.  
Ein Termin wurde vereinbart.

## **ERSTKONTAKT**

Die Patientin kam pünktlich zum vereinbarten Termin.

Erster Eindruck:

Die Patientin war gut gekleidet, wirkte entspannt, es schien ihr sichtlich gut zu gehen.

Subjektiv:

Sie hätte wieder alles gut im Griff, in der Arbeit und auch privat.

Objektiv:

Die Patientin wirkte überspielt, innerlich nervöser als sonst, äußerlich angepasst und ruhig.

Symptome: Schlafstörung, Appetitlosigkeit

### **Spontanangaben der Patientin**

Die Patientin hatte bereits vor 8 Jahren einen ähnlichen Zustand. Sie hatte damals das Gefühl, wie wenn ihr der Hals zuschnüren würde, auch Herzrasen und Angstzustände waren dabei.

Sie ist damals mit einem Betablocker und einem SSRI behandelt worden. Zusätzlich ging sie ein Jahr später zu einem Familientherapeuten. Der Grund dafür war die Angst vor einem neuen Rückfall.

Jetzige Situation:

Die Schlafstörungen hätten abgenommen, jedoch sei ihre Katze krank geworden. Dies belastete die Patientin sehr. Vorm Heiligabend hat die Katze Fieber bekommen. Daraufhin ist die Patientin mit ihr zum Tierarzt und der Katze ging es bald besser, sie hustete nur noch wenig.

Die Patientin ist sehr gläubig. Sie ging sogar in die Kirche, um für ihre kranke Katze zu beten.

### **Erwartungen der Patientin an die Therapie**

Die Patientin möchte nie mehr so hilflos sein und keine Angst mehr haben. Die Ziele der Patientin sind wieder selbstständig und eigenständig zu sein.

### **Vorläufige Arbeitsdiagnose**

Latente Depression

Angsterkrankung

## **Therapiemethode**

psychosomatische Gesprächsführung und KIP

## **Arbeitshypothese**

„Aus der Anamnese entnommen handelt es sich meiner Meinung nach um eine Angststörung mit Pseudodepressionskomponenten nach Stavros Menzos. Da es eine Pseudodepression ist, werde ich die Therapieform wählen, die nicht primär eine konfrontative, sondern eine regressionsfördernde Maßnahme enthält.

Es ergibt sich die folgende Arbeitshypothese:

Ich werde nach Möglichkeit bei den Standardmotiven bleiben, außer bei der Differenzierung der Wahrnehmung im Bild werde ich keine konfrontativen Handlungen setzen.

Die Therapieform des KIP ist dafür geeignet.

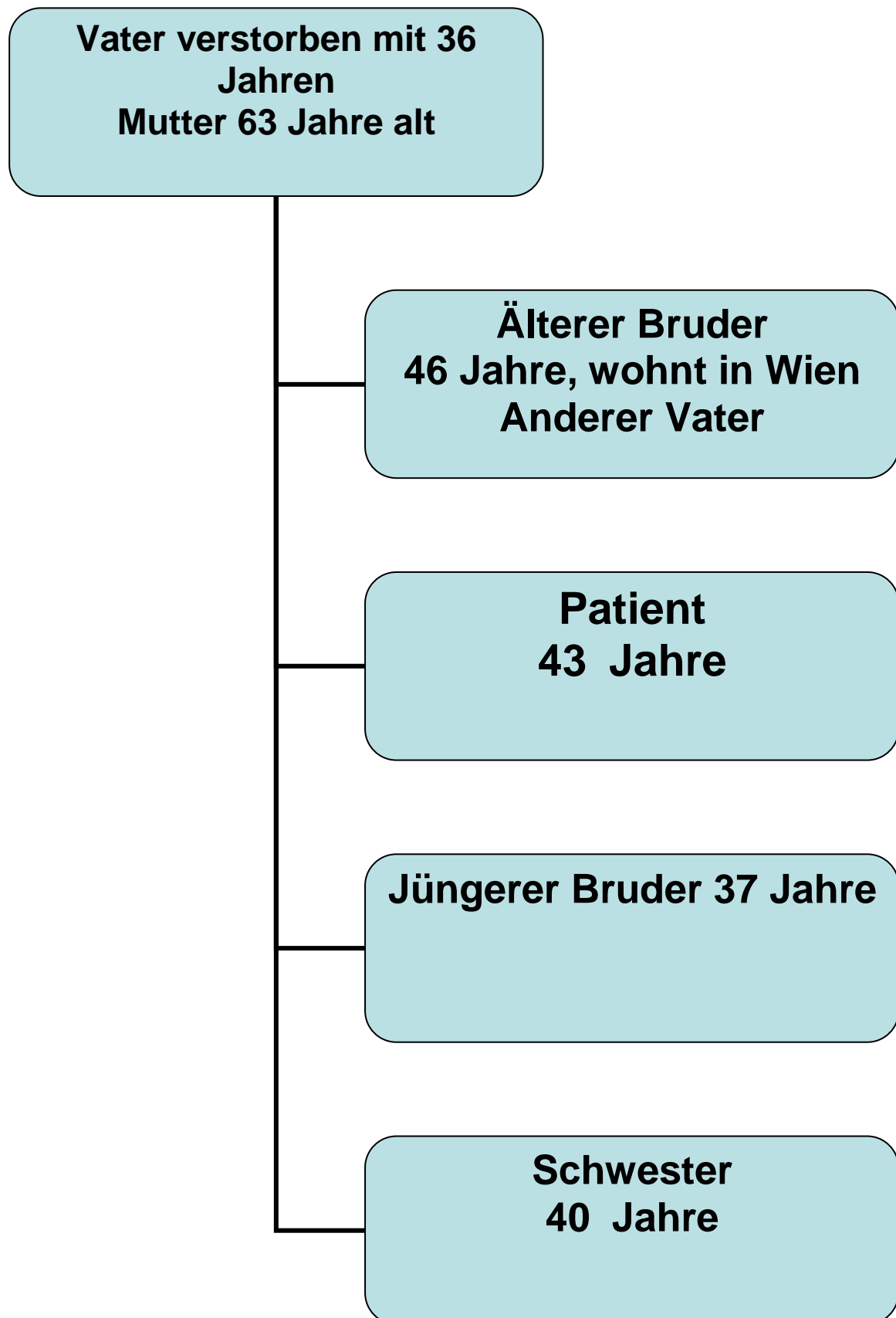
## **Vereinbarung**

Mit der Patientin wurden die privaten Kosten für sechzig Minuten ca. 14-tägig besprochen. Sie hatte innerhalb von vierzehn Tagen zugesagt. Die Therapieform, katathyme-imaginative Psychotherapie, wird der Patientin erklärt.



# LEBENS GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG

Familienanamnesemodell nach Prof. Springer  
Bio-Psychosoziales Modell



Zu ihrem Vater hatte die Patientin ein gutes Verhältnis. Er hat jedoch viel getrunken und ist im Alter von 36 Jahren verstorben, als sie 13,5 Jahre alt war. Ihre Mutter hat den jetzigen Stiefvater geheiratet als die Patientin 18 Jahre alt war.

Sie hat einen älteren Bruder, der in Wien lebt und einen anderen Vater hat. Er ist 46 Jahre alt.

Weiters hat sie zwei jüngere Geschwister: Einen Bruder im Alter von 37 Jahren und eine Schwester mit 40 Jahren. Ihr Bruder lebt in Mallorca, ist Immobilienmakler und hat sich auch von seiner Frau getrennt.

Die Patientin hatte schon früh mit 15 Jahren einen Freund, der ihr beigestanden ist.

Sie war zum Zeitpunkt des Therapiebeginns bereits zum zweiten Mal verheiratet (seit 1998). Ihr erster Mann war ein Arbeitskollege. Die beiden waren ca. 1,5 Jahre verheiratet, jedoch schon vorher ca. zehn Jahre zusammen. Er wohnt in der Stadt und es besteht noch immer guter Kontakt.

Im Alter von 23 Jahren sind die von der Patientin beschriebenen Panikattacken erstmals aufgetreten, sind jedoch in der Zeit in der sie mit Wolfgang zusammen war für ca. vier Jahre abgeklungen.

Nunmehr war sie mit Kurt verheiratet, einem Unternehmer. Diese Beziehung beschrieb sie als sehr innig.

## ERSTE ERRINNERUNGEN AN DIE KINDHEIT

Mit zwei Jahren war die Patientin wegen einem Fußbruch im Krankenhaus. Damals war die Begleitung der Mutter nicht erlaubt. Das Sprunggelenk kann sie auch heute noch nicht ganz abbiegen. Die Mutter hat sie oft ins kalte Wasser gesteckt, weil sie angeblich so viel geschrien hat und blau geworden ist.

Die Patientin kann jetzt mit niemandem mehr schreien oder streiten.

Als Mädchen hatte meine Patientin Epilepsie. Sie wurde mit Rivotril, eine halbe Tablette täglich, eingestellt. Die EEG-Kontrollen besserten sich jedoch rasch, sodass sie bald wieder mit der Einnahme der Medikamente aufhören konnte.

### *Außenanamnese:*

Die Mutter der Patientin wirkte für ihr Alter jung und war gut gekleidet. Sie war freundlich, jedoch mit einem etwas strengen Ton. Sie berichtete über die schwere Zeit als ihr Mann verstorben war und dass sie sehr wenig Zeit für ihre Tochter gehabt hätte, weil sie arbeiten musste. Sie denke jedoch alles gut hingekriegt zu haben, da die Tochter schließlich zu ihrem Haus dazugebaut hatte.

*Sexualanamnese:*

Diesbezüglich ging es ihr mit ihrem Mann gut. Die sexuelle Beziehung war generell als normal zu bezeichnen, 2x/Woche. Die Patientin kam zum Höhepunkt. Sie verwöhnte ihn jedoch mehr als er sie.

Auch die gynäkologischen Untersuchungen beim Facharzt erfolgten regelmäßig.

*Ressourcen der Patientin:*

Früher: Vater, Freund

Heute: Mann, Mutter

## **2.KIP**

Am ersten Arbeitstag war es ihr gut gegangen. Die letzten 2 Wochen waren jedoch schlimm. Sie konnte nicht Fernsehen, weil sie die Nachrichten so belasteten, auch nicht CD hören oder Zeitung lesen, alles ging ihr sehr nahe, als ob es sie selbst betreffen würde.

Ihre Mama sei super, alleine wäre sie so hilflos gewesen.

Sie sei jedoch wieder aus dem Loch gekrochen.

Am Mittwoch sei es ihr jedoch ganz schlecht gegangen. Sie hatte nur 2 Stunden geschlafen, ging jedoch nachmittags mit Mama spazieren.

Auch das Telefon machte ihr Angst: „Was kommt jetzt wieder, wer will wieder etwas, es wird doch nicht der Chef sein, oder meine Kollegen?“

Sie wollte mit niemandem reden, schon das Läuten belastete sie. Das war schon einmal so, als sie 20 Jahre alt war.

Sie hatte bereits mehrere depressive Phasen.

Mit 20 Jahren als sie mit ihrem ersten Mann schon zusammen war.

Mit 25 Jahren als sie mit ihrem Mann in der Türkei auf Urlaub war.

Mit 37 Jahren und jetzt.

Subjektive Ursache sei ihr erster Mann gewesen.

## **3.KIP**

Der Patientin ging es wieder nicht gut. Sie war jedoch arbeitsfähig geblieben.

Ihr Stiefvater machte ihr Sorgen. Er war seit Jahresbeginn in Pension. Vorher war er Unternehmer und hat dann seine Firma verkauft. Ihr Mann Kurt war auch in dieser Firma angestellt. Vor 10 Jahren wurde miteinander ein Haus mit gemeinsamer Heizung gebaut.

Ihr Stiefvater war sehr genau mit der Abrechnung. Nun war ihm sogar eingefallen, dass eigentlich der Heizraum, den sich die Patientin und ihr Mann ersparten, weil er gemeinsam genutzt wurde, auch verrechnet werden sollte. Er verlangte jetzt 350 Euro pro Jahr als quasi Heizraummieta. Seit Jahren zahlte sie auch Garagenmieta in der Höhe von 70 Euro pro Monat. Ihr Mann hatte einen Abstellplatz in der Einfahrt, der auch gekennzeichnet wurde. Zur Zeit zahlten sie für diesen Platz noch nichts.

Sie hat sehr viel geweint, weil ihre Mama sich in diesem Fall herausgehalten hat. Sie konnte nicht mit ihr über dieses Thema sprechen, sonst besprach sie immer alles mit ihrer Mutter. Darum ging es ihr wieder nicht gut. Ihr Stiefvater war eher als gut situiert zu bezeichnen. Sie hatten auch ein großes Wohnmobil, welches 100.000 Euro gekostet hat, ganz riesig in der gemeinsamen Einfahrt stand und bisher noch nicht genutzt worden war.

Gestern jedoch hatte sie sich mit ihrer Mutter ausgesprochen. Die Patientin werde diese 350 Euro bezahlen, damit Frieden ist, aber sie fände es nach wie vor lächerlich.

Ihr Mann Kurt tolerierte alles, trug alles, regte sich nicht auf. Er war jedoch ihr Anker, ihr Ruhepol, ihre Ressource.

Ohne ihn hätte sie die ganzen Jahre nicht geschafft.

Ausziehen konnte sie nicht und wollte sie nicht, sie war gerne bei ihrer Mutter, es sei ein Freundinnen-Verhältnis.

*Die Symptome* waren zum damaligen Zeitpunkt innere Anspannung, keine Schlafstörungen, keine Depression und keine Panikattacken.

## Diagnostische Überlegungen

Die Depression der Patientin zeigt sich aus der Anamnese. Beim Ersteindruck dürfte es sich um eine reaktive, vorübergehende Depression gehandelt haben, die zu diesem Zeitpunkt eher in ein Burn-Out zu gehen schien, zumal sie durch die einwöchige Krankmeldung wieder ohne medikamentöse Beeinflussung arbeitsfähig war.

Beim Zweitkontakt präsentierte sich dies jedoch anders. Diesmal kam sie aus ihrer nunmehrigen Depression, die ja auch medikamentös von mir behandelt wurde, nicht mehr alleine raus.

Die Depressive Persönlichkeit laut Fritz Riemann ist extrem rücksichtvoll, anpassungsfähig ohne eigene Forderungen, sie fühlen sich für alles verantwortlich. Sie fühlen und denken sich in den anderen hinein bis zur Identifikation. Im Gegensatz zum Gesunden nimmt sich der Depressive aber nicht wieder selbst zurück, er bleibt stecken.

Dies trifft für ihre berufliche und private Situation zu.

Der Verdacht auf Angststörung, insbesondere Panikattacken zeigt sich aufgrund der beschriebenen Symptomatik der Patientin.

Die zugrunde liegende Angst ist die vor dem Herausfallen aus der Geborgenheit, vor dem Alleinsein oder verlassen werden. Damit bekommt der Andere einen Überwert und dies ist das zentrale Problem der depressiven Persönlichkeit lt. Riemann. Die Abhängigkeit vom Anderen ist auch bei meiner Patientin deutlich.

Der Verdacht auf eine frühe Störung wird durch die frühe Trennung von der Mutter aufgrund der Berufstätigkeit der Mutter genährt, wobei die Patientin jedoch eine Ersatzmutter in dieser Zeit in ihrer Oma fand.

Lebensgeschichtlich fördern zwei mütterliche Fehlhaltungen die Entwicklung zur depressiven Persönlichkeit. Die Verwöhnung und die Versagung. Bei der Patientin war es die zu frühe Trennung von der Mutter. Der Patientin wurde zu früh eine Anpassung abverlangt in der Erziehung ihrer Oma. Die individuellen Bedürfnisse sind irgendwann resigniert.

### INDIKATION FÜR KIP

Diese Patientin, da sie wahrscheinlich früh gestört ist, phallisch fixiert erscheint und zwängliche Anteile zeigt, benötigt eine regressionsfördernde und gut strukturierende Form der Therapie. Insbesondere bei Angststörungen ist KIP besonders günstig.

#### 4.KIP

Die Patientin war entspannt, es ging ihr gut, weil sie mit ihrer Familie wieder in Harmonie lebte.

Es gab keine aktuellen Belastungen. Das erste Bild wurde eingestellt.

#### DER BLUMENTEST

Die Patientin lag auf der Liege, machte es sich bequem, hatte ihre Schuhe ausgezogen, nahm sich eine Decke zum Zudecken und legte sich entspannt auf den Rücken.

*„Nun stell Dir eine Blume vor, beschreib mir wie sie aussieht, welche Farbe, welche Form sie hat, wo sie im Bild ist. Beschreib mir ihre Größe, wie sie riecht. Beschreib mir mit allen Sinnesqualitäten wie die Blume auf dich wirkt und alles was kommt ist gut.“*

Es war lange Stille, dann schloss sie ihre Augen und ich sah den Augapfel unter ihrem Lid hin und her bewegen.

Dann beschrieb sie eine violette Blume, circa 50 Zentimeter groß. Sie stand in ihrem Garten, es war eine Gladiole, ihre Lieblingsblume. Die schönste Blume für sie und die Gladiole blühte so schön, schöner als in Wirklichkeit und das freute sie sehr. Sie hätte nämlich einen Lehmboden im Garten, da wächst nichts so gut und das ärgere sie immer. Aber diese Blume war wunderbar gewachsen. Die Blüten waren samtig weich und in der Mitte gelb. Der Stängel war geriffelt, rau und fest genug diese Blüten zu tragen. Das Gras war grün und die Erde war feucht. Die Blume roch sehr gut.

*„Was willst Du mit dieser Blume machen?“*

Am liebsten hätte sie die Gladiole der Oma ans Grab gebracht. Aber dann würde sie verwelken. Sie denke oft an ihre Oma. Eigentlich hatte sie ihre Oma aufgezogen, ihre Mutter ging ja arbeiten. Schon von Anfang an war sie sehr viel bei der Oma, sie hatte auch nach der Schule bei ihr Mittag gegessen und ihre Hausaufgaben gemacht. Die Patientin hat auch oft in ihrem Bett geschlafen.

*„Wie möchtest Du dieses Bild beenden?“*

Die Patientin wollte die Gladiole hegen und pflegen, damit sie so schön bleiben würde und immer wenn sie die Blume sehen würde, würde sie an ihre Oma denken. Sie hat die Blume jedoch lieber im Garten stehen lassen und wollte die Oma am Friedhof besuchen.

*Im Nachgespräch* wollte die Patientin noch liegen bleiben.

Erst im Bild hat die Patientin mir von ihrer Oma als Bezugsperson, vielleicht sogar Hauptbezugsperson, erzählt, obwohl genügend Termine für die Anamnese vorhanden waren.

Im Nachgespräch wurde mir ihr Verhältnis zur Oma erklärt: Dass sie es nicht leicht gehabt hätte in ihrem Leben, dass ihr Mann im Krieg gefallen war, dass sie nicht wieder geheiratet hatte, jedoch noch Kinder bekommen hatte, darunter auch ihre Mutter.

Sie hatte eine liebevolle Erinnerung an ihre Oma.

Ich fragte die Patientin nach der Beziehung der Oma zu ihrer Mama.

Sie war nicht streng, sie war jedoch auch nicht liebevoll.

Die Oma hatte wenig Zeit für ihre Kinder, sie musste arbeiten und sie wollte von keinem Mann abhängig sein.

Es war schwer für die Oma, nach dem Motto – „Die Kinder werden schon groß werden.“

Ich fragte die Patientin nach dem Tod der Oma. Das war vor zehn Jahren. Es war sehr schlimm für sie. Sie wäre jedoch darüber hinweg.

- Die Verlustängste wegen der erkrankten Katze wurden dadurch für mich verständlicher, wegen der Muttersymbolik der Katze. -

Die Patientin berichtete, dass sie bald auf Kur fahren würde, wegen ihrem Bandscheibenvorfall. Sie hätte etwas Angst davor, weil sie noch nie alleine wohin gefahren ist, schon gar nicht 3 Wochen.

Therapier reflexion:

Es zeigte sich im Blumentest eine narzisstische Störung. Die Blume war groß, mitten im Bild mit auffälliger Farbe und Form auf grellgelbem Hintergrund. Die Blume war strukturiert.

Viele Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung haben eine gutentwickelte Fähigkeit zu sexueller Erregung und Orgasmus (Kernberg). Dies ist in der Sexualanamnese auch bei meiner Patientin so. Beim neurotischen Patienten ist die normale Liebesfähigkeit infolge ungelöster ödipaler Konflikte gehemmt (Kernberg).

Laut Alice Balint kommt der Mutterliebe am nächsten der Egoismus oder primärer Narzissmus, als deren Hauptcharakteristikum das Fehlen des Realitätssinnes im Bezug auf die Interessen des Liebesobjektes ist. Die erste Störung des naiven Egoismus erfolgt von der Abwendung der Mutter vom Kinde. Die Ablösung von der Mutter geschieht durch die Aussöhnung mit der Tatsache, dass die Mutter ein besonderes Wesen mit Eigeninteressen ist, wie man selbst. Dies scheint bei meiner Patientin in ihrer Entwicklung ausgeblieben zu sein.



Die Patient-Therapeut-Beziehung erscheint ausreichend gut für ein vorsichtiges Lösen ihrer Abhängigkeiten mittels KIP.

### *Gegenübertragung Therapeut*

In einem ihrer Bilder beschreibt sie eine Blume, die sie ihrer Großmutter ans Grab bringen möchte aber Angst davor hat, dass die Blume verwelken könnte. Sie beschreibt ihre Beziehung zur Oma.

Dies erinnert mich an meine eigene Beziehung zu meinem Großvater, der auch mich größtenteils erzogen hatte, weil mein Vater, beruflich bedingt, während der Woche unterwegs war. Auch an meine Oma erinnerte ich mich, die liebevoll und streng war.

Ich bin unsicher geworden und habe das deswegen in der nachfolgenden Supervision zur Sprache gebracht.

## **THERAPIEZIEL**

Die Symptome der depressiven Anteile hatten sich gebessert. Es traten keine Panikattacken auf.

### **Die Therapieziele sind:**

Das Auftreten von neuerlichen Zusammenbrüchen abzufedern.

Die Ursachen dieser mit der Patientin zu erarbeiten.

Die Beziehung zu ihrem Partner, als auch zu Ihrer Mutter, zu hinterfragen.

### **Übertragung**

Wer ist der Patient für mich? Meine ältere Schwester

Wer ist der Therapeut für die Patientin? Vater/Mutter

### **Supervision**

Mit der Anamneseerhebung und der Fallvorstellung zeigte sie sich zufrieden. Lob erhielt ich, da ich meine Gegenübertragung erkannt habe. Sie wies mich jedoch darauf hin, dass ich für jene Patientin erreichbar sein müsste, oder zumindest der Patientin klar sein müsste, wann ich für sie erreichbar war. Da ich Hausarzt bin, mit Bereitschaftsdiensten, sei dies befriedigend durchführbar.

Zusätzlich ermahnte sie mich, dass die KIP ein effektives, jedoch nicht unbedacht verwendetes Instrument der Psychotherapie sei.

Es könnte eine Abwehrstruktur einer Patientin durch ein Bild gebrochen werden und im schlimmsten Fall eine Psychose ausgelöst werden.

Mit Respekt und Vorsicht bereitete ich mich für die nächste Stunde mit meiner Patientin vor.

## 5. KIP

Die Patientin ging voller Freude und Elan in mein Ordinationszimmer. Ihr ging es gut. Beruflich und privat lief auch alles gut. Ich fragte Sie, ob ihr noch irgendetwas zu ihrem Bild eingefallen sei. Sie hatte sehr viel an ihre Großmutter gedacht. Es sei ihr sehr gut bei ihr gegangen. Die Patientin hätte eine wunderbare Kindheit gehabt, liebevoll und behütet. Ihre Großmutter hätte in einer Wohnung gewohnt, wie ihre Mutter, beinahe im selben Wohnblock.

### DIE WIESE

Die Wiese kam sehr schnell ins Bild. Eine grüne Wiese, saftig, Sommer, eine große Wiese, mit Blumen, das Gras griff sich gut an. Die Patientin möchte sich mit ihrem Mann reinlegen, die Wolken anschauen und träumen. Das tat sie auch, sie genoss es und hielt ihren Mann im Arm. So wollte sie das Bild auch beenden.

#### *Nachgespräch*

*Sie beschrieb und unterstrich ihre innige Beziehung zu ihrem Mann und freute sich, dass sich dies im Bild zeigte.*

#### *Therapier reflexion*

Ich vermutete, dass die Patientin in einer symbiotischen Beziehung zu ihrem Mann stand.

## 6.KIP

Ich erklärte der Patientin die Wiese als ihr Umfeld, in dem sie sich bewegte, ihre Matrix. Ich erklärte ihr auch, dass die Wichtigkeit ihres Mannes in ihrem Leben im Bild sichtbar war und fragte sie, ob sie noch einmal die Wiese einstellen könnte, um ihre Beziehung zu beleuchten, da bei der letzten Sitzung doch zu wenig Zeit dafür war.

### DER BACH

Sie stellte wieder diese Wiese ein, wo sie mit ihrem Mann lag. Sie möchte diesmal alleine gehen, ihr Mann blieb liegen. Sie sah einen Bach und ging zum Uferrand. Es war ein circa 1 Meter breiter Bach, nicht tief, man sah die Steine, klares Wasser, wahrscheinlich kalt. Das Ufer war leicht abschüssig, mit Wiese und Steinen, das andere Ufer sah gleich aus.

Sie ging in den Bach und stand auf den Steinen knietief im Wasser. Es war kalt. Das Wasser war jedoch glasklar. Sie entschied sich Richtung Quelle zu gehen. Die Patientin ging in der Mitte des Baches, der Bach war gerade, immer gleich, das Ufer wurde steiler, sie ging weiter, plötzlich veränderte sich nichts mehr. Der Bach und das Ufer mit den hohen Steinen blieben gleich. Sie ging und ging. Es wurde nichts anders.

*Intervention:* „Wie geht es Dir jetzt?“

Sie hatte Angst bekommen, mehr Anspannung, das Wasser und das Ufer wurden anders, bedrohlicher.

*Intervention:* „Was kannst Du jetzt tun?“

Weitergehen. Sie ging weiter und beschrieb das Ufer genauer, es blieb jedoch gleich, sie kam nicht mehr hinauf, auch das Wasser wurde tiefer und schneller. Es war sehr kalt. Sie rutschte von den seitlichen Steinen ab. Die Steine waren ganz glitschig.

*Intervention:* „Schau dir das Ufer genauer an und beschreib es mir.“

Sie beschrieb quadratische Steine, dick und glatt, sie schaute auf das andere Ufer. Auch hier berührte sie die Steine, sie waren ganz gleich. Auf Steinen konnte man keinen Halt finden. Ihr Mann hätte ihr jetzt helfen können, aber sie wollte ja extra alleine gehen. Es war schon ganz unangenehm. Sie ging weiter und weiter und weiter,... vielleicht würde irgendetwas kommen, damit sie rauskommen würde. Es kam jedoch nichts, alles blieb gleich.

*Ich dachte an meine Supervision, an die Gefahr einer Psychose bei Depressionen, würde die Patientin jetzt hier hängen bleiben. Abrupt das Bild beenden lassen, wäre nicht ratsam gewesen. Weiter differenzieren dachte ich mir, würde ich es ertragen und würde es die Patientin ertragen?*

Die Patientin beschrieb weiter das Ufer, griff ins Wasser, suchte einen Ausweg, schaute nach hinten, das Wetter wurde düsterer, das Wasser reißender, sie möchte hier rauskommen.

*Intervention:* „Wie kannst Du es schaffen, hier raus zu kommen?“

Sie antwortete nicht, die Augen bewegten sich hin und her, das Atmen wurde tiefer, dann nach längerem sagte sie:

„Ich brauche einen Ast, einen langen, dann könnte ich mich am Ufer abstützen und raufklettern.“

Sie ging weiter. Da sah sie einen Ast, nahm ihn und ganz schnell stand sie am Ufer. Die Wiese war jedoch anders, so braun und keine Blumen. Das Wetter war auch nicht besser, sie ging sehr schnell den Weg zurück und erreichte ihre Wiese. Da war ihr Mann, sie freute sich. Ihr Mann freute sich auch und sie lief hin und legte sich wieder in seinen Arm. Nun fühlte sie sich sicher und es ging ihr gut, es war sehr schön. So wollte sie auch das Bild beenden.

*Im Nachgespräch* ergab sich der Einfall der Patientin, dass der Bach ihr Lebenslauf sein könnte. Sie assoziierte die Quelle als ihre Mutter oder ihre Oma. Es wurde aufgrund der fortgeschrittenen Therapiezeit noch nach ihrem Befinden gefragt. Sie war etwas angespannt, es ging ihr jedoch gut.

Sie wurde gebeten, zu Hause ein Bild zu malen. Der psychotherapeutische Prozess setzte sich damit zu Hause fort. Das Erinnern, die Wiederholung und das Durcharbeiten ist laut Freud das Wichtigste in der Therapie.

Therapier reflexion und diagnostische Überlegungen

Das Auftreten eines immer wieder kehrenden, sich nicht veränderbaren Bildes weist auf eine Zwangsstörung der Patientin hin.

Im Bild konnte durch Geduld und Ruhe von mir sich die Patientin aus ihrem Zwang selbst befreien. Das Nicht Hinkommen zur Quelle beschreibt ihr früh gestörtes Verhältnis zur Mutter. Wenn die Patientin die Hilfe selbst nicht gefunden hätte, hätte ich ihr eine Wir-Formel als Hilfestellung zur Verfügung gestellt.

## **7.KIP**

Es wurde noch einmal genau auf den Bach eingegangen und der Zustand wie im Stillstand oder im Kreis besprochen.

Sie kannte so eine Situation nur aus ihrer Zeit mit den Panikattacken, sonst konnte sie sich nicht erinnern, was das war.

„*Vielleicht wollte ich nicht zur Mutter?*“ fiel ihr dazu ein.

Zu Hause ging es ihr gut, sie hatte ja wieder bei ihrem Mann im Bild sein dürfen, noch mal möchte sie jedoch nicht mehr dort hin.

*Derzeitige Situation:*

Die Beziehung mit ihrem Mann ist sehr gut. Sie sind sich sehr innig, Die Beziehung mit ihrer Mutter und ihrem Stiefvater ist besser und auch die mit ihrer Freundin.

Mit den Kreuzschmerzen ging es ihr besser, sie wollte jedoch trotzdem auf Kur fahren.

Außerhalb der Reihenfolge der Standardmotive wurde aufgrund des Konfliktes im vorigen Bild der Waldrand als mögliche Ressource vorgezogen.

## DER WALDRAND

Sie ging an einen Wiesenweg, der Wald war noch entfernt. Es war ein dichter Nadelwald, das Wetter war schön, sie ging alleine, hatte keine Angst, fühlte sich wohl. Die Patientin fand eine Bank, setzte sich hin und genoss die Sonnenstrahlen. Es wurde der Patientin viel Zeit beim Beenden des Bildes gegeben.

### *Nachgespräch:*

Mit der Patientin wurde ihre Beziehung zu ihrem Mann besprochen und auch die Beziehung zu ihrem Chef und ihren Kollegen.

Sie stand bei allen genannten Beziehungen in einem sehr nahen Verhältnis, auch das Verhältnis zu ihrem Chef war symbiotisch. Er erzählte ihr auch seine Sorgen mit seiner Frau, die angeblich sehr herrisch war und er wäre nicht in der Lage, die Situation auch im Büro zu regeln. Er sei ein zu weicher Chef, sie müsse streng sein zu den anderen, sonst ginge gar nichts weiter. Ihr Chef war sehr stolz auf sie, er sagte ihr immer, dass er ohne sie verloren wäre, so auch wenn sie auf Kur fahren würde. Hoffentlich würde nicht alle Arbeit liegen bleiben. Sie musste mehr delegieren und sie wollte es auch versuchen. Die Patientin wollte auch in Zukunft früher heimgehen und etwas für sich tun, vielleicht Sport.

### **Zwischenkontakt bei mir als ihr Hausarzt**

Sie berichtete bei der Blutabnahme in der regulären Ordination über eine Zyste im Ovar. Ein PCO-Syndrom hatte der Frauenarzt vor Jahren diagnostiziert. So wurde auch der Hormonstatus untersucht. Zwei Tage später meldete sie sich telefonisch um ihre Befunde nachzufragen. Sie waren alle in Ordnung.

## 8.KIP

### DER BERG

Sie stand auf ihrer Terrasse im Urlaubsort und sah einen hohen Berg, breit ausladend, oben grau und spitzer, unten der Wald, davor eine Wiese und ein See. Sie wanderte entlang des Seeweges über die Wiese zum Waldrand, ging hinein, es waren ein lichter Wald, Laub und Nadelbäume gemischt.

Sie ging auf einem Erdweg, berührte einen Baum. Der Baum war glatt und rau, die Wurzeln waren lang und tief, den Gipfel konnte sie nicht sehen. Es ging ihr gut dabei, Bäume und Wald mag sie.

Sie sah ein Holzhaus, es war sehr klein, mit Fenster und einem spitzen Dach, sie wollte jetzt nicht dort hin gehen, es interessierte sie nicht. Sie möchte zum Berg, sie ging weiter, da war ein Zaun, Maschendraht, es ging nicht weiter. Sie drehte um und suchte einen Weg näher zum Berg. Die Patientin sah den Berg, ganz grau und nur Felsen zwischen den Bäumen durchscheinen. Sie ging nun gerade hin, da kam jedoch ein Dickicht, es schlängelte sich und wurde dichter und höher. Sie konnte nicht durch und nahm sich einen Ast. Nun ging es besser, jedoch wurde es dann ganz dicht, sie berührte die kleinen Äste, die sich untereinander verschlungen hatten sich jedoch nicht bewegten.

Die Patientin kam auch auf allen Vieren nicht durch, die Erde war weich, sie sah ein Loch, weiter hinten, kroch hin. Es war ein Tunnel oder ein Rohr.

Sie kroch hinein, es war etwas Wasser am Boden, die Wände waren glatt, blieben gleich. Sie ging weiter, sah jedoch hinten ein Licht. Sie kam heraus, war beim Berg, jedoch hing sie mitten im Berg. Der Tunnel ging durch den Berg und dann mitten raus.

Sie hing in der Felswand, zurück konnte sie nicht, weil sie leicht abgerutscht war.

Der Berg war warm, er war nicht bedrohlich, doch hier hängen war nicht gut, sie hätte eine gute Ausrüstung gebraucht, ein Seil.

Es ging ihr nicht gut, sie berührte weiter den Felsen, er war rissig, etwas Steine dazwischen, kein Gras, keine Blume, nur Felsen, sie sah den Wald von oben, auch ihr Hotel.

Doch sie konnte hier nicht mehr weg. Sie hatte auch keine Kraft mehr sich zu halten.

Es verging sehr viel Zeit.

*„Wie möchtest Du dieses Bild beenden?“*

Sie sagte: „So nicht.“ Es verging Zeit, dann sagte sie: „Da kommt plötzlich ein Seil von oben, ein Dickes.“ Sie wusste nicht von wo, wahrscheinlich vom Berg, sie sah nur ein paar Meter. Sie nahm das Seil

und hantelte sich hinab. Die Patientin war nun beim Wald und ging gerade durch, dann zur Wiese, zum See und wieder in ihr Hotel auf die Terrasse. Sie war in voller Montur. „Komisch“ sagte sie. „In voller Ausrüstung.“ Auch das Seil hatte sie mit. Sie möchte das Bild so beenden, auf ihrer Terrasse in voller Montur den Berg beobachten.

*Im Nachgespräch* sagte sie, wie es ihr ergangen ist, wie sie es geschafft hatte, das Immergleiche diesmal zu umgehen. Durchs Dickicht, durch das Rohr, dann aber wieder in Gefahr zu sein, schön blöd war es im Berg so hilflos zu hängen. Das Seil kam vom Berg, wahrscheinlich von ihrem Vater. Sie wusste, dass ihr der Berg helfen würde, darum hat sie nicht so viel Angst gehabt wie beim Bach. Ich wünschte ihr alles Gute für die Kur. Nächster Termin war erst in 4 Wochen.

### *Therapier reflexion*

Mit der Differenzierung der Wahrnehmung im Bild bewegte sich die Patientin nicht weiter, daher entschied ich mich einen zeitlichen Termin zu setzen, das Bild schließen zu lassen als Form der Strukturierung. Die Patientin hat es selbstständig geschafft im Bild aus der Gefahr zu kommen und gestärkt und in voller Montur (Bergausrüstung) heimzukommen. Sie ist entgegen ihrer Struktur der Hilflosigkeit und Abhängigkeit alleine weitergekommen.

## **9.KIP**

Auf Kur war es ihr sehr gut gegangen. Sie waren vier Frauen, die viel unternommen haben, auch Bergsteigen.

Sie hatte auch etwas Gewicht abgenommen, diese Figur möchte sie sich erhalten und hatte nach der Kur ein Training im Fitnessstudio begonnen. Ihr Mann hatte sie nur am Wochenende einen Tag besucht. Das warme Essen, jeden Tag drei Mal, hatte ihr sehr gut getan, auch die Therapien.

Im Job hatte sie ihren Kollegen auch mehr die Grenzen gesetzt, sie hatte ihnen auch erklärt, dass sie sich nicht mehr so viel von ihnen aufhalsen lassen will und kann. Mit ihrem Mann hatte sie nun weniger Beziehung. Früher hatte sie ihm immer Essen gemacht, er ging Golfen oder ins Wirtshaus, kam wann er wollte. Nun traf sie sich mit Freundinnen, ging mit ihrer Mutter ins Fitnesscenter und war mehr mit ihrer Mutter zusammen, sie gingen auch Walken.

Zu ihrem Mann fand sie zurzeit keinen Weg, er kam mit der neuen Situation nicht zurecht, früher war ihm alles gemacht worden, jetzt kam er nach Hause und niemand war da. Das hatte es noch nie gegeben.



Die Patientin wurde selbstständiger, fand jedoch keinen Weg zu ihrem Mann. Sexuell hatten beide derzeit keine Lust, seit die Patientin Sport betrieb noch weniger. Ihr ging es jedoch sehr gut.

*Eindruck des Therapeuten:*

Es bestand bei der Patientin eine hypo-manische Stimmung. Sie war glücklich und voller Tatendrang und sie hatte erstmals drei Wochen ohne ihre Familie verbracht und ich war sehr stolz auf sie. Sie redete weiter von ihrem Mann. Sie hatte es gefreut, dass er Sehnsucht nach ihr gehabt hatte, während der Kur. Das hatte er noch nie zugegeben und sie wollte sich mit ihrem Mann aussprechen. Es wurde entschieden ihre Beziehung zu beleuchten.

## BEZUGSPERSON MÄNNLICH

Sie sah ein Gesicht, es war das Gesicht ihres Mannes, sie beschrieb die Lippen, die Nase, die Glatze, es war ein freundliches Gesicht, es lächelte milde, sie möchte es berühren, die Glatze streicheln. Das tat sie auch, dann wollte jedoch sie, dass er ihr etwas vom Kühlschranks zu trinken holt. Er tat es aber nicht. So ließ sie ihn aus und er ging weg, zum Sofa und drehte den Fernseher auf. Plötzlich war das Gesicht zornig, fast wie wenn er ihr..., nein das tat er niemals. Sie betrachtete das böse Gesicht, wollte weg, auch etwas anderes machen. Sie schaute noch mal, ging zu ihm hin, hatte etwas Angst, er machte den Eindruck bald zu explodieren. Sie sprach mit ihm, fragte warum er böse sei. Er sagte zuerst nichts, wurde jedoch dann weicher. Sie kam näher, streichelte ihn wieder, umarmte ihn, er jedoch sie nicht. Sein Gesicht wurde wieder freundlicher. So möchte sie das Bild beenden.

*Im Nachgespräch* wurde die plötzliche Aggression besprochen. Es passte gar nicht zu ihrem Mann, er war sehr ruhig und sanft. Sie hatte wirklich Angst vor ihm, sie war jedoch von niemand bisher geschlagen worden, sie verstand das nicht.

Sie gab mir das Bild vom Berg:  
Die Figur hing in der Felswand, jedoch lächelte sie.

*Therapier reflexion*

In der Supervision wurde deutlich gemacht, dass die Aggressionen im Bild die der Patientin sind, und nicht die des Mannes. Es zeigte sich ein Abwehrmechanismus der Patientin.

**Erweiterte Arbeitsdiagnose:**

Depressive und Zwanghafte Persönlichkeitsstörung  
frühe Störung (Mutter-Kind Dyade)

## PSYCHODYNAMIK

Es bestand bei der Patientin eine Idealisierung ihrer derzeitigen Beziehung zu ihrem Gatten. Eine Verklärung der Realität besteht. Es ist eine primitive Idealisierung ohne Realitätsprüfung. In Wahrheit bestand ein Abhängigkeitsverhältnis, ähnlich dem zu ihrer Mutter. Erst im Bild Bezugsperson arbeiteten sich klare Beziehungsstrukturen der Patientin heraus.

Zu ihrer Mutter, ihre Matrix, ist sie symbiotisch fixiert.

Die Abwehrmechanismen und Reaktionsbildungen hatten viel mit der Mutter zu tun. Negative Gefühle mit der Mutter sollten abgespalten werden.

Die Patientin war gut strukturiert, wenn ihr Sicherheitsgefüge passte. Wenn jedoch eine Störung ihrer Symbiose zu ihrer Mutter drohte, brach ihre Abwehrstruktur zusammen bis zur Arbeitsunfähigkeit.

Die Ängste der Patientin, die sich bis zur Panik steigerten sind Trennungsängste, da ihre Mutter-Kind-Dyade im ersten Lebensjahr durch die Arbeit der Mutter gestört wurde und der Vater keinen Ersatz durch seine Alkoholkrankheit bot.

Die Zwänge der Patientin sind aus der analen Phase und könnten mit der Erziehung ihrer Ersatzmutter, ihre Oma zusammenhängen.

Die zwanghafte Persönlichkeit laut Riemann hat ein Streben nach Dauer und Sicherheit. Diese Persönlichkeit hat eine starke Neigung, alles beim Alten zu belassen und Änderungen zu vermeiden. Die Schienen des Zwanghaften Typs werden im 2-4 Lebensjahr gelegt, in der Phase des Durchsetzens und sich Anpassens. Äußerungen des Eigenwillens wurden in der Erziehung der Patientin gehemmt, bestraft oder unterdrückt.

## THERAPIEVERLAUF

Die Enge des kontrollierten Bachbettes ließ zwanghafte Züge der Patientin vermuten. Die Nähe zur Quelle löste bei der Patientin Abwehrmechanismen bei der Patientin aus, Dies war auch ein Zeichen ihrer frühen Mutterbindungsstörung. Die enge Abhängigkeitsbeziehung zu ihrem Mann war eine Folge davon.

Im Bachbild kam sie alleine nicht weiter, der Ast war wahrscheinlich der Therapeut. Er hatte jedoch nicht aktiv eingegriffen.

Die Ersatzmutter war die Oma, die Mutterproblematik war sehr groß. Der Bach war wie ein Kanal, was auf fehlende Rhythmik in der Kindheit vermuten ließ, wobei eine anale Störung wahrscheinlich war.

Die Mutter hatte in ihrer Kindheit wenig Zeit und wenn nur streng erziehend, fordernd vielleicht auch schnell rein zu sein. Die Mutter hatte noch immer großen Einfluss auf die Tochter. Sie fürchtete wie die Patientin die Loslösung. „Lieber den Mann verlassen, nur nicht die Mutter.“ Die Tochter zeigte sich, dass sie mit ihrer Mutter ins Fitnesscenter als auch Nordin Walken ging.

Ihr Mann war ihre Bezugsperson. Aggressionen waren immer von ihr selbst. Sie hatte Aggressionen gegen ihren Mann, nicht umgekehrt. Das erschreckte sie. Dies wirkte in ihr.

Die Therapie lief gut. Der Berg war der in ihrer Pubertät früh verstorbene Vater. Hier war der männliche Part in der Erziehung ganz wichtig. Sie suchte den Vater in Partnerschaften. Wenn der Mann ihre Anforderungen nicht erfüllen konnte, war es aus. Sie gab ihrem ersten Mann an allem Schuld. Der zweite Mann konnte gut mit ihr umgehen, brauchte Abhängigkeit vielleicht selber?

Nun war es ganz anders. Die Beziehungsstruktur wurde der Patientin klar. Jetzt musste in der Therapie auf Beziehung geachtet werden. Auch ihr Mann sollte eventuell in die Therapie einbezogen werden.

Das Seil kam vom Vater nicht vom Therapeut. Die Patientin war nun schon viel selbstständiger, auch im Bild. Die Kur war wichtig.

Die Patientin ist freier in ihren Entscheidungen. Vorher war es eine symbiotische Beziehung zu ihrem Mann, sie konnte nicht alleine sein. Alleine ein Wochenende im Haus zu bleiben war seit Jahren unmöglich. Nunmehr hat sie kein Problem damit.

Beruflich ist sie auch bestimmter. Sie lässt sich nicht mehr ausnützen. Sie sagt, was sie stört.

Das Bild „Boot“ ist die Beziehung zur Mutter oder zum Partner, die alt und modrig und festgefahren ist. Das Standbild ist der Schutz des Unterbewusstseins.

Die Einstellung dieses Bildes als Fokus könnte ihr Abwehrstruktur lösen, vorausgesetzt die Patientin ist beim nächsten Termin in einer psychisch stabilen Verfassung.

## 10.KIP

Mit ihrem Mann hatte die Patientin in letzter Zeit viel geredet. Er hatte es eingesehen wieder mehr im Haushalt mitzuhelfen. Sie hatte ihn jedoch einmal mit einem guten Essen überrascht. Ich habe ihr gesagt, dass auch er vielleicht ein paar Stunden nehmen sollte, auch wegen ihrem Therapieverlauf. Sie sagte, dass er das nicht machen würde, auch wegen dem Geld nicht.

Im Beruf hätten sich die Kollegen schon daran gewöhnt, dass sie nicht die Letzte ist, die geht. Es lief trotzdem gut. Ihre Kollegen forderten dennoch viel, aber das freute sie auch. Dem Chef ging es privat wieder besser, daher wäre er auch nicht mehr so chaotisch im Beruf.

Mit Freundinnen verbrachte sie nun mehr Zeit, mit ihrer Mutter auch. Sie war richtig glücklich. Ihrem Mann ging es halt nicht so gut.

Aus Interesse der Beziehung der Patientin am anderen Geschlecht als auch um zu überprüfen, wie die Patientin Beziehungen aufnahm, wurde folgendes Bild von mir gewählt:

### DIE BOOTSFAHRT

Die Patientin sah einen Steg. Es war nebelig, sehr nebelig. Sie sah nicht das Wasser, auch nicht wo der Steg aufhörte. Sie sah nur schemenhaft ein Boot. Es war ein Holzboot, es war jedoch kaputt, es war auch an einer Seite angemacht, es schaute aus wie einbetoniert. Sie setzte sich rein, es bewegte sich nicht, sie schwamm rund ums Boot. Das Boot war sehr alt, es bröckelte fast ab. Eine Bootsfahrt war nicht möglich mit diesem Boot. Irgendwer hatte es ganz festgemacht. Es war kein Anker. Die eine Spitze des Bootes war eingemauert. Man sah die Ziegel, sie bröckelten auch ab, wie wenn das Boot zerfallen würde. Sie sah einen Strudel, einen Wasserstrudel, sie rettete sich zum Steg, sah jedoch den Strudel noch immer. Das Boot wurde reingezogen. Es zerfiel in viele Einzelteile. Die Patientin sah die Ziegel. Sie möchte nicht in den Strudel gezogen werden. Plötzlich bewegte sich der Strudel nicht mehr, er stand und alle Teile mit ihm, wie ein Standbild. Sie stand davor, auf dem Steg. So etwas hatte sie noch nie gesehen. Sie berührte die Ziegel und die Holzteile. Der Strudel bewegte sich wieder, zog sie rein, sie möchte nicht, sie hielt sich am Steg fest. Die Teile wollten auch zum Steg - sie möchte dies jedoch nicht,

„Soll ich das Boot verlassen, irgendwie möchte ich diese Teile abschütteln.“ Das tat sie auch. Sie war sicher am Steg, der Nebel war weg. Sie sah das Boot. Es war nur mehr halb, jetzt war es ganz kaputt, aber man könnte es wieder aufbauen, zusammenbauen, ein paar Teile waren ja noch da: ein halbes Boot und der eingemauerte Teil. Schön

war das Boot nicht, aber man könnte es wieder zusammenbauen, jetzt jedoch nicht. Sie wollte das Bild beenden, indem sie den Steg entlang an Land ging.

*Im Nachgespräch* ging es ihr gut, sie hatte auch wenig Angst. Das Boot war wie ein Verlust. Es tat ihr leid, dass das Boot so alt und vernachlässigt war. Sie hatte sich jedoch befreit gefühlt, als die Teile von ihr abfielen. Das Boot möchte sie jedoch nicht ganz aufgeben, vielleicht würde sie doch irgendwann mit ihm eine Bootsfahrt machen können.

### *Therapier reflexion*

Vorsicht: Die Symbiose zerfällt. Eine funktionierende Arzt-Patienten Beziehung ist jedoch gegeben.

*Zufällige Außenanamnese* mit ihrem Mann in der Kassenpraxis. Er hatte eine Verletzung am Knie, Meniskus, zur Diagnostik wurde eine MR-Untersuchung veranlasst. Er sprach mich auf seine Frau an, erkundigte sich nach der Art der Therapieform und sagte, dass sie große Fortschritte gemacht hätte. Ich erklärte ihm das KIP und erklärte ihm auch, dass in der Therapie der Partner einbezogen werden sollte. Weil sich auch in der Partnerschaft etwas verändert, weil sich der eine Part weiterentwickelt. Ich riet ihm auch eine Psychotherapie zu beginnen.

Er zeigte sich nicht abgeneigt. Vom äußeren Erscheinungsbild war es ein großer, gesetzter, gepflegter Mann mit Glatze, freundlich, jedoch nachdenklich und prüfend. Insgesamt ist er mir sympathisch.

## **11.KIP**

Diesmal kein Bild, sondern Resümee.

Es wurden die bisherigen Bilder noch einmal mit der Patientin besprochen, Kommentare und Ideen von der Patientin erläutert. Interpretationen auch von mir wurden besprochen. Der Therapieverlauf und die vereinbarten Therapieziele wurden gemeinsam beleuchtet. Der Patientin ging es gut. Sie hatte keinerlei Symptome mehr, weder depressiver noch zwanghafter Natur. Es hatte sich einiges in ihrem Leben zum Besseren gewendet. Jedoch hat sie mit ihren Freunden über ihre Veränderungen nach der Therapie gesprochen. Diese haben gesagt, dass eine Freundin auch Therapie gemacht hätte. Vorher ist es ihr besser gegangen. Sie hätte bald keine Freunde mehr gehabt, weil sie sich so verändert habe. Sie hat wieder mit der Therapie aufgehört, jetzt würde es ihr wieder besser gehen und ihre Freunde könnten sich wieder auf sie verlassen.

Meine Patientin möchte auch mit der Therapie aufhören. Ich sagte ihr, dass sie nun an einem noch zu frühen Punkt sei, die Therapie abubrechen. Es würde bald alles wieder so werden wie vorher. Jedoch sei es ihr früher nicht gut gegangen, sehr wohl aber den Freunden, Kollegen, dem Chef und vor allem ihrem Mann.

Der nächste Termin wäre erst in 3 Monaten wegen der Sommerpause, wie jedes Jahr.

Die Patientin willigte ein und sagte, dass ihr das gut passe, auch wegen dem Geld und ein neuer Termin im Oktober wurde vereinbart.

## **Fallvorstellung in der eigenen Gruppe**

Dr. Bartl sagte, „So kenn ich Dich gar nicht. Sehr gut!“ Er möchte weiter über den Fall berichtet hören, auch die bezeichneten Bilder sehen.

„Es ist eine Zwangsstörung. Vor der Situation im Bach hätte ich keine Angst haben sollen, dies ist ihr Zwang und da fühlt sie sich wohl, man kann sie auch darin belassen, aber so ist es besser gelaufen. Die Patientin braucht circa 40-50 Einheiten zur Heilung mit KIP.“

### **Korrigierte Diagnosen:**

Anpassungsstörung depressiven und zwanghaften Anteilen

Angsterkrankung, insbesondere Panikattacken

Frühe Störung

## **12.KIP**

Die Partnerschaft ging dem Ende zu.

Die Patientin fühlte sich in ihrer Ehe nicht mehr wohl. Sie konnte nichts mehr geben.

Auch die Achtung und der Respekt von seiner Seite waren nicht mehr da. Kurt, ihr Mann, half auch nicht mehr im Haushalt. Er möchte jedoch noch mit ihr zusammenbleiben. Er möchte die Beziehung retten, gab aber dem Therapeuten die Schuld. Selbst möchte er keine Therapie machen.

*Gestalttherapeutisch: Frage nach dem Hier und Jetzt*

Sie war im Hier und Jetzt, machte sich nichts vor, war rein mit sich.

Kurt dachte daran auszuziehen, nach Bad Schallerbach in die Wohnung beider Freundin. Sie hätte dann Geldsorgen, weil sie beide im Grundbuch stehen und beide zu gleichen Teilen die Kreditraten bezahlten. Ihre Mutter unterstützte sie, auch finanziell.

Sie war auf Betriebsausflug übernachtet in Leutschach mit 8 Frauen und dem Chef. Es war sehr lustig.

„Ist nicht doch noch etwas zu retten in der Beziehung?“ erkundigte ich mich.

Sie hoffte allerdings, dass er auszieht, vielleicht wäre es dann besser. Er würde sich keine andere Frau suchen, da er sie noch sehr liebte. Sie empfand nur Abschied.

*Therapier reflexion:*

Durch die Therapie konnte sie ihre symbiotische Beziehung zu ihrem Mann kritisch hinterfragen. Es ging ihr gut dabei.

## **13.KIP**

### **FORTSETZUNG BOOT**

Sie sah Nebel, keine klaren Figuren, im Nebel dann ein dunkelbraunes Etwas, sie kam näher und sah den Rumpf eines Bootes, eines kleinen Bootes. Sie hielt inne.

Das Boot war an der Wand festgemacht. Sie ging näher, sprang ins Wasser. Das Wasser war warm. Die Patientin konnte nicht in das Boot steigen, es war vorne ganz kaputt, das Holz war vermodert und löste sich auf. Auch Wasser war darin. Man konnte unmöglich mit diesem Boot fahren, es war hinten,... lange Pause

Es war hinten in die Mauer einbetoniert.

Sie war sehr traurig, weil sie dieses Boot auch nicht mehr reparieren konnte, es war kaputt. Sie ging auf den Steg zurück, es war schöneres, klareres Wetter.

*„Was möchtest du mit dem Boot machen?“*

Sie wollte, dass das Boot wieder fährt, aber sie sah ein, dass es nicht mehr zu reparieren war. Sie wollte anstatt Boot zu fahren, schwimmen gehen.

Die Patientin ging zum Ende des Steges und sah das Wasser. Plötzlich sah sie einen Strudel. Einen Strudel, der das Boot und alle Teile immer wieder zeigte und in ganz kleine Teile zerlegte. Sie war sehr angespannt. Das Bild blieb plötzlich stehen, wie im Standbild. So wurde das Bild beendet.

Um neuerlich jenes Standbild zu beleuchten und in Anbetracht der guten Entwicklung der Patientin wird ein Fokus im Bild gesetzt.

### **FOCUS: STANDBILD-BOOTSTEILE**

Der Strudel ging weiter er drehte und drehte sich, riss sie fasst hinein. Sie wollte ein Teil greifen, es war zu gefährlich, sie möchte jedoch

unbedingt, sie griff ein kleines Holzstück, ging damit zurück an den Steg und hielt das Teil in ihren Händen. Sie hatte das Gefühl, sie müsste es festhalten, ganz festhalten, damit es ihr niemand nehmen konnte. Sie spürte eine enge Beziehung zu diesem Holzstück, roch daran, es roch nach gutem Holz, nicht modrig.

Sie möchte mit diesem Bootsstück den Steg entlang nach Hause gehen. Ihr ging es sehr gut.

### *Supervision*

„Das Boot ist ein Muttersymbol. Es ist brüchig geworden. Sie hat einen Teil der Mutterbeziehung gerettet, das Gute, den letzten symbiotischen Teil, der ihr auch zusteht.

Das Boot ist jedoch durch den Strudel ganz zerteilt worden. Jedoch ein wichtiger Teil, den hat sie behalten, wie am Bild zu sehen am Herzen.

In der Supervision wird darauf hingewiesen, dass die drohende Trennung vom Mann ihr eigener Wunsch sein muss. Es muss überprüft werden, ob sie nicht zu sehr von der Mutter beeinflusst wird.

Die Patientin ist völlig symptomfrei.

## **14.KIP**

In der Arbeit ging es ihr gut. Eine Kollegin war sehr anstrengend. Ihr Mann wohnt nun in Bad Schallerbach, die Eltern wären erleichtert über die Entwicklung.

Die Patientin jedoch verteidigte ihren Mann noch: „So schlecht, wie ihn die Mutter macht, ist er nicht!“

Am Freitag kam Kurt immer zu Besuch. Es war komisch. Er tat ihr so leid.

Sie traf wieder mehr ihre Freunde. Ihr Mann möchte, dass sie auch zu einem Psychologen geht, er möchte nur eine zweite Meinung.

Es wurde ein Kollege, der ein sehr guter Diagnostiker ist, von mir empfohlen.

Meine Fragen an die Patientin:

„Was würde Oma sagen?“

Sie würde nichts sagen, nur dass die Achtung und der Respekt das Wichtigste in einer Beziehung wären und das hätte schon seit zwei Jahren gefehlt.

„Mit wem verbringst Du Weihnachten und Silvester?“

Weihnachten würde sie mit den Eltern verbringen und vorher würde Kurt zu ihr kommen.

Silvester wollte sie mit ihrem Mann, ihren Freunden und ihrem Bruder feiern, ihre Mutter würde woanders feiern.

Die Scheidung wurde ein Thema. Es war schon die 2.Scheidung der Patientin.



Ihr Chef stieg ihr nun sehr nach, seitdem er von ihrer Trennung wusste. Früher war sie zwischen Oktober und Jänner am Wochenende nie aus dem Haus gekommen. Nur im Sommer fuhr sie mit ihrem 2. Mann Motorrad.

Jetzt unternahm sie sehr viel, auch alleine.

Sie hatte noch ein fehlendes Bild mitgebracht, eingerahmt, auf Leinen gemalt, auch an den Seitenrändern des Rahmens.

*Therapier reflexion:*

Eifersüchte der Umgebung, phallische Tendenzen der Patientin. Sie hatte Angst vor Bindungen, aber auch vor Trennungen.

# GRUPPENSUPERVISION

mit Bilder bei OMR DR. BARTL

## ***Endgültige Diagnosen:***

*Depression*

*Zwangsstörung*

*Angsterkrankung*

*Frühe Störung*

Besonders das Bootbild weist auf vermehrte depressive und weniger Zwanganteile hin.

Die Erlösung im Bild war dann mit dem Bootsteil in ihren Händen.

Sie ist schon sehr weit gekommen. An der Scheidung ist nicht der Therapeut Schuld.

Sie habe sich einfach schneller entwickelt als ihr Mann. Er kam nicht mehr nach und wollte auch daran nichts ändern. Er wollte die verschreckte, unselbständige Frau von früher, die für ihn alles gemacht hat und er nur da zu sein brauchte. Die Mutter dürfe jedoch nicht nur wegen der Finanzen auf die Scheidung drängen. Es müsste ihre alleinige Entscheidung sein.

**Zusatztermin** in der Ordination wegen Grippe Ende November:

Es wurde ausnahmsweise von mir (ansonsten soll Allgemeinmedizin als Hausarzt und Therapie als Therapeut absolut getrennt werden) nach ihrem Willen bezüglich Scheidung gefragt.

Es war ihre alleinige Entscheidung und natürlich die ihres Mannes.

## **15.KIP**

Die Scheidung war vor Weihnachten, einvernehmlich gewesen.

Kurt war sehr traurig, er würde jedoch gut zurechtkommen.

Silvester mit allen war lustig. Bei der Weihnachtsfeier hat ihr Chef sie so „angebraten“, dass sie absichtlich mit einem Kollegen 2 Stunden geredet hat. Er hat ihr das am nächsten Tag vorgehalten.

Sie möchte nichts vom Chef.

Es ging ihr sehr gut, sie fühlte sich sehr befreit, hätte jedoch Schuldgefühle wegen Kurt. Diese Schuldgefühle seien jedoch normal.

Ausführliche Beleuchtung der aktuellen akuten Situation:

Die Patientin wirkte befreit, glücklich, jedoch auch traurig einem Menschen wehgetan zu haben. Die Mutter hatte sich nicht mehr

eingemischt. Sie war sehr froh, auch weil die finanzielle Situation geklärt war.

Die Patientin sei jetzt alleiniger Besitzer der Haushälfte.

Finanziell würde es gerade reichen die Kreditraten zurückzuzahlen.

### **Therapier reflexion**

Die Patientin konnte sich von ihrem Mann trennen, weil sie mit mir als ihr Therapeut eine adäquat nahe Beziehung hatte um ihr Strukturgefüge zu erhalten.

Die Gefahr sich wieder symbiotisch nach der Therapie zu binden ist jedoch groß. Die Patientin hatte keine Freiheit in der Objektbeziehung. Klare Beziehungsstrukturen sollten mit der Patientin herausgearbeitet werden.

## **16.KIP**

Die Patientin kam in ruhigen, eleganten Schritten in die Praxis.

Sie war in Ihrer Mitte, lächelte und sagte, dass es ihr sehr gut ginge.

Sie erzählte, sie treffe sich nun nicht mehr mit ihrem Ex-Mann. Sie redete jedoch noch einmal lange mit ihm. Es war eine schöne, wichtige Zeit, die jedoch vorbei sein würde. Sie möchte derzeit keine neue Beziehung, würde jedoch regelmäßig fortgehen und habe einige Angebote von diversen Verehrern, auch im Fitnesscenter, erhalten, die sie jedoch dankend ablehnt hatte.

Es wurden die weiteren Therapiemöglichkeiten mit der Patientin besprochen.

Die Patientin sprach erstmals ernsthaft ein Ende der Therapie an.

Der Therapeut freute sich, wog ab, ob es zu früh sei, da ja erst 16 Sitzungen, jedoch insgesamt mehr als 20 Kontakte über einen Zeitraum von fast zwei 2 Jahren stattfanden.

Die Therapieziele „Selbstvertrauen“ und „Selbstständigkeit“ waren erreicht. Die Patientin war symptomfrei und dies schon seit einem Jahr. Die Loslösung von der Mutter war erst im Gang. Dies war sicherlich nicht austherapiert.

Es wurde ein Beenden der therapeutischen Beziehung gemeinsam beschlossen.

Nach dem Motto: „Lass den Vogel fliegen!“

## THERAPIEENDE

Alle Veränderungen im Leben der Patientin wurden nochmals anhand der Aufzeichnungen der Therapeutin besprochen:

Zusammenbruch – Therapiebeginn – Kur - Veränderung der Partnerschaft - Beginn der Loslösung von der Mutter - Neuorientierung in der Arbeit – Scheidung – Weihnachten – Silvester – Neubeginn

Die Patientin war sehr stolz auf sich und dankbar.  
Auch ich war sehr stolz auf meine Patientin.  
Die Verabschiedung fand erstmals mit einer Umarmung statt.

SCHLUSSBILD: FREIE ASSOZIATION

Sie trug ein weißes Kleid und stand in hellen Sonnenstrahlen.  
Es ging ihr gut und sie fühlte soviel Wärme von diesem Licht.  
So wollte sie dieses Bild beenden.

## ZUSAMMENFASSUNG

Die Therapieform KIP hatte sich bei der Patientin als eine geeignete Methode gezeigt.

Im Jahr 2001 hatte sie einen stationären Aufenthalt für 1 Woche in einer psychiatrischen Abteilung wegen Panikattacken.

Die anschließende Therapie bei einem Familientherapeuten dauerte 1 Jahr und wurde von der Patientin abgebrochen. Seit 2000 war sie medikamentös mittels eines Antidepressivum und einem Anxiolyticum eingestellt.

Ein halbes Jahr nach Therapiebeginn mit KIP waren keine psychiatrischen Medikamente mehr indiziert.

Die Therapieziele der Patientin wurden erreicht und die Patientin ist in ihrer Entwicklung wesentlich weitergekommen.

Die Therapie ist jedoch nicht abgeschlossen. Die Symbiose zur Mutter ist noch nicht gelöst. Es ist zu erwarten, dass sie mit einem weiteren Partner wieder Schwierigkeiten mit der Idealisierung ihrer zukünftigen Beziehung ohne Realitätsprüfung hat.

Es kann zu einem Wiederholungszwang nach Freud kommen.

Ihr Zwang diene zur Abwehr der Objekt Konstanz. Durch die Therapie hatte sie ihre Beziehungsstruktur zu ihrem Mann klar herausgearbeitet und sich von ihrer symbiotischen Beziehung durch eine tragende Arzt-Patienten-Beziehung lösen können. Jedoch die Lösung der symbiotischen Beziehung zu ihrer Mutter, die die Ursache ihrer Beschwerden war, blieben im Ansatz, zumal die Mutter ihre eigenen Verlustängste durch zunehmende, gemeinsame Aktivitäten mit der Tochter verstärkt hatte.

Die Zukunftsperspektive der Patientin ist eine verbesserte, nunmehr symptomfreie Situation im Alltagsleben. Sie ist unabhängiger und selbstständiger, ja reifer geworden. Wenn sie jedoch die Lösung von ihrer Mutter nicht alleine schafft, ist eine Therapieüberlagerung wahrscheinlich, sodass sie wieder in ihre alte Strukturen verfällt und wieder eine symbiotische Beziehung zu einem Mann suchen wird.

Eine reife Liebe nach Balint, eine Beziehung ohne Abhängigkeiten als eigenständige Persönlichkeit mit eigenen Vorstellungen und Wünschen, aufbauen zu können, ist ihr zu wünschen.

Die frühe Mutter-Kind Beziehung mittels KIP zu beleuchten ist jedoch aufgrund des Therapierendes ausgeblieben. Als ihr Hausarzt kann ich jedoch ihren weiteren Reifungsprozess beobachten und sie vielleicht zu einer weiteren Therapie bewegen.

Im Großen und Ganzen hatte die Patientin von der Therapie mit KIP profitiert.

## **ANHANG**

Im Anhang finden sich 5 Bilder der Patientin im Therapieverlauf. Wegen Anonymität nicht angeführt.

Die Patientin malte zuerst das Bergbild, das sie noch mit Malfarben fertigte. Die folgenden Bilder wurden ein halbes Jahr später auf gerahmten Leinen mit Ölfarben gemalt.













## LANGZEITKRANKHEITSVORLAUF UND PROGNOSE

Ein halbes Jahr nach der Therapie ging es der Patientin sehr gut. Sie hat ein sicheres Berufsleben und lernte einen neuen Partner kennen. Er ist ein Unternehmer. Es ist eine Wochenendbeziehung. Es scheint im Vergleich zur Erstehe eine reifere Beziehung zu sein. Die Trennungsängste hat sie völlig verloren. Sie kommt gut mit der Distanz/Nähe zu ihrem neuen Partner zurecht. Sie möchte derzeit mit niemandem zusammen ziehen. Sie hat keine Angstsymptome mehr und beruflich ist sie mit ihrer Rolle als Chefsekretärin koordinierter und strukturierter und kann mehr delegieren als vor der Therapie. Auch die Beziehung mit ihrer Mutter ist nach wie vor unbearbeitet, aber funktionierend intakt. Durch die Scheidung hat sie nunmehr alleine für den Kredit ihres Haus Zubaus aufzukommen. Sie arbeitet deshalb für die Anwaltskanzlei ihres Chef auch am Wochenende per Internet.

Anfang Oktober 2007 hatte sie jedoch einen neuerlichen Zusammenbruch. Ihr Kater, der 8 Jahre bei ihr war ist von einem Auto überfahren worden. Die viele Arbeit wird ihr zu viel, sie kann nicht mehr schlafen und fühle sich sehr schwach. Eine Krankmeldung für 2 Wochen war nötig. Der Patientin wurde ein Termin am selben Tag für ein weiteres Psychotherapeutisches Gespräch gegeben.

Die Patientin kommt alleine, sie ist im Trainingsanzug und ungeschminkt. Sie sieht mitgenommen aus. Sie erzählt mir von ihrer Katze, das er ihr so ans Herz gewachsen ist, das er genau wusste, wie es ihr geht, und das sie ihn nicht mehr verabschieden konnte. Sie weint, was aber, das ihre Freundin, ein junges Kätzchen ihr bald schenken wird. Aber alles beginnt wieder von vorne, die Vertrautheit muss erst wieder aufgebaut werden.

Ihr Chef lässt sie auch nicht in Ruhe, seit er weiß, dass sie geschieden ist, brät er sie an.

Ihre Kollegen sind nicht so genau wie sie, sie verlassen sich zu sehr auf sie, sie geht jedoch jetzt in den Krankenstand. Sie werden schon zurecht kommen.

Sie ist bereit für ein Bild

### Der Blumentest

Sie beschreibt eine Blume, die auf einem Blatt Papier gezeichnet ist. Es ist eine Blume, die von einem Kind gezeichnet wurde. Diese Blume gibt es nicht in der Wirklichkeit. Sie hat rote Blütenblätter und einen gelben Stempel. Sie möchte das Blatt Papier berühren. Es fühlt sich rau an. Sie riecht nichts und fühlt Unbehagen, sie möchte eine andere Blume sehen und sieht eine Blume die in der Luft ist, sie kann diese Blume nicht bezeichnen. Beim Berühren der Blume merkt sie, dass es eine Blume aus Plastik ist, sie fühlt sich glatt und kalt an, sie möchte wiederum eine andere Blume sehen. Als nunmehr dritte Blume sieht sie eine Blume in ihrem Garten. Es ist eine sehr schöne Blume. Eine gelbe Tulpe, die wunderbar riecht und sich sehr war und weich in der Mitte der Blüte anfühlt. Sie möchte diese Blüte immer ansehen und damit ihr Bild beenden.

Mit der Patientin werden weitere Termine vereinbart.

## 17 KIP

Die Patientin hat mit ihrer früheren Antidepressivatherapie seit 3 Tagen wieder begonnen. Zwischenzeitlich war ihre Mutter mit einer hypertensiven Krise bei mir in der Allgemeinmedizinpraxis vorstellig. Ihr gehe es mit den neuen Blutdrucktabletten jedoch wieder gut.

Meine Patientin kommt im Wochenenddienst zu mir. 45 Minuten zu einem günstigeren Tarif wurden aufgrund ihrer finanziellen Situation und der Dringlichkeit der Therapiefortsetzung vereinbart.

Ihr gehe es mit Abstand von der Firma besser, sie leide jedoch an Schlafstörungen. Eine Kollegin hat sich jedoch in dieser Woche mit Tabletten das Leben nehmen wollen. Sie liegt im Krankenhaus und körperlich gehe es ihr gut.

Sie selbst hat jedoch noch nie an Selbstmord gedacht.

Sie erzählt mir, dass sie wieder ins Fitnessstudio, das sie seit 3 Monaten nicht besucht hat gegangen ist. Sie wolle Montags wieder arbeiten gehen.

## DER BACH

Sie bildert wiederum den bekannten regulierten Bach mit Betonwänden seitlich. Sie geht wieder Richtung Quelle im Bachbett, das ihr bis zu den Knien steht. Es ist kühl aber erträglich, das Wasser ist ganz rein. Sie geht und geht, plötzlich sieht sie das sich das Bachbett verändert, es wird eine Aulandschaft, mit Moos an den Bachrändern und Grashalme und Wiese, sie denkt sich sehr schön, dann geht sie weiter, merkt aber, dass das Wasser jetzt anders rinnt, scheinbar zu Quelle hin. Es ist eine Strömung spürbar, sie geht weiter und weiter, es geht ihr gut, sie berührt das Wasser, ein Strudel bildet sich um ihre Hand, sie spürt keine Strömung mehr, die Richtung des Wasser ist jedoch noch immer in die andere.

Sie merkt nun dass der Bach schmaler wird und geschlängelt. Sie geht weiter und sieht einen großen Felsen und das Wasser darunter verschwinden. Sie klettert über den Felsen und sieht plötzlich nichts mehr. Sie sieht etwas helles wie Nebel, man kann jedoch hier nicht weitergehen, sie hat Angst davor. Sie klettert den Felsen wieder runter und schaut noch mal zu der Stelle, wo das Wasser verschwindet. Sie greift mit den Händen in einen engen Spalt. Sie kommt nicht mal mit der Hand rein, sie müsste ein Blatt Papier sein um da hindurch zu kommen. Sie überlegt lange, dann probiert sie es noch einmal. Nur mit den Händen versucht sie die Öffnung zu vergrößern, sie reibt sich die Hände an den scharfen Felskanten blutig.

Ich interveniere, was sie tun könnte, dass das nicht passiert.

Sie merkt plötzlich dass da auch Sand ist, sie versucht in raus zu bekommen, er rieselt aber immer zurück. Sie merkt dass es nun doch geht, sie spürt eine Hand. Sie wird von der Hand reingezogen und sie lässt es zu. Es sind nun zwei Hände, die sie umarmen. Es ist surreal! Sie sind mitten im Felsen, darunter das Wasser: Sie hat auch ein Gefühl, als ob es ihre Mutter wäre. Es ist sehr schön. So möchte sie ihre Bild beenden.

Im Nachgespräch erzählt sie, dass sie als sie 2 Jahre war, ins Krankenhaus musste wegen einem Blinddarm. Ihre Mutter musste sie dort ganz alleine lassen, sie durfte sie auch nicht besuchen. Sie hätte nur geschrien, als sie nach einer Woche wieder zu ihrer Mutter heim durfte, hat sie sie gar nicht kennen wollen. Sie hat es ihr nicht verzeihen können, und so hat sie ihr gezeigt, dass sie sie nun nicht mehr als ihre

Mutter kenne. Sie glaubt, das war im Bild zu sehen. Es war jedoch schön, das sie mich so umarmt hat.

## **Krankheitsverlauf**

Mit der Antidepressivatherapie hat sie nach 3 Monaten wieder aufhören können. Es gehe ihr wieder gut. Mit ihrer Mutter hat sie viel geredet. Im weiteren Krankheitsverlauf zeigte sich nur eine laufende Hormonersatztherapie bei beginnendem Klimakterium. Eine internistische und chirurgische Durchuntersuchung bei Nod. Hämorrhagica und atypischen Thoraxschmerz im Krankenhaus und einer neuerlichen Vorsorgeuntersuchung bei guten Befunden. Nach einem Jahr Symptommfreiheit stellt sie mir für Impfberatung für eine geplante gemeinsame Urlaubsreise jenen Unternehmer vor, den sie inzwischen geheiratet hat. Das Paar ist nett und zuvorkommend zueinander und sie kommunizieren auf einer lustigen, neckischen Art mir gegenüber.

## **Prognose**

Nunmehr durch den bereits 2 jährigen, konfliktarmen Beziehung und nunmehriger Ehe ist eine weitere Symptommfreiheit der Patientin zu erwarten. Sie kann nunmehr eine reife Beziehung führen und auch im Beruf ist sie trittfest geworden. Die symbiotische Beziehung zu ihrer Mutter könnte sich bei Krankheit selbiger wieder in den Vordergrund stellen. Nunmehr ist von meiner Seite als Therapeut keine Empfehlung für ein Fortsetzen der Therapie gegeben. Die Patientin hat nach mehr als 5-Jährigen Hausärztlicher und 3-Jährigem psychotherapeutischen Verlauf eine gute Prognose ganz gesund zu werden. Die neuen Bilder Blume und Bach sprechen sicherlich dafür. Die Beziehung zur Mutter wird noch einmal erarbeitet werden müssen.

## LITERATUR

**Abraham K.** Psychoanalytische Studien. Band1+2 Gießen Psychosozial Verlag; 1998

**Adler A.** Menschenkenntnis; Leipzig 1929

**Alexander F.** Zwei Formen der Regression und Ihre Bedeutung in der Therapie. Psyche 9, S665, S668-678; 1955/1956

### **BALINT M.**

Fünf Minuten pro Patient. Frankfurt, Suhrkamp; 1975

Charakteranalyse und Neubeginn. Int.Z.Psychoanal; 1914

Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart, Klett-Cotta; 1954

Primärer Narzissmus und primäre Liebe. JB d. Psychoanalyse; 1960

Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse. Huber/Klett, Bern; 1966

Therapeutische Aspekte der Regression. Klett, Stuttgart 1970

Fokalthherapie. Suhrkamp, Frankfurt/Main 1973

### **Barolin G.**

Spontane Altersregression im Symboldrama und ihre klinische Bedeutung. Z.Psychotherapie Med. Psychol 32, S77-91; 1961

Spontane kontrollierte Altersregression im katathymen Bilderleben.

Z.Psychotherapie Med Psychol 32, S111-117; 1982

### **BARTL G.**

Diagnose und Therapie psychosomatischer Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. Ärztl Praxis in der Psychotherapie 3,3,S3-7 1981

Die Auswirkungen körperlicher Berührungen auf Beziehung und Deutung.

Reinelt und Datler, Springer, Berlin; 1988

Der Umgang mit der Grundstörung im katathymen Bilderleben.

Roth „Konkrete Phantasie“ Huber, Bern; 1984

Der Umgang mit der Grundstörung in der Allgemeinpraxis. Ärztl Praxis u Psychotherapie 3,3, S3-18; 1993

Neue Erfahrungen mit dem katathymen Bilderleben. Huber, S117-119, Bern; 1984

Strukturbildung im therapeutischen Prozess In: Bartl,Pesendorfer Lit Univerlag S 15-20 Wien; 1989

Das therapeutische Beziehungsangebot in einer Landpraxis. In: Ringel,Rossmannith „Die Arzt-Patient-Beziehung“ Maudrich, S15-20 Wien;1989

Die aktive Technik in KB bei der von Psychosomatikern und Frühgestörten.  
In: Das katathyme Bilderleben in der psychosomatischen Medizin.  
Wilke, Leuner, Huber, Bern; 1990

**Bastiaans J.** Die Übersetzung der Klage. Z. Psychother Med Psychol  
21, S167-181; 1971

**Benedetti G.** Das katathyme Spiegelbild. In: Bartl, Pesendorfer 1989  
Der Kampf mit dem Dämon. Vortrag Aachener PTW 1985 (unveröff.)

**Buber M.**

Geleitwort. In: Trüb: Heilung aus der Begegnung Stuttgart; 1971  
Dialog between Martin Buber and Carl Rogers. Psychologia 3, S208-211;  
1960

**Bermann M.** Wiederverzauberung der Welt. Dianus-Trikont, München;  
1983

**Bettelheim B.** Die Geburt des Selbst. Fischer, Frankfurt/Main; 1983

**Bloch E.** Das Prinzip Hoffnung. Suhrkamp, Frankfurt/Main; 1959

**Bräutigam W.** Psychosomatische Medizin. Thieme, Stuttgart; 1964

**Eibach H.** Die Psychodynamik einer chronischen Herzneurose im Lichte  
der Katathymen-Bilderleben-Behandlung und zugleich ein Beitrag zur  
„endlichen“ Analyse. In: Leuner: Psychotherapie mit dem Tagtraum. Huber,  
Bern; 1982

**Fenichel O.** Hysterien und Zwangsneurosen. Nachdruck Ausgabe 1931,  
Wiss. Buchges., Darmstadt; 1967

**Ferenczi S.**

Schriften der Psychoanalyse I+II Hg M Balint, Psychosoz. Verlag; Gießen  
2004

Weiterer Ausbau der „aktiven Technik“ in der Psychoanalyse. 1921

Kontraindikationen der aktiven psychoanalytischen Technik. 1936

**Fornari F.** Psychoanalyse des ersten Lebensjahres. Fischer,  
Frankfurt/Main; 1970

**Frankl V.** Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Piper, München; 1989

**Freiwald M.** Die Imagination des erkrankten Organs von Patienten mit  
Colitis ulcerosa und funktionellen Herzbeschwerden im experimentellen  
katathymen Bilderleben. Z Psychother Med Psychol 25, S15-24; 1975



## **FREUD S.**

Zur Psychopathologie des Alltagsleben. Gesam. Werke Bd 4; 1901  
Studien über Hysterie. Wien 1895  
Traumdeutung. Wien 1900  
Bruchstücke einer Hysterie-Analyse. Wien 1905  
Über Psychoanalyse. Wien 1910  
Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. Wien 1911  
Briefe über das Es. Wien 1917  
Das Ich und das Es. Wien 1923  
Die endliche und die unendliche Analyse. Wien 1937  
Triebe und Tribschicksale. Studienausg Bd 3, Frankfurt/Main 1975

## **Fürstenau H.**

Erweitertes psychoanalytisches Paradigma und Katathymes Bilderleben. In: Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin. Wilke, Leuner, Huber Verl. Bern 1990  
Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. In: Zur Theorie der psychoanalytische Praxis. Klett/Cotta, Stuttgart; 1979  
Paradigmenwechsel in der Psychoanalyse angesichts der strukturellen Ich-Störungen. In: Studt: Psychosomatik in Forschung und Praxis. Urban/Schwarzenberg, München; 1983  
Das Katathyme Bilderleben aus der Sicht einer differenzierten psychoanalytischen Behandlungstheorie. Prax Psychother Psychsom 30, S80-86; 1985

**Gerber G.** Autogenes Training mehr als Entspannung. Reinhardt Verl, München/Basel; 1990

**Grunberger B.** Vom Narzissmus zum Objekt. Suhrkamp, Frankfurt/Main; 1982

**Happich C.** Das Bildbewußtsein als Ansatzstelle psychischer Behandlung. Zbl.Psychoth 5,S633; 1932

**Heigl-Evers A.** Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Eigenart und Interventionsstil. Z.Psychosom Med 28; 1983

**Holfeld H.** Die Behandlung einer chron. Rez. Psychogenen Psychose mit dem Katathymen Bilderleben. In: Leuner: Psychotherapie mit dem Tagtraum, Katathymes Bilderleben, Ergebnisse, Theorie. Huber Verl, Bern; 1982

**Horn G.** Das Vaterbild im katathymen Bilderleben (KB) bei Kindern von alleinerziehenden Müttern. In: Leuner: Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen. Reinhardt, München; 1990

**Jacobson E.** Das Selbst und die Welt der Objekt. Suhrkamp, Frankfurt/Main; 1973

**Jaspers K.** Der Arzt im technischen Zeitalter. Piper, München; 1986

**Jung C.G.**

Über die Psychologie des Unbewußten. 1913

Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten. 1916

Die transzendente Funktion 1916

Der Mensch und seine Symbole

**Jung F.** Katamnestiche Untersuchung einer 21-Stunden-Therapie mit dem Katathymen Bilderleben – Eine testpsychologische Studie. In: Leuner: Katathymes Bilderleben: Ergebnisse in Theorie und Praxis. Huber Verl. Bern; 1981

**Kandel E.** Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Siedler Verl. München; 2006

**Kaiser Rekkas A.**

Klinische Hypnose und Hypnotherapie. Carl-Auer-Systeme Verlag, München; 1998

Die Fee, das Tier und der Freund. Carl-Auer-Systeme Verlag; 2001

**Kernberg O.** Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Klett-Cotta, Stuttgart; 1988

**Klein M.** Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung. Int. Z. Psychol-Anal.,; 1930

**Klessmann E.** Symbolisierung von Beziehungen im Katathymen Bilderleben – frühe Objektbeziehungen und spätere Familienbeziehungsstörungen. In: Leuner: Psychotherapie mit dem Tagtraum. Wien; 1982

**Klussmann R.** Psychotherapie. Springer, Berlin; 2000

**König K.**

Angst und Persönlichkeit. Med.Psychol Göttingen; 1951

Aspekte der Partnerwahl: Wie entsteht eine Familie? Praxis Psychoth Psychosom 29, S16-22; 1984

Partnerwahl und Übertragung. Familiendynamik 10, S341-352; 1951

**Kottje-Birnbacher L.**

Zur Interventionstechnik beim Dyaden-KB. In: Roth: Konkrete Phantasie, neue Erfahrungen mit dem Katathymen Bilderleben. Bern; 1984

Das katathyme Bilderleben (KB) der Dyade als Spiegel von  
Paarbeziehungen. In: Leuner: Psychotherapie mit dem Tagtraum. Bern;  
1981

**Krapf G.** Kompensation als ein wirkungsprinzip im Katathymen Bilderleben.  
In: Leuner: Psychotherapie mit dem Tagtraum. Ergebnisse II. Fallanalysen,  
Theorie. Bern; 1982

**Kübler-Ross E.** Verstehen, was sterbende sagen wollen. Kreuz, Stuttgart;  
1983

**Kulesa Ch.** Effizienz einer 20stündigen Kurzpsychotherapie mit dem  
katathymen Bilderleben im testpsychologischen prae/post Vergleich. In:  
Leuner: Katathymes Bilderleben: Ergebnisse in Theorie und Praxis; 1980

### **Leuner H.C.**

Zur psychoanalytischen Theorie des Katathymen Bilderleben. Huber,  
Bern; 1980

Katathymes Bilderleben: Ergebnisse in Theorie und Praxis. Huber, Bern;  
1980

Lehrbuch der Katathym-imaginativen Psychotherapie. 3., Aufl. Huber; 1994

Katathymes Bilderleben, Grundstufe. Thieme, Stuttgart 1988

Katathymes Bilderleben bei Kindern und Jugendlichen. Reinhardt,  
München; 1990

Psychotherapie mit dem Tagtraum. Katathymes Bilderleben: Ergebnisse  
11, Fallanalysen, Theorie. Huber, Bern; 1952

Kurzpsychotherapie einer Akne excoriativa mit chron. Neurose mit dem  
Katathymen Bilderleben. Unveröff. Zit. Nach Wächter: Möglichkeiten des  
Katathymen Bilderlebens in der Behandlung psychosomatischer  
Krankheiten. In: Roth: Konkrete Phantasie. Huber, Bern; 1954

Experimentielles Katathymes Bilderleben als ein klinisches Verfahren in der  
Psychotherapie: Ergebnisse. Z Psychother Med Psycholog 5, S 233; 1955.

**Lippmann M.S.** Übergangsräume und Übergangsobjekte im Katathymen  
Bilderleben. In: Das Katathyme Bilderleben in der Behandlung  
psychosomatischer Medizin. Wilke, Stuttgart; 1990

### **Mahler M.S.**

Symbiose und Individuation. Klett, Stuttgart; 1972

Die psychische Geburt des Menschen. Fischer, Frankfurt/Main 1975

**Meichenbaum D.** Imaginative Verfahren in der Psychotherapie.  
Junfermann, Paderborn; 1956

**Mentzos S.**

Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen.

Vandenhöck/Ruprecht, Göttingen; 2001

Angstneurose: Psychodynamische und Psychotherapeutische Aspekte.

Fischer, Frankfurt/Main; 1984

Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer, Frankfurt/Main; 1982+84

**Mitscherlich A.**

Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin. Suhrkamp; Frankfurt; 1966 Bd 1 1967 Bd 2

Der interaktive Ansatz im psychosomatischen Denken. In:

Weiterentwicklung der Psychoanalyse und ihrer Anwendungen. Individuum-Familie-Gesellschaft im Spannungsfeld zwischen Zwang und Freiheit.

Vandenhöck/Ruprecht, Göttingen; 1971

Die Bedeutung der Übergangsobjekte für die psychosomatische Theorie.

In: Overbeck: Seelischer Konflikt – körperliches Leiden. Rowohlt; 1978

**Pahl J.** Über narzistische Entwicklungslinien während des Katathymen Bilderlebens. In: Leuner 1980

Der Tagtraum – ein seelisches Kompromissgeschehen und seine Bedeutung. In: Roth: Konkrete Phantasie. Huber, Bern; 1984

**Papousek M.** Frühe Phasen der Eltern-Kind-Beziehungen. Ergebnisse der entwicklungspsychologischen Forschung. Prax. Psychother Psychosom 34, S109-122; 1989

**Popper K.** Das Ich und sein Gehirn. Piper, München; 1955

**Prinduli E.** Die Manifestation der depressiven Verstimmung im Katathymen Bilderleben. Med. Diss. Göttingen; 1964

**Pszywyj A.** Die imaginative Anwendung des Wassers im Katathymen Bilderleben. In: Leuner: Katathymes Bilderleben. Bern; 1981

**Reich W.** Characteranalyse: Technik und Grundlagen. Selbstv Wien; 1933

**Riemann F.** Grundformen des Angst. München; 1978

**Rogers C.R.**

Die nicht-direktive Beratung. Fischer, Frankfurt; 1994

Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Fischer, Frankfurt

Therapeut und Klient: Fischer, Frankfurt

**Rossmann S.**

Das autogene Training (AT) und seine Integration in die ärztliche Praxis.

Ärzt Prax u Psychother 4, S9-11;1990

Autogenes Training (AT): Eine tiefenpsychologische Methode. *Ärzt Prax u Psychother* 1, S3-18; 1991

**Roth J.W.**

Über die Bedeutung der introspektiven Imagination des Katathymen Bilderlebens, dargestellt am Beispiel des Spannungskopfschmerzes. In: Leuner 1980

Psychosexualtherapie mit Hilfe des KB bei sexueller Lusthemmung. In: *Mit Ges Prakt Sexualmed* 4; 1984

Körpersensationen während des KB – Ihr Einsatz als therapeutische Technik. In: Roth: *Konkrete Phantasie*. Huber, Bern; 1984

**Sachsse U.**

Psychotherapie mit dem KB bei Borderline-Patienten. Indikation oder Kontraindikation? *Prax. Psychother.Psychosom* 34, S90-99; 1989

Die Anwendung des KB bei psychosomatischen Erkrankungen.

Theoretische Überlegungen zu Erfahrungen in der Praxis.

*Prax.Psychther.Psychosom* 32, S46-54; 1987

**Schilder P.** *Das Körperschema*. Springer, Berlin; 1923

**Schultz J.H.** *Das autogene Training*. Thieme, Stuttgart; 1932

**Silberer H.**

Bericht über die Methode, gewisse symbolische

Halluzinationenserscheinungen hervorzurufen und zu beobachten. *Jb*

*Psychoanal Psychopath* 1, 302; 1909

Symbolik des Erwachens und Schwellensymbolik überhaupt. *J Psychoanal Psychopath* 3, 621; 1912

**Singer J.L.** *Phantasie und Tagtraum: imaginative Methoden in der Psychotherapie*. Pfeiffer, München; 1978

**Spitz R.A.**

Übertragung und Gegenübertragung. *Psyche* 10, 63; 1956

Vom Säugling zum Kleinkind. Klett, Stuttgart; 1974

**Steiner E.** Pragmatische Kurztherapie von zwei Herzneurosen (Herzphobien) mit dem KB. In: Leuner; 1982

**Stern D.N.** *The Interpersonal World of Infam. A view from Psychoanalysis and Developmental*. Psychology New York; 1985

**Stettler H.** Zur Indikation des KB bei Suchtpatienten. In: Roth: *Konkrete Phantasie*. Huber, Bern; 1984

**Thomä H.**

Die Aktivität des Psychoanalytikers als Determinante des therapeutischen Prozesses. In: Ehebald: Humanität und Technik in der Psychoanalyse. JB Psychoanalyse, Bern; 1981

Der „Neubeginn“ Michael Balints (1932) aus heutiger Sicht. Psyche 38, S516-543; 1981

**Uexküll Th, u. Wesiack W.** Psychosomatische Medizin und das Problem einer Theorie einer Heilkunde. In: Uexküll: Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Urban u Schwarzenberg. München; 1979

**Ullmann H.** Übergangsformen des KB in der Behandlung psychosomatisch Kranker. Arzt Prax Psychother 10, S3-10; 1988

**Voss-Coxhead D.** Erkennen und Verändern familiärer Strukturen – Erste Ergebnisse mit dem KB in der Familientherapie. In: Bartl: Strukturbildung im therapeutischen Prozeß. Literas Wien; 1989

**Wächter H.M.** Kurztherapie von 15 Sitzungen mit dem Katathymen Bilderleben. In: Leuner 1981

**Weizsäcker V.** Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Thieme, Stuttgart; 1968

**Willi J.** Die Zweierbeziehung. Reinbek, Rowohlt; 1975

**Winnicott D.W.**

Primäre Mütterlichkeit. Psyche 14, S393-399; 1960

Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. Psyche 23, S 666-681; 1969

Kind, Familie und Umwelt. Reinhart, München; 1969

Vom Spiel zur Kreativität. Klett-Cotta, Stuttgart; 1973

Die therapeutische Arbeit mit Kindern. Kindler, München; 1973

Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Kindler, München; 1974

Die Beobachtung von Säuglingen in einer vorgegebenen Situation. In: Winnicott: Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Kindler, München; 1976

**Wirsching M** Psychosomatische Familien – Dynamik und Therapie.

Psyche 37, S 596-623; 1983

**Zepf S.** Das katathyme Bilderleben in der Erforschung des Psychodynamik des Asthma bronchiale. In: Leuner; 1980

## DANKSAGUNG

Insbesondere und vor allen möchte ich meiner lieben Frau danken, die mir trotz meines sonst schon anstrengenden Berufes erlaubt hat, alle 14 Tage, oft ein ganzes Wochenende im Monat und fast jedes Jahr eine Woche in Bad Hofgastein, innerhalb von 10 Jahren, von ihr getrennt zu sein. Ich liebe Dich, meine Mary, aber nun hab ich es geschafft. Danke!

Meinen drei Töchtern:

Anna-Sophie, 15 Jahre aus erster Ehe, Ordinationsassistentin und Masseurin meiner Praxis, weil sie auf den stundenlangen Fahrten nach Wien immer eisern meine langen Telefonate mit mir ertrug.

Lara und Livia, die gerade in der Bad Hofgastein-Woche zur Welt kamen. Ich hatte jedoch eine Vorahnung und fuhr schon einen Tag früher heim. Sie sind jetzt 7,5 Jahre alt.

Meinen Patienten, die mich nehmen so wie ich bin.

OMR Dr. Odehnal für die Organisation meiner gesamten Ausbildung.

Meinen großen Lehrern in meiner Ausbildung:

Herrn OMR Dr. Bartl, den ich von Beginn meiner Ausbildung kenne, und der mein Leben als Hausarzt begleitet hat und meinen Willen Therapeut zu werden vollends unterstützt hat. Ohne Dich, lieber Günther, hätte ich nicht den Mut dazu gehabt.

Frau Prof. Springer-Kremser: Von ihr lernte ich die psychosomatische Medizin, aber auch viel Wissen über sexuelle Störungen. Für zwei Jahre wieder an der Uniklinik zu sein, war schön. Sie war und ist immer meine Frau Professor.

Frau Dr. Schendl: Von ihr lernte ich bildern, von ihr lernte ich mich selbst kennen, von ihr lerne ich noch weiter. Danke, liebe Martha.

Frau Dr. Rosmanit und ihrem Mann für die Korrekturen zu dieser Arbeit.

Und der Patientin, die sich als Diplompantin anonymisiert und im Dienste der Wissenschaft zur Verfügung stellte. Ihr wurde zum Dank ein Exemplar ausgehändigt.