

VERHALTENSTHERAPIE UND KATATHYM-IMAGINATIVE PSYCHOTHERAPIE

Vorschlag für eine Kombination der beiden Therapieverfahren

Madlen Jacobshagen

Zusammenfassung

Es wird für eine reflektierte Kombination von Verhaltenstherapie und katathym-imaginativer Psychotherapie (KIP) plädiert. Dabei wird ein Vorgehen zur Diskussion gestellt, das vorrangig am Erkenntnis- und Entscheidungsprozeß des Patienten orientiert ist. Folgende Vorteile kann ein Verhaltenstherapeut durch die Einbeziehung der KIP haben: Hilfen zur Diagnostik, zur Stabilisierung der Persönlichkeit und zur Bewältigung der Problemverhaltensweisen. Drei Falldarstellungen verdeutlichen die Aussagen.

Schlüsselwörter Verhaltenstherapie - katathym-imaginative Psychotherapie - Kombination der Methoden - klientenzentrierter Ansatz .

Einleitung

Es ist zweifellos einfacher, sich beim therapeutischen Vorgehen nach den Vorgaben einer Therapieschule zu richten als sich auf die Suche nach einer möglichen Kombination zu begeben. Aber geht das nicht oft auf Kosten der Patienten? Mit Blick auf die Patienten plädierte der Psychoanalytiker Wachtel schon 1977 für eine Integration von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie (Wachtel, 1981). Es käme darauf an, die Patienten nicht nur zu befähigen, ihr Dilemma mitzuteilen, sondern darüber hinaus eine brauchbare Lösung zu entwickeln. Ähnliches gilt für die Verhaltenstherapie (VT) und das tiefenpsychologisch fundierte Verfahren der katathym-imaginativen Psychotherapie (KIP). Die KIP eignet sich vermutlich noch besser zur Kombination mit der VT, da sie als Verfahren weniger festgelegt ist als die Psychoanalyse.

Die Orientierung am Patienten ist auch das zentrale Merkmal des im folgenden darzustellenden Konzepts für ein Vorgehen bei der Methodenkombination. Priorität hat nicht das Einhalten von Therapierichtlinien, sondern das, was der Patient erkennt und mittel- und langfristig erreichen will. Er kommt nicht zum Therapeuten, damit dieser die Gelegenheit hat, ihm seine therapeutischen Künste vorzuführen, sondern der Patient begibt sich in Therapie, um ganz bestimmte Probleme zu lösen. Der Therapeut sollte sich stets klarmachen, daß er ihm eine Dienstleistung anbietet. Er mag zwar in Hinsicht auf die Probleme des Patienten einen Erfahrungsvorsprung haben, der aber für den Verlauf der Therapie nicht relevant sein sollte. Ausschlaggebend sind die Ziele des Patienten.

Summary

A well-considered combination of Behavior Therapy and Guided Affective Imagery by Leuner (KIP) is suggested.

A procedure is introduced which is especially oriented to the decisions of the patient. The behavior therapist's benefits through incorporating KIP-related steps are the following: more diagnostic information, support of the patient's process of stabilization and decrease of his behavioral problems. Case material is incorporated in order to illustrate the claims.

Keywords Behavior Therapy - Guided Affective Imagery, KIP or Symboldrama - combination of methods - client centered procedure .

Vorgehen

1. Schritt: Breite Ausgangsdiagnostik (biographische Anamnese, auch nach psychodynamischen Gesichtspunkten, Persönlichkeitstests, evtl. Begabungstests und Verhaltensanalyse). Sie dient der Hypothesenentwicklung über die Persönlichkeitsstruktur mit ihren zentralen Konflikten und den bevorzugten Formen der Abwehr, über das Vorliegen spezifischer intellektueller und sozialer Fähigkeiten sowie über die spezifischen auslösenden und verstärkenden Bedingungen der Problemverhaltensweisen bzw. Symptome.
2. Schritt: Zieldiskussion (Wichtigkeit der Ziele für den Patienten, ihre Erreichbarkeit, Diskussion der Reihenfolge, in der sie angestrebt werden sollen).
3. Schritt: Bearbeitung des ersten ausgewählten Problemfeldes mit den Methoden der Verhaltenstherapie (incl. kognitiver Therapie). Zwei mögliche Verlaufsformen mögen sich dabei ergeben:
 - a) Treten keine Komplikationen auf, werden weitere Problembearbeitungen in der gleichen Weise folgen und die Therapie als VT bis zum Ende durchgeführt.
 - b) Kommt es bei den vereinbarten Schritten zwischen den Therapiesitzungen zu unerklärlichen oder irrationalen Hindernissen und/oder wird bei der näheren Analyse des Hindernisses ein intrapersonaler Konflikt deutlich, wird ein „therapeutischer Umweg“ zur Diskussion gestellt. Verneint der Patient, muß nach alternativen Problemlösungen auf der Verhaltensebene gesucht werden (also Rückkehr zur Möglichkeit a).

Bejaht der Patient den Umweg (d.h. Klärung des irrationalen Hindernisses), wird er schrittweise an das Verfahren der KIP herangeführt.

4. Schritt: Einführung in die KIP mit ersten Grundmotiven und der gemeinsamen Erarbeitung ihrer Bedeutung.
5. Schritt: Nach zwei bis drei Erfahrungen mit der KIP wird Bilanz gezogen: Waren die KIP-Schritte bei der Klärung des vorangegangenen Hindernisses oder auch sonst hilfreich? Bei Verneinung wird dieser Ansatz wieder aufgegeben und zum verhaltenstherapeutisch bearbeiteten Problemfeld zurückgekehrt. Es folgen dann Wiederholungen oder Alternativen des VT-Vorgehens. Es kann auch möglich sein, daß das angestrebte Ziel aufgegeben werden muß.
6. Schritt: Erlebt der Patient die KIP dagegen als hilfreich, werden je nach Fall unterschiedlich häufig und lange KIP-Phasen folgen. Kurze Phasen, wenn die katathymen Bilder nur zu diagnostischen Zwecken punktuell herangezogen werden sollen, länger, wenn es um das Nachholen archaischer Befriedigungen oder um das „Durcharbeiten“ schwerwiegender Konflikte geht.
7. Schritt: Erneute Zieldiskussion. Durch die Beschäftigung mit seinen inneren Bildern mögen dem Patienten neue Problembereiche oder Zusammenhänge zwischen verschiedenen Problemen deutlich geworden sein. Neue Perspektiven können aufgetaucht sein. Es ist gleichsam zu einer Aufmerksamkeitsverlagerung von äußeren zu inneren Gegebenheiten gekommen. Es gilt jetzt, dem Patienten dabei zu helfen, sein noch verbleibendes therapeutisches Vorhaben neu zu ordnen und das nun vorrangigste Anliegen herauszufinden. Er hat in dieser Phase bereits eine ungefähre Vorstellung davon, was die beiden Verfahren leisten können. Seine Entscheidungskompetenz hat zugenommen (erfahrungsgemäß erreicht er diese Phase etwa nach einem Viertel der Gesamttherapie).
8. Schritt: (umfaßt meistens den längsten Abschnitt einer kombinierten Therapie). Es wird nun wieder in jeder Sitzung vom aktuellen Geschehen und dem gegenwärtigen Befinden des Patienten ausgegangen. Er wird in jeder Sitzung zu entscheiden haben, ob er Bedarf an Lösungsmöglichkeiten in kritischen Situationen hat oder ob er sich der Lösung der sich ihm langsam erschließenden intrapsychischen Konflikte weiter nähern will. Die Fähigkeit zur Selbstexploration und Entscheidung wird so immer weiter gefördert.
9. Schritt: Wenn den jeweiligen Entscheidungen gemäß an der Lösung aktueller Probleme auf der Verhaltensebene und an der Überwindung intrapsychischer Konflikte mit Hilfe der tiefenpsychologisch orientierten KIP erfolgreich gearbeitet worden ist, wird noch einmal Stellung zum ersten und den später veränderten Zielkatalogen genommen. Was wurde erreicht? Was fehlt noch? Gegebenenfalls wird noch einmal in einem ganz anderen als dem gerade bearbeiteten Bereich angesetzt.

10. Schritt: Abschiedsphase. Gemeinsam schauen sich Therapeut und Patient den vergangenen Therapieprozeß an, stellen wichtige Erkenntnisse und schwierige Hindernisse noch einmal heraus. Unausgesprochenes zur Therapeut-Patient-Beziehung erhält Raum. Der Patient entwickelt seine Vorstellungen für die Zeit nach der Therapie. Was will er in eigener Regie nun erreichen?

Mit diesem Vorgehen soll ein hohes Maß an Klientenzentriertheit erreicht werden. Vergleichen wir eine Therapie mit einer Reise: Der Patient (oder Klient) ist der Reisende, der Therapeut sein erfahrener Begleiter. Der Therapeut ist weder der Reiseveranstalter noch der Gepäckträger. Er wird für seine Dienste als Begleiter bezahlt. Der Reisende entscheidet, ob er sich überwiegend erholen will, ob er Abwechslung braucht oder Abenteuer bestehen will oder alles zusammen. Sein Begleiter hat nichts zu entscheiden, kann ihm nur öfter die Frage stellen, wo es jetzt langgehen soll oder darf. Um in diesem Bild zu bleiben, wird auch der Reisebegleiter bei dem skizzierten Vorgehen den Reisenden gelegentlich auf den Weg zu locken versuchen, den er jetzt für den günstigeren hält. Bei Akzeptanz seines Rollenverständnisses wird er leichter damit fertig werden, wenn der Reisende sich anders entscheidet. Er wird mit dieser Einstellung besser gefeit sein gegen die Gefahr expliziter Manipulation oder impliziter Indoktrination, gegen die sich ein Patient noch schlechter wehren kann. Verhaltenstherapeutische Schritte sind wegen ihrer Nähe zu bewußten Alltagserfahrungen für den Patienten in der Regel gut nachvollziehbar. Der Patient kann über sie leichter entscheiden als über Schritte, welche unbewußtes oder vorbewußtes Material beinhalten. Daher wird mit dem 4. und 5. Schritt erst ein Probeangebot in KIP unterbreitet. Nach seinen neuen Erfahrungen sind seine Entscheidungen allerdings zu respektieren.

Mit dem Vorgehen wird der Notwendigkeit Rechnung getragen, den Patienten dort abzuholen, wo er ist, und dorthin zu begleiten, wo er hingehen will (von gesetzwidrigen Zielen natürlich abgesehen).

Der Therapeut hat bei dem kombinierten Vorgehen sehr verschiedene Teilrollen, deren er sich sehr bewußt sein sollte. Von den Gegnern jeder Methodenintegration wird behauptet, diese Rollen seien unvereinbar. Ein Therapeut, der in bestimmten Situationen Vorschläge macht oder eine Anerkennung ausspricht, könne in einer anderen Situation beispielsweise nicht ein permissives Klima herstellen, das Assoziationen aller Art zulasse. Diese Zweifel sind sicherlich ernstnehmen, wenn es sich um unreflektierte und unabgesprochene Wechsel des Therapeutenverhalten handelt. Aber Situationen lassen sich definieren und Rollen absprechen. Das geschieht ständig bei Interaktionen im Alltag. Welche Mutter, welcher Lehrer zeigt nur einen Verhaltensstil, um auf ein Kind oder einen Erwachsenen entwicklungsfördernd zu wirken? Wir verkraften diesen ständigen Wechsel, indem wir unsere Wahrnehmung schulen und immer wieder versuchen, Situationen neu zu klären. Genau das sollte explizit im Therapieprozeß erfolgen. Mir erscheint es wichtig, daß sich Therapeuten in bestimmten Therapiephasen an die methodischen Vorgaben der Therapieschulen halten, damit hilfreiche Prozesse beim Pati-

enten eingeleitet werden können. Aber nach dieser Phase gibt es keinen Grund für das Einhalten der Vorgaben. Was in bestimmten Situationen ein nützlicher Vorschlag ist, kann zum Dogma geraten, das den Beteiligten in einem Therapieprozeß eher Chancen für die erforderlichen Veränderungen nimmt. In dieser Arbeit soll gezeigt werden, welchen Nutzen das Einbeziehen katathymen Bilder bei verhaltenstherapeutisch angelegten Therapien dem Patienten bringt. (Selbstverständlich läßt sich auch das Umgekehrte darlegen: Welchen Profit würde der Patient aus dem Einflechten verhaltenstherapeutischer Passagen in eine KIP ziehen? Eine solche Arbeit müßte allerdings in der tiefenpsychologischen Sprache verfaßt werden).

Für den Leser, der mit der KIP nicht vertraut ist, sei das Vorgehen kurz erläutert: Die KIP besteht im wesentlichen aus tiefenpsychologisch orientierten Gesprächen, welche das Ziel haben, spezielle neurotische Konflikte zu lösen. Gelegentlich (in etwa jeder 2. bis 5. Sitzung) wird der Patient zur Entwicklung eines sogenannten katathymen Bildes angeregt. Er wird gebeten, sich im Sitzen oder Liegen gut zu entspannen, wenn möglich die Augen zu schließen und sich ein vom Therapeuten vorgegebenes Motiv vorzustellen. Wenn der Patient ein Bild vor Augen hat, wird er gebeten, es dem Therapeuten zu beschreiben. Es kommt zu einem Dialog zwischen beiden. Einige kurze offene Fragen zu Details des vorgestellten Bildes und zu seinem Erleben dabei bringen den Patienten dazu, sein Bild immer weiter auszumalen. Es kann sich beispielsweise ein statisches Landschaftsbild ergeben oder eine ganze mehr oder weniger aufregende Bildergeschichte. Das Vorgehen dauert etwa 20 Minuten. Nach dieser speziellen Tagtraum- oder Phantasieübung wird der Patient gebeten, bis zum nächsten Treffen ein Bild aus dem Vorstellungsgeschehen oder ein Gedächtnisprotokoll desselben anzufertigen. In der folgenden Sitzung wird dann der Patient aufgefordert, Einfälle zu seinem Bild oder der vergangenen Vorstellungssequenz zu produzieren. Meist ist er erstaunt über die Gefühle, die bei seinem Bild auftraten und erkennt rasch den engen Zusammenhang zwischen den Besonderheiten des vorgestellten Bildes und seiner Gefühlswelt. Wir haben es also bei dem Gefühle anzeigenden (katathymen) Bild mit einem ganz individuellen projektiven Geschehen zu tun. Es macht oft ganz unmittelbar die jeweiligen Bedürfnisse und Hemmnisse deutlich. Der Therapeut lernt in seiner Ausbildung nicht nur, den Patienten behutsam zur Deutung der eigenen Bilder anzuregen, um somit einige unbewußte Determinanten seines Verhaltens zu erkennen, sondern ihn schon während der Vorstellungübung nach bestimmten Regieprinzipien zu begleiten. Er kann ihn beispielsweise ermutigen, lange Ersehntes endlich in vollen Zügen zu genießen oder einen befürchteten Kampf mit einer Bezugsperson endlich aufzunehmen und - probierend - durchzustehen.

Der an Einzelheiten der Behandlungstechnik und der theoretischen Begründung der Methode interessierte Leser sei auf das Lehrbuch von Leuner (1994) sowie auf die weiterführenden Beiträge von Roth (1984), Leuner und Lang (1982), Bartl und Pesendorfer (1989) sowie Wilke und Leuner (1990) verwiesen.

Vom Nutzen der katathymen Bilder

Die Arbeit mit katathymen Bildern hat einmal diagnostische Funktion und zum andern therapeutische Funktion. Bei letzterer lassen sich zwei Bereiche unterscheiden: Kräfteaufbau und Problembewältigung.

Zur diagnostischen Funktion

Wenn Patient und Therapeut merken, daß diesmal Methoden der Problembewältigung nicht greifen, daß unerklärliche Momente eine Rolle spielen, sollte das bisher ausgewählte Problem umfassender untersucht werden.

Aus den katathymen Bildern (incl. ihrer Nachbearbeitung anhand von gemalten Bildern oder verbalen Schilderungen) erhält der Therapeut viel Material, mit dem sich seine bei der Anamnese bereits entwickelten Hypothesen über die Persönlichkeitsstruktur des Patienten überprüfen lassen. Ungelöste zentrale Konflikte werden deutlich, und die bisher bearbeiteten Probleme erhalten ihre Einordnung in größere intrapsychische Zusammenhänge.

Aber auch der Patient erhält auf eine ganz besondere, unmittelbare Art Zugang zu seinem Innenleben. Im Gegensatz zu klassischen projektiven Tests (wie z.B. dem Rorschach-Test) erlebt er, daß das gerade entstandene Bild oder die Bilderfolge unmittelbar etwas mit ihm zu tun hat. Bei den Nachgesprächen zu den katathymen Bildern wird er behutsam zu Assoziationen angeregt. Er folgt den Spuren seines affektiven Gedächtnisses, soweit es sich ihm nicht mehr verschließt. Verletzungen, unerträgliche Konflikte oder auch wichtige kraftpendende Gegebenheiten mögen ihm einfallen. Manches vorher Unerklärliche erschließt sich dem Patienten nun selbst in Erleben und Nachbereitung der katathymen Bilder. Er versteht sich selbst zunehmend besser und gewinnt so an Selbstsicherheit (in einem anderen Verständnis allerdings als bei den Verhaltenstherapeuten üblich).

Soweit der hohe diagnostische Wert, den das Hinzuziehen der katathymen Bilder für die Klärung der gegenwärtigen Probleme hat - wie wir gesehen haben - mit unterschiedlichem Nutzen für Therapeut und Patient. Bei letzterem wirkt die Teilnahme an diesem diagnostischen Prozeß bereits therapeutisch.

Zur therapeutischen Funktion

Wenn bereits eine Kombination der beiden Methoden eingeführt, diese vom Patienten offensichtlich als hilfreich erlebt wurde und die Ziele noch einmal neu festgelegt worden sind (also beim 8. Schritt des angegebenen Prozeßverlaufes), gewinnen zwei weitere mögliche Beiträge der KIP an Gewicht: die Stärkung der gesunden Kräfte des Patienten und die Überwindung der Ängste und Konflikte im Schonraum der Bilderwelt. Je nach Beschaffenheit des Einzelfalles ist es sinnvoll, einen der beiden Beiträge oder auch beide im Wechsel hinzuzuziehen. Wichtig ist die richtige Einschätzung des gegenwärtigen Standes des therapeutischen Prozesses durch den Therapeuten. Er wird sich bei der Einschätzung an Art und Inhalten der Erfahrungsberichte aus der vergangenen Woche, an der erfragten gegenwärtigen Befindlichkeit, der gerade stattfindenden Patient-Therapeut-Interaktion sowie dem ei-

genen Erleben als Therapeut orientieren. Je nachdem, ob Mangelserlebnisse, Ängste oder ambivalente, mit hoher Anspannung einhergehende Gefühle im Vordergrund stehen, wird er sich unterschiedlicher KIP-Motive bedienen und damit unterschiedliche therapeutische Beiträge anvisieren.

1. Zum Kräfteaufbau

Der Therapeut macht sich hier Erfahrungen zunutze, die den katathym-imaginativen Psychotherapeuten seit mehreren Jahrzehnten geläufig sind. Leuner (1985) sprach scherzhaft von imaginativen „Badekuren“, mit denen Patienten von etlichen Symptomen befreit wurden. In einigen Fällen hatten Patienten nur wiederholt das Bach-Motiv eingestellt, dabei in der Vorstellung aus klaren Quellen getrunken oder im Bach gebadet. Es wurden nie konfliktrichtige Bilder eingestellt. Und dennoch waren die Patienten auf Jahre von ihren Symptomen befreit. Es gibt eine Befriedigung „archaischer Bedürfnisse“ allein durch die intensive Vorstellung der jeweiligen Bedürfnisbefriedigung, vermutete Wächter (1984). Über die Gründe dieser verblüffenden Erfahrung läßt sich nur spekulieren. Doch tausendfach wurde dieser Befund inzwischen von anderen katathym-imaginativen Psychotherapeuten bestätigt. Neben dem stärkenden Wasser wurden beispielsweise Nahrung, angenehmer Hautkontakt, ein schutz- und wärmespendender Raum, eine wohlwollende Begleitperson, ein angenehmer Matschplatz, ein einsamer Ort unverfälschter Natur und die Begegnung mit einem wohlwollenden Haustier zu Vorstellungen, die bei vielen Patienten Zustände von tiefer Entspannung und Geborgenheit, von Genuß oder vitaler Unternehmungslust in der Sitzung hervorriefen, oft gefolgt von konstruktiven Schritten in der Alltagsbewältigung.

Diese Erfahrungen, auch wenn sie noch weiterer Klärung bedürfen, sollte der Therapeut nutzen, wenn er deutliche Mangelserlebnisse beim Patienten wahrnimmt. Es ist wahrscheinlich, daß er bei einem der genannten Motive „auftankt“. Gelingt es nicht, sollte der Therapeut seine Einschätzung der Situation des Patienten überprüfen. Bei Nichtzustandekommen einer Bedürfnisbefriedigung mag aber auch unmittelbar im Bild deutlich werden, was den Patienten am Auftanken hindert, was wiederum weitere Klärungsprozesse nachsich ziehen sollte.

2. Zur Problembewältigungsfunktion

Hier sollen nur drei besonders häufig auftretende Probleme dargestellt werden: Ängste, extrem ambivalente Gefühlsbeziehungen und unverarbeitete Trennungen.

Gerade bei Patienten mit ausgeprägten Ängsten lassen sich die gängigen Verhaltenstherapiemethoden sehr gut mit Methoden der KIP (speziell der „Symbolkonfrontation“) ergänzen. Wenn im Prozeß des katathymen Bilderlebens bedrohliche Inhalte auftreten, soll der Phantasierende mit Hilfe des anwesenden Therapeuten mit diesen Bedrohungen fertig werden. Die Bedrohungen können sehr unterschiedlich sein. Einer Hexe, einem Flächenbrand, einem Abgrund, einem angreifenden Raubtier oder einem dunklen Riesenungeheuer ist natürlich auch unterschiedlich zu begegnen. Bei Bedrohungen beschränkt sich der Therapeut nicht auf ein freundliches, klärendes Gespräch mit dem Patienten über die Bildinhalte, sondern er greift direktiv ein, indem er ihn auffordert, sich in

der vorgestellten Situation gezielt nach Schutz- und Hilfsmöglichkeiten umzusehen. Weiß er ihn geschützt, wird er ihn wiederholt auffordern, das bedrohliche Wesen immer wieder ganz genau anzuschauen, auch wenn er große Lust verspürt, das Feld zu räumen. Bei einer gelungenen Symbolkonfrontation wird sich die Bedrohung schrittweise auflösen. Eine giftig schauende Hexe beginnt zu lächeln, ein angriffslustig schauender Tiger macht ein Schläfchen in der Sonne oder läßt sich gar kraulen.

Vermutete Wirkmechanismen: Was geschieht bei Angstüberwindung durch Symbolkonfrontation?

- 1) Durch den deutlich erlebten Beistand des Therapeuten nimmt sein Sicherheitsgefühl stark zu (das ebensowenig vereinbar mit Angstgefühlen ist wie der Zustand der Muskeltiefenentspannung).
- 2) Beim Erleben der Bilder lenkt der Therapeut die Wahrnehmung des Patienten auf wichtige Aspekte der Realität - außer dem bedrohlichen Wesen. Der angstbedingten Wahrnehmungsfixierung wird so entgegengewirkt.
- 3) Ähnlich wie bei In-vivo-Reizkonfrontationen werden die schädlichen Flucht- und Vermeidungstendenzen unterbunden.
- 4) Nach gelungener Symbolkonfrontation findet ein doppelt verändertes Erleben statt: Es ist einmal das Hochgefühl, eine bedrohliche Situation gemeistert zu haben (was wir auch bei erfolgreicher Reizkonfrontation in vivo kennen), und zum andern die Wahrnehmung einer deutlich veränderten Situation. Beides dürfte sich tief einprägen und dazu führen, daß dem nächsten Problem mit mehr Vertrauen in die eigene Bewältigungskompetenz begegnet wird (vgl. Banduras Konzept der Self efficacy expectation, Bandura, 1977).

Stark ambivalente Gefühle des Patienten zu einem nahen Angehörigen lassen sich ebenfalls gut mit der KIP bearbeiten. Auf der Ebene der Realität behindern sie eine Vorwärtsentwicklung durch endlose Vor- und Zurückbewegungen. Ich denke hier beispielsweise an Paare, die weder erträglich miteinander leben noch sich trennen können, oder an erwachsene Kinder, die sich wütend von ihren Eltern lösen wollen, es aber nie schaffen und sich immer wieder neu verstricken. Durch die spielerischen Möglichkeiten, mit der der Patient auf der Bild- oder Symbolebene auf die wichtige Person reagieren kann, mag er die beiden gegensätzlichen Tendenzen getrennt und nicht mehr in vielfältiger Weise miteinander verquickt erleben. Er mag beispielsweise die Entfernung von der Bezugsperson variieren und - durch den Therapeuten angeregt - sehr genau spüren, wie es ihm dabei geht. Oder er mag in der selbstgewählten Entfernung von der Person versuchen, andere Momente der Umgebung wahrzunehmen. Der Therapeut wird ihn in diesem Zusammenhang zum Experimentieren ermutigen und seine Selbstwahrnehmung in vielfältigen Aspekten fördern.

Durch derartiges Spielen und Probehandeln auf der Bildebene werden in vielen Fällen die Voraussetzungen für Beziehungsveränderungen auf der Realebene geschaffen.

Schließlich sei noch ein dritter Problembereich erwähnt, bei dem die Einbeziehung der KIP sehr nützlich sein kann: Unverarbeitete Trennungen (auch der Tod von Angehörigen).

Auf der Ebene der bildhaften Vorstellung besteht die Chance, schmerzhaft Trennungsprozesse noch einmal neu zu durchleben. Dabei ist es wichtig, den Kontakt mit den Bezugspersonen bis zuletzt zu halten und spontanen Regungen nachzugeben (d.h. vor allem Unerledigtes nachzuholen). Bei derartigen Szenen hat der Therapeut eher die Aufgabe, dem Patienten die Überzeugung zu vermitteln, daß ihm die schmerzliche Begegnung letztlich guttun und er sie auch gut durchstehen wird. Schuldgefühle mögen auf diesem Wege verringert, blockierte Trauer gelöst und Wahrnehmungsverzerrungen (wie etwa eine Verleugnung des Todes) aufgelöst werden.

Falldarstellungen

Nach den überwiegend abstrakten Ausführungen soll an drei kurzen Falldarstellungen demonstriert werden, wie hilfreich eine Kombination der beiden Ansätze sein kann.

1. Falldarstellung

Diagnose: Abhängige Persönlichkeitsstörung (ICD 10: F 60.7) mit phobischen Symptomen (F 40.00 und F 40.1). Die 30jährige Studentin bemüht sich um Therapie wegen starker Prüfungsängste, agoraphobischer Symptome und depressiver Verstimmungen. Daneben fallen Entscheidungsprobleme und sexuelle Schwierigkeiten auf. Da die Prüfungsängste sie ganz besonders beeinträchtigen (schon das Denken an die Prüfung in sechs Monaten vermag Panikattacken auszulösen), werden sie als erste in Angriff genommen (Ergebnis der 1. Zieldiskussion). Mit Selbstinstruktionen zur Tiefenentspannung lernt sie bald den beängstigenden Situationen entgegenzuwirken. Daneben werden sinnvolle Prüfungsvorbereitungstechniken angeregt und gefördert. Auch diese Unterstützung nimmt sie erst dankbar an. Ihre destruktiven Selbstbewertungen lassen nach (soweit Schritt 3a). Doch dann läßt die freundliche und sehr angepaßte Frau nach dem erfolgversprechenden Therapieanfang durchblicken, daß ihr Befinden außerordentlich wechsele. Nach Tagen der Zuversicht und Leistungsfähigkeit komme es zu Konzentrationsstörungen, starker Unruhe, Beklemmungen, Schlafstörungen und der Angst, irgendwie fremdbestimmt zu werden. Sie verstehe sich selbst nicht (Wechsel zu Schritt 3b). An dieser Stelle biete ich ihr einen Versuch mit der katathym-imaginativen Psychotherapie an (Schritt 4). Bei den Motiven (Blume, Wiese und Tier) wird sehr eindrucksvoll deutlich, wie wenig sie sich selbst fühlt, welche starke Angst sie vor Selbstverlust durch Verschlungenwerden hat und wie ihr diese Angst im Wege steht, sich vertrauensvoll um Hilfe zu kümmern. Das Ausmaß der Verunsicherung einer früh-gestörten Frau wird erkennbar, welche dringend Sicherheit und Unterstützung bedarf, aber auch zwischendurch starke Angst bekommt, von einer helfenden Person wiederum verschlungen zu werden. Die Verzweigung der Patientin wird gerade durch die Bilder nicht mehr übersehbar, auch wenn sie mit ihrem freundlich-lächelnden äußeren Verhalten geradezu zum Übergehen ihrer

inneren Not auffordert (Schritt 5, hier besonders wichtig die diagnostische Funktion). Nach behutsamem Ansprechen ihrer durch die Bilder nahegelegten Suizidalität gibt sie sich nach und nach zu erkennen und scheint durch das Verständnis der Therapeutin etwas erleichtert zu sein. Von nun an ist die Prüfungsbewältigung nicht mehr das einzige gerade angesteuerte Ziel. Sie wird ermutigt, neben der Prüfungsvorbereitung gelegentlich auf eigene spontane Impulse zu achten und öfter Situationen, in denen sie sich wohl fühlt, aufzusuchen. Es gelingt ihr zunehmend, sich in der Natur und im Kontakt mit Tieren sicher und gut zu fühlen. Die extreme Fremdbestimmung durch die bevorstehende Prüfung beginnt weniger auf ihr zu lasten. Bald greift sie vorher entwickelte, behaviorale und kognitive Momente einer günstigen Prüfungsvorbereitung wieder auf (Rückkehr zum 1. Problemfeld). Sie besteht die Prüfung mit Bravour, kann sich aber nur kurz ihres Erfolges freuen. Zwei Monate ohne konkrete Aufgaben kann sie kaum aushalten.

Die Leistungsängste sind vorerst überwunden, auch die Agoraphobie durch selbstinitiierte Reizkonfrontation, aber ein ausgeprägtes Gefühl von Leere und Mutlosigkeit macht sich breit. Das überrascht nun kaum nach den Informationen aus den katathymen Bildern. In der folgenden längeren Therapiephase will die Patientin einerseits Mittel erhalten, mit denen sie ein weiteres Abrutschen in die Depression verhindern kann, zum andern will sie genauer erforschen, warum ihr die freie Zeit so viel ausmacht. Nach Vorschlägen für die Strukturierung ihres Alltags und nach Verringerung ihrer destruktiven Selbstinterpretationen kommt nun ihre Lebensgeschichte in vielen Einzelheiten ins Blickfeld: Sie litt früher unter einer wenig verlässlichen Mutter, einer überstrengen Großmutter und seit 15 Jahren unter einem schwer depressiven Vater, dessen einziger Halt sie zu sein wähnte. Entwicklungen in Richtung Autonomie waren ihr durch ihre Familie fast unmöglich gemacht worden. Ihre stark ambivalente Beziehung zu ihrem Vater rückt in den Vordergrund. Solange es dem Vater mit seinen Depressionen und schwerwiegenden psychosomatischen Erkrankungen so schlechtgeht, darf es ihr nicht gutgehen, darf sie sich auch nicht mit ihrem Freund wohl fühlen. Der Konflikt wird nun abwechselnd auf der Realebene und der Bildebene bearbeitet: auf der Realebene etwa mit Versuchen, seine Wünsche nach regelmäßigen Wochenendbesuchen manchmal zurückzuweisen; auf der Bildebene (inzwischen 6. Schritt) mit vielfachem Experimentieren mit verschiedenen Entfernungen zu ihm. Auf beiden Ebenen stellt sich auch keine Hilfe durch die Mutter ein. Diese schiebt ihm im Gegenteil die Tochter zur eigenen Entlastung nur immer wieder zu. Die Patientin begreift zusehends, was in ihrer Familie läuft. Während der Bearbeitung der Vaterbindung auf beiden Ebenen bekommt sie viel mehr Kontakt zu ihren Gefühlen. Nach vielen Vor- und Zurückbewegungen nehmen schließlich ihre Schuldgefühle, ihre Sehnsüchte und ihre Haßgefühle dem Vater gegenüber ab. Parallel dazu nehmen die Fähigkeit, allein zu sein und sich in der vereinnahmenden Verwandtschaft durchzusetzen, zu. Ein nächster Genesungsschritt ist erreicht worden. Diese Therapie ist derzeit noch nicht abgeschlossen (bisher 68 Sitzungen). Als nächstes wird eine erneute Zieldiskussion (7. Schritt) erfolgen.

Das sind nur einige Hauptlinien einer Therapie, deren Verlauf aus Platzgründen hier nur grob skizziert werden kann. Bereits die ersten katathymen Bilder haben schon wertvolle diagnostische Hilfe geleistet. Die auch in der Therapiesituation so angepaßte, um ihre intakte Fassade bemühte Frau hätte noch längere Zeit das Ausmaß ihrer Not bzw. die Schwere ihrer Persönlichkeitsstörung verbergen können.

Gerade in Anbetracht ihres tiefen Mißtrauens, das wohl durch ihre Mutter initiiert sein dürfte, war es für die Patientin wichtig, von mir in ihrem ersten als dringend dargestellten Anliegen verlässlich begleitet zu werden. Danach konnte sie erst den im Grunde wichtigeren Konflikt mit ihrem Vater vor mir ausbreiten.

Gerade in diesem Fall war das Einbringen beider Methoden wichtig: die KIP zum Erkennen der Zusammenhänge und zum Ausprobieren von Alternativen im Phantasie-Schonraum, die punktuell ansetzenden verhaltens- und kognitionstherapeutischen Methoden zum sichtbaren Bewältigen realer Aufgaben und Bedrohungen. Und umgekehrt: Was hätte der Vorgesetzte, den väterlichen Erpressungen zu widerstehen, geholfen, ohne seine im Detail unterstützte Umsetzung? Was hätte die Erkenntnis über die psychodynamischen Gründe der Prüfungsangst genutzt ohne die pragmatischen Hilfen beim Durchstehen der Prüfung? Das Nichtbestehen oder das Absagen der Prüfung hätte damals ihren selbstdestruktiven Tendenzen erheblichen Auftrieb gegeben.

2. Falldarstellung

Diagnose noch nach ICD 9: Mischform von Angstneurose und Phobie sowie psychosomatische Beschwerden (300.0, 300.2 und 306.4). Die 25jährige Reprographin kommt wegen Dunkelangst, die in seltenen Fällen das Ausmaß von Panik annimmt. Da sie aus beruflichen Gründen täglich in der Dunkelkammer arbeiten muß, beeinträchtigt diese Angst ihre Leistungsfähigkeit. Eine Neigung zu psychosomatischen Magenbeschwerden und eine ausgeprägte Prüfungsangst kommen hinzu. Die Patientin breitet bei der Anamneseerhebung bereits eine ungewöhnliche Lebensgeschichte aus: Sie wächst zunächst in einer Handwerkerfamilie auf, bis sie mit vier Jahren für ein Jahr zu einer Tante gegeben wird. Grund: Ihre Mutter war schon mehrere Jahre depressiv und suizidal, so daß die Versorgung des Kindes nicht mehr sichergestellt war. Als man sie mit fünf Jahren zurückholt, führt man sie zum Grab der Mutter, die sich nach vielen Versuchen nun erfolgreich das Leben genommen hat. Sie reagiert befremdet. Die Patientin erinnert sich heute nur noch an eine Handbewegung und akustisch an einen Satz der Mutter, sonst besteht Amnesie bezüglich der Mutter. Dagegen erinnert sie aus der Zeit vor deren Tod viele Nächte mit ängstlichem Warten auf den Vater, der häufig nachts die Mutter suchen ging. Bis zum 7. Lebensjahr, dem Hinzukommen der Stiefmutter, bleibt die Patientin ein ängstliches Kind. Sie taut dann auf, wird brav und freundlich. Bravsein ist für sie auch deshalb immer angezeigt, weil sie eine jüngere, geistig behinderte Schwester hat, auf welche die ganze Familie Rücksicht nimmt. In der Familie werden Freundlichkeit und Zusammenhalt großgeschrieben. Leben und Sterben der Mutter sind tabu. Die Patientin durch-

läuft Schule und Druckerlehre ohne große Schwierigkeiten. Sie arbeitet jetzt in einem mittelständigen Betrieb, hat einen Freund, mit dem sie zusammenlebt. Als ihr Chef einmal in der Dunkelkammer übergriffig wird, bekommt sie zum ersten Mal Panik.

In der Therapie wird als erstes Ziel die emotionale und behaviorale Abgrenzung gegen das Chefehepaar in ihrem Betrieb anvisiert und die Angstreduktion in der Dunkelkammer. Ihre bereits vorhandene Fähigkeit, sich tief zu entspannen, wird reaktiviert, und es werden Kognitionen erarbeitet, mit denen ihr der Aufenthalt in der Dunkelkammer leichter fällt. Daneben geht es um Erlaubnis zur Selbstbehauptung gegen das Chefehepaar, von dem jeder auf seine Weise die Grenzen der Patientin nicht respektiert hat. Zunächst also ein Vorgehen, das Verhaltenstherapeuten geläufig sein dürfte.

Dann kommt sie eines Tages in einer unangenehmen körperlichen Verfassung (Unruhe, Kopf- und Magenschmerzen) und findet keinerlei Erklärung dafür (Voraussetzung für Schritt 4). Ich biete an dieser Stelle den Übergang auf die Bildebene (mit dem Standardmotiv der Blume) an: Eine kurzfristig auftretende Margerite wird durch einen Bildausschnitt von einem Fahrradfahrer (Großaufnahme von seitlich/hinten) beiseitegeschoben. Gefühle starker Betroffenheit treten dabei auf.

Bei den sich in den nächsten Stunden anschließenden behutsamen Deutungen dieses Bildes fällt ihr eine grauenhafte Teilerinnerung ein, bei der sie - etwa 3jährig - mit Mutter und Schwester nachts auf dem Fahrrad durch den dunklen Wald gefahren wird, mit einer diffusen Angst. Sie erfährt nach dieser Sitzung von Verwandten, daß ihre Mutter damals mehrfach mit den Kindern losgefahren ist, um sich mit ihnen gemeinsam das Leben zu nehmen. Mit dem Blumenbild gelingt es nicht - wie ursprünglich angestrebt - Hinweise für das akute körperliche Mißbehagen zu finden. Doch das vorgestellte Bild mit ihren dazugehörigen Einfällen liefert wichtige Hinweise für die Einschätzung der Dunkelangst. In der Dunkelheit sollte sie offenbar schon als kleines Kind umgebracht werden; sie war total ausgeliefert.

Nach diesem Bild ist klar, daß erst in verschiedenen Lebensbereichen Gefühle von Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen aufgebaut werden müssen. Es wird eine Anregung von Verena Kast aufgenommen und mit der Patientin eine sog. Freudenanamnese durchgeführt: Situationen, in denen sie sich wohl gefühlt hat, und solche, welche heute angenehm und entspannend sind, werden in ihr Aufmerksamkeitszentrum gelenkt. Die vorher angestrebten Ziele werden nebenbei weiterverfolgt (vorübergehende Rückkehr zur VT). Nach drei Monaten fühlt sie sich stark genug, sich bei einem Meisterlehrgang anzumelden, nach drei weiteren wagt sie es, ihren Arbeitsplatz zu kündigen. Es tauchen Versagensängste im Meisterkurs und bei etlichen Auseinandersetzungen im Betrieb auf - manchmal von erheblichen Magenschmerzen begleitet. Doch die Patientin stellt sich den Problemen. Insgesamt lernt sie in diesem halben Jahr mit Verhaltenstherapiemethoden, etliche Sachaufgaben und interpersonelle Konflikte zu lösen. Sie wird belastbarer, beginnt stolz auf sich zu sein.

Als sie von Alpträumen und einem extremen Angsterlebnis im Urlaub berichtet, wird die Zeit für reif erachtet, sich er-

neut der Dunkelangst zuzuwenden und allem, was damit zusammenhängt. Es beginnt eine längere KIP-Phase (5. und 6. Schritt). Ihre Bilder enthalten alle mehr oder weniger bedrohliche Elemente: Mehrfach treten dunkle Männer auf, die sie verfolgen, ein Wald, der auf sie zukommt, ein Ungeheuer in einem halboffenen Käfig. Bei den Bildern wird sie aufgefordert, sich Schutz, Hilfe oder beruhigende Gegengewichte zu organisieren. Es gelingt so, daß sie die Konfrontation mit der Bedrohung aushalten kann. Bei ihrer Begleitung während der katathymen Bilder wird sehr wohl darauf geachtet, daß sie von Ängsten nicht überwältigt wird. Allmählich gewinnen bei ihren vorgestellten Bildern die erfreulichen Aspekte die Überhand. Da es sich bei den katathymen Bildern nicht um irgendein inneres Kino handelt, daß sich vor den Augen des Träumenden abspielt, sondern um Projektionen eigener Gefühle und Stimmungen, kommt dem Prozeß der Entsymbolisierung, d.h. der Deutung durch den Patienten, eine wichtige Rolle zu. Durch die Einfälle der Patientin zu ihren Gefühlen bei den Bildern werden die bisher unerlaubte Rivalität zur behinderten Schwester, die ebenso verbotene Abgrenzung gegen Vater und Stiefmutter und ihre Angst vor Vergewaltigungen zum Thema. Wenn sie den Bezug zur Gegenwart hergestellt hat und sie zu Handlungsvorsätzen kommt, zu deren Umsetzung ihr noch Übung oder Repertoire fehlen, werden phasenweise wieder die Methoden der Verhaltenstherapie herangezogen (vgl. Schritt 8). So bittet sie z.B. in einem wohl vorbereiteten Gespräch ihren Vater, ihr mehr von ihrer Mutter zu erzählen. Sie will endlich realistisch überprüfen, ob sie am Selbstmord ihrer Mutter schuld ist (auf diesen von ihr hergestellten Zusammenhang ist sie durch die Bearbeitung eines katathymen Bildes gekommen). Als der Vater sie in diesem Gespräch zurückweist, ist sie erst sehr betroffen. Langsam realisiert sie die Grenzen des Vaters; die Person, welche ihr früher soviel Halt gab, wird nach und nach entidealisiert.

Am Ende der Therapie (92 Sitzungen) hat die Patientin ihre Meisterprüfung bestanden, den Arbeitsplatzwechsel überstanden und einige Verbesserungen in ihrer Partnerschaft und Sexualität erreicht. Wie ein Nachgespräch nach zwei Jahren ergibt, sind Ängste im Beruf kaum mehr aufgetreten; dasselbe gilt für die psychosomatischen Beschwerden. Sie ist inzwischen verheiratet, erwartet ihr erstes Kind. Die Dunkelangst ist auf ein realistisches Maß geschrumpft („Nachts allein im Park würde mir noch mulmig werden“).

In diesem Fall hat sich die KIP insbesondere als diagnostisch hilfreich erwiesen. Ferner wurde mit den katathymen Bildern in ganzheitlicher Form das Fürmöglichhalten von Schutz und Geborgenheit gefördert. Denn nur was vorstellbar ist, kann letztlich angenommen und verwirklicht werden. Als sich die Patientin genügend geschützt fühlte, konnte sie die Bedrohungen in der Vorstellung aushalten, was letztlich (ähnlich wie die Desensibilisierung in der Vorstellung) zur Überwindung der ausgeprägten Dunkelangst führte. Schließlich konnten durch die Bilder und deren Aufarbeitung etliche Tabus aufgegriffen und gelockert werden; damit wurde eine wichtige Voraussetzung für die Überwindung der blockierten Autonomieentwicklung (ein Ziel, das erst im Laufe der Therapie als relevant erkannt wurde) geschaffen.

3. Falldarstellung

1. Diagnose nach ICD 9: Neurotische Depression (300.4), spätere (tiefenpsychol.) Diagnose: „Narzißtische Persönlichkeitsstörung (ICD 10: F 60.8) auf überwiegend mittlerem Niveau der Ich-Organisation. Überwiegend depressiver Modus der Konfliktverarbeitung, unter besonderen Belastungen auch Somatisierungen“. Aus der 80 Sitzungen umfassenden Behandlung der 29jährigen Musikerin möchte ich nur auf eine Therapiepassage hinweisen, in welcher der Nutzen des Hinzuziehens der KIP gut nachzuvollziehen ist. Zunächst der therapeutische Kontext:

Die depressive Episode wird ausgelöst durch eine Konkurrenzsituation in ihrem Streichquartett. Zu Beginn der Therapie wird mit überwiegend kognitiv-therapeutischen Methoden ihrer Depressivität entgegengesteuert- zuerst mit recht gutem Erfolg. Aber Magen-Darm-Störungen melden sich immer wieder, und extreme Verspannungen des Schultergürtels bleiben so ausgeprägt, daß sie ihr Musikinstrument nicht halten kann. Orthopädische Maßnahmen greifen nicht. Sie gibt sich inzwischen große Mühe, ihren Alltag zu bewältigen, doch es klappt nur sehr begrenzt. Als ihr Partner sie verlassen will, reagiert sie erneut mit einer starken Depression. Sie versteht sich selbst nicht, verachtet sich zusätzlich, weil sie Eifersucht und Partnerverlust nicht aushalten kann. Gespräche über wichtige vergangene Erlebnisse werden für nötig gehalten, da die Patientin auf die Methoden, welche an der Bewältigung der Gegenwart ansetzen, nicht genügend anspricht. Durch die eingeflochtenen katathymen Bilder fühlt sich die Patientin so unmittelbar angesprochen, daß sie immer größeres Interesse an ihrer eigenen Gefühlswelt zu zeigen beginnt. Viele negative Gefühle hatte sie jahrzehntlang, nicht wahrzunehmen versucht, bis sie in bestimmten Situationen von ihnen überschwemmt wurde. Besonders bedeutsam wird die Arbeit mit einem katathymen Bild:

Auf das Angebot, sich in einer als angenehm erlebten Landschaft eine für sie wichtige Person vorzustellen, sieht sie ihre älteste Schwester am Strand auf sich zukommen. Es folgt eine liebevolle Begegnung mit ihr. Dann sagt die Schwester, daß sie jetzt ihren Weg gehen muß, und geht vor den Augen der Patientin immer weiter ins Meer, bis sie versinkt. Die Patientin wird nur ermutigt, sich diese Szene bis zu Ende vorzustellen. Durch das Bild und seine Bearbeitung wird bei der Patientin sehr viel Trauer ausgelöst. Ihre Schwester hatte sich vor 15 Jahren das Leben genommen, und der Patientin war in der Familie eine Mitschuld am Tod der Schwester gegeben worden. Damals begannen ihre psychosomatischen Beschwerden (Magersucht und Migräne). Ein schweres Schuldgefühl, das auch jede Trauer blockierte, lastete seither auf ihr. Nach dem katathymen Bild löst sich dieses Schuldgefühl. Sie fühlt sich sehr erleichtert. In ihrer Familie hat sie damals mit drei Schwestern um die Gunst des Vaters gebuhlt. Nach dem Tod der Schwester reagierte sie nur noch mit liebem und verantwortungsvollem Verhalten. Rivalität war mit schwerem Schuldigwerden verbunden und wurde strikt vermieden. Nach der Arbeit mit diesem katathymen Bild sucht die Patientin von sich aus wieder Konkurrenzsituationen auf, versucht sich zu exponieren und den Neid der anderen auszuhalten. Die Muskel-

verspannungen sind so weit zurückgegangen, daß sie wieder stundenlang musizieren kann. Schrittweise faßt sie wieder Fuß in ihrem alten Beruf. In dieser Phase (letztes Drittel der Therapie) greifen wieder die stützenden Methoden der Verhaltenstherapie.

Das Konzept für eine Methodenkombination entstand im Laufe der letzten sechs Jahre in der psychotherapeutischen Praxis. Von sog. anekdotischem Material ausgehend, genügt der Beitrag natürlich nicht den Standards der Psychotherapieforschung; im Interesse des Patienten soll er jedoch vor allem Praktiker zur Methodenkombination ermutigen.

Wie Grawe, Donati und Bernauer (1994) in ihrem letzten Kapitel bei ihrem Entwurf einer „Allgemeinen Psychotherapie“ ausführen, ist es wichtig, in einer Psychotherapie neben einer optimalen Beziehungsgestaltung sowohl der Problembewältigung als auch der Klärung von Motivation Raum zu geben. Genau das geschieht beim Ineinanderrücken der die Problembewältigung akzentuierenden VT und der überwiegend Klärungsprozesse fördernden KIP.

Literatur

- Bandura A: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psycholog. Review*, 1977, 84, 191-215.
- Bartl G, Pesendorfer F (Hrsg.): *Strukturbildung im therapeutischen Prozeß*. Wien, Literas, 1989.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F: *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen, Hogrefe, 1994.
- Leuner H.: *Lehrbuch des Katathymen Bilderlebens*. Bern, Stuttgart, Toronto, Huber, 1985.
- Leuner H, Lang O (Hrsg.): *Psychotherapie mit dem Tagtraum*. Bern/Stuttgart/Toronto, Huber, 1982.
- Roth JW (Hrsg.): *Konkrete Phantasie. Neue Erfahrungen mit dem Katathymen Bilderleben*. Bern/Stuttgart/Wien, Huber, 1984.
- Wachtel P: *Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Ein Plädoyer für ihre Integration*. Stuttgart, Klett-Cotta, 1981.
- Wächter H: *Möglichkeiten des Katathymen Bilderlebens in der Behandlung psychosomatischer Krankheiten*. In: Roth JW (Hrsg.): *Konkrete Phantasie*. Bern/Stuttgart/Wien, Huber, 1984.
- Wilke E, Leuner H (Hrsg.): *Das Katathyme Bilderleben in der Psychosomatischen Medizin*. Bern, Stuttgart, Toronto, 1990.

Dr. phil. Dipl. Psych. Madlen Jacobshagen

Niedergelassene Psychotherapeutin

Malmedyer Str. 6, 30519 Hannover

Tel. u. Fax: 0511/ 843 60 51.