

3 Das psychotherapeutische Kommunizieren in Bildern und in Begriffen

Mit dem Terminus „exakte Symbolisierung“ wollte Rogers jenen Vorgang kennzeichnen, in dem das Individuum sich sein organismisches Erleben („experience of the organism“) voll und präzise vergegenwärtigt. Dabei soll hier und im Folgenden übrigens hinsichtlich des Begriffes Erleben bzw. Erfahrung der neueren Persönlichkeitsforschung gefolgt werden, nach der „mit ‚Erleben‘ sowohl bewusste als auch unbewusste Erfahrungen gemeint sind“ (Kuhl 2007, 77). Auch Rogers scheint „experience“ schon in diesem Sinne verstanden zu haben (Stumm 2011b). Wird das organismische Erleben exakt symbolisiert, kann es in das Selbstkonzept integriert werden, wodurch eine mögliche Inkongruenz von Selbstkonzept und organismischem Erleben aufgehoben wird (Rogers 1959/1987, 29). Diese exakte bzw. akkurate Symbolisierung ist letztlich eine sprachlich-begriffliche Kennzeichnung (lexikalisch-diskursive Symbolisierung), da eine bildliche Symbolisierung (ikonisch-präsentativ) nicht exakt, also nicht eindeutig und präzise ist, sondern immer mehrdeutig und vielschichtig.

Wir können, wie schon *im Teil 1* ausgeführt, ein Sprechen bzw. ein Denken in Bildern von einem Denken in Begriffen unterscheiden. Wir können sagen, dass ein Sachverhalt entweder vorstellungshaft imaginativ oder sprachlich diskursiv repräsentiert werden kann, wobei „imaginale Sachverhaltsrepräsentationen ganzheitlich organisiert sind und deshalb einen Zugang zu sonst nur schwer thematisierbaren Sachverhalten erlauben“ (Kindt 1997, 37). Der Therapeut ist deshalb hier gehalten, in seinen Verbalisierungen auf eine möglichst bildhafte, plastische, anschauliche Ausdrucksweise zu achten und dadurch eben gefühls- und erlebensnah, aber zunächst auch vieldeutig bleibend, also nicht unbedingt auf exakte Weise zu formulieren. Dieses Formulieren in Sprachbildern kann dann der Einstieg in ein intensives Imaginieren sein, insofern die thematische Vorgabe des jeweiligen Sprachbildes ausphantasiert wird. Der Therapeut versucht, im Klienten eine „Bildresonanz“ zu induzieren und selbst auch mit einer solchen zu antworten und dabei „sich auch in die Bilder seines Gegenüber zu irrealisieren“ (Klemm 2003, 179).

Dabei kann die erlebnisaktivierende Kraft des Bildhaften auch zu einer besonderen Vertiefung der therapeutischen Beziehung führen. Um in therapeutischen Gesprächen ein solch bildhaftes Denken anzuregen, erscheint vor allem wichtig, dass der Therapeut abstrakte Symbole bzw. Begriffe wie Hoffnungslosigkeit und Resignation immer wieder auch in möglichst plastische Sprachbilder wie „grauer, schwerer Himmel“ oder „ausweglose Gefangenschaft in der Dunkelheit“ übersetzt. Er sollte solche Sprachbilder häufiger benutzen, um so eine erlebnishafte Verankerung von sich herausbildenden Einsichten zu gewährleisten.

Das Arbeiten mit Imaginationen ist gewissermaßen nur eine Fortführung dieses Denkens und Sprechens in Bildern und in Metaphern. Die Bilder werden systematisch zum Zentrum der Arbeit. Therapeut und Klient sollen jetzt Bilder nicht nur als Verständigungsmittel benutzen, sondern der Klient soll sich ausdrücklich seinen spontan in ihm aufsteigenden Bildern überlassen. Den zu einem Thema, einem Stichwort spontan sich einstellenden bildhaften Phantasien soll systematisch Raum gegeben werden. Da diese Phantasien gewissermaßen als Boten des organismischen Selbst verstanden werden, soll diese Bilderwelt auch nicht sofort in die Sprache der Begriffe übersetzt werden, sondern sie sollen zunächst in ihren verschiedenen Nuancen zur Entfaltung kommen. Deshalb wird auch der Therapeut zunächst seine Phantasien, seine Bilder, die zu dem entsprechenden Thema in ihm aufsteigen, mitteilen.

Ein 46-jähriger Lehrer klagt über fast ständige Kopf- und Rückenschmerzen. Den täglichen Unterricht könne er kaum noch durchstehen. Nach einigen Gesprächen deutet er an, manchmal die Unterstützung von Kollegen zu vermissen, um dann aber wieder zu sagen, einen engeren Kontakt gar nicht zu wollen. Erst nach vielen weiteren Gesprächen wird eine gewisse Entfremdung zu seiner Frau deutlich, er besteht aber, überkontrolliert und gefühlsabwehrend, darauf, darunter in keiner Weise zu leiden. Im Laufe dieses Gespräches teilt der Therapeut dem Klienten eines der Bilder mit, die während dieses Gespräches spontan in ihm aufsteigen, um den Klienten einzuladen, seinerseits auf seine inneren Bilder zu achten und im Sinne einer „Bildresonanz“ (Klemm 2003) auf dieser Ebene zu antworten:

T: Sie haben also das Gefühl, erst so richtig bei sich zu sein, wenn Sie allein sind. Da hab ich jetzt das Bild von einem einsamen Meeresstrand vor Augen, da sehe ich Sie gehen und Sie scheinen sehr mit sich zufrieden zu sein. Lassen Sie zu dieser Vorstellung Bilder in sich aufsteigen.

K: Das Bild mit dem Meeresstrand gefällt mir. (Pause) – Aber ich sehe jetzt eine Straße, und die ist ganz leer.

T: Was ist denn zu beiden Seiten der Straße und wo sind Sie?

K: Zu beiden Seiten sind Häuser, Wohnhäuser, so 4–5 Stock hoch. Und ich bin ganz allein auf der Straße.

T: Ich sehe mich jetzt mit Ihnen diese Straße entlang gehen. Aber schildern Sie bitte, was Sie sehen.

Der Klient schildert, wie er (scheinbar doch alleine) diese immer monotoner werdende Straße entlang geht, die sich dann für ihn zu einem großen, ebenfalls leeren Platz weitet. Dann wird dieser Platz zu einem großen Schneefeld, und der Klient hat das Gefühl, in der Arktis zu sein. Es macht ihm zunächst Spaß, in die endlose Weite hinein durch den Schnee zu stapfen. Doch dann wird das Gehen immer schwieriger, er sinkt immer tiefer ein. Der Therapeut rät ihm, nach Skiern zu schauen, aber er findet keine. Er

schleppt sich dahin, wird verzweifelt. Schließlich sieht er (auf Anregung des Therapeuten) am Horizont eine kleine Hütte. Beim Näherkommen scheint sie leer. Er klopf an, ein freundlicher Trapper lädt ihn ein. Er fühlt sich dort sehr geborgen.

Es werden in den folgenden Gesprächen vier Bilder bzw. Szenen erörtert, die leere, triste Straße, das freudige Laufen in der weißen Weite, das dann aber zunehmend erschwerte Weiterkommen und die Aufnahme in der Trapperhütte. Therapeut und Klient verstehen schließlich diese Bilder als Ausdruck einer Doppeldeutigkeit von Distanz und Nähe, d. h. als Ausdruck eines Bedürfnisses nach Einsamkeit einerseits und nach Zuwendung und Geborgenheit andererseits. Dieser Nähe-Distanz-Konflikt spielte sowohl in der Beziehung zu den Kollegen wie vor allem zur Ehefrau eine Rolle. Die Näheängste verstärkten jeweils den Wunsch nach Einsamkeit, deren Vollzug weckten dann jedoch wieder (kaum symbolisierte) Nähewünsche. Diese Ambivalenzspannung exakt zu symbolisieren fiel dem Klienten besonders schwer, ermöglichte schließlich aber auch eine Klärung seiner verschiedenen Befürchtungen und Sehnsüchte.

Die Phase des Klärens und Verstehens der imaginierten Bilder, also ihre Übersetzung in die Sprache der Begriffe, sollte im weiteren Prozess der Therapie immer wieder abgelöst bzw. ergänzt werden durch eine erneute Phase des Imaginierens, um die eher kognitiven Einsichten immer wieder emotional erlebnishaft zu verankern. Es ergäbe sich also ein alternierendes Vorgehen, bei dem der Therapeut zwischen der Phase eines bildhaften und der eines begrifflichen Denkens oszilliert. Zunächst versucht der Therapeut, gewissermaßen unterhalb der rationalen Denkschicht diskursiver Begrifflichkeit operierend, den Klienten in der Unmittelbarkeit seines Erlebens durch ein Sprechen in gefühlsintensiven Bildern zu erreichen. Er selbst verbalisiert seine Angebote möglichst in solchen Sprachbildern und versucht so ein Denken in Bildern beim Klienten anzuregen. So soll ein dem organismischen Erleben noch nahestehendes Verstehen initiiert werden.

Die verschiedenen Bedeutungsaspekte der imaginierten Bilder rückt der Therapeut deshalb auch nicht vorschnell in ein vermeintliches Sinngefüge ein, und er spricht zunächst auch keine möglichen Widersprüche an. Er sucht nicht vorschnell den syntaktisch strukturierten Raum diskursiv-begrifflichen Sprechens auf. Vielmehr belässt er die Artikulationen von Erleben zunächst in dem noch unklaren und eventuell auch widersprüchlichen Nebeneinander, wie es von der Bilderwelt des organismischen Erlebens vorgegeben wird. Dabei gelangt der Klient in Bereiche seines Erlebens, die ihm meist unter den Vorgaben einer Alltagsvernünftigkeit verborgen bleiben. Der Weg zu einer exakten Symbolisierung sollte also nicht zu direkt, nicht zu kurzschlüssig sein, weil dann die therapeutische Arbeit leicht zu kopflastig wird und so viele Aspekte des organismischen Erlebens gerade nicht erfasst werden.

In einer zweiten Phase jedoch wird der Therapeut zusammen mit dem Klienten bemüht sein, dieses zunächst in Bildern ausgedrückte Erleben des Klienten exakt zu symbolisieren, also die Sprache der Bilder in die der Begriffe zu übersetzen, das heißt, den „gefühlten Sinn“ der Bilder zu entziffern bzw. auf den Begriff zu bringen. Es wird vermutet, dass schon das Imaginieren selbst eine heilsame Wirkung hat (Leuner 1970, Kast 1995, Leuner/Kottje-Birnbacher 1997), jedoch ist das Verstehen dieser Bilder bzw. dieser Imaginationen, also das begriffliche Klären ihres Sinnes, für die Integration der Erlebensgehalte in das Selbstkonzept unumgänglich. Nur so ist die volle Aneignung der organismischen Erfahrung möglich. Der Therapeut ist jetzt also bestrebt, zusammen mit dem Klienten Erlebenszusammenhänge begrifflich zu erfassen, also z. B. den Zusammenhang des zentralen Gefühls mit einem anderen Gefühl oder mit einem Bedürfnis bzw. einer Intention zu erkennen (Finke 2004). Die verschiedenen Aspekte des Erlebens werden nun in eine logisch-diskursive Ordnung gerückt, die sie auch einem expliziten Verstehen von Bedeutung zugänglich macht. So wird ein Begreifen, ein Erfassen von Sinnzusammenhängen möglich. Auch Widersprüche zwischen verschiedenen Erlebensaspekten soll der Klient jetzt erkennen und in ihrem Sinn verstehen, um sie damit anerkennen und integrieren zu können und so auch im mehrfachen Sinne des Wortes aufzuheben.

Im weiteren Prozess der Therapie wird der Therapeut immer wieder unter einer erlebnisaktivierenden Zielsetzung in die Phase des Imaginierens zurückkehren. Dabei ist zu bemerken, dass hier dieses Oszillieren zwischen zwei Vorgehensweisen aus didaktischen Gründen schematisch beschrieben wurde. Daher erscheint auch die Abgrenzung der beiden Phasen voneinander sehr pointiert.

4 Die Imaginationen des Therapeuten als Mittel der Empathie

Bei dem Thema der Imagination in der Psychotherapie denkt man in der Regel an die Phantasien des Klienten, die dann Gegenstand des einfühlerischen Verstehens des Therapeuten bzw. der gemeinsamen Klärungsarbeit werden. Nun zeigt sich aber schnell, dass gerade auch der Therapeut seinerseits Phantasie bzw. imaginative Fähigkeiten benötigt. Diese nämlich dienen ihm dazu, sich in die innere Welt des Klienten einzufühlen bzw. sich ein Bild von dieser Welt zu machen. Außerdem können die durch das Verhalten des Klienten induzierten, sich spontan beim Therapeuten einstellenden Imaginationen diesem wichtige Hinweise geben, den verborgenen Sinn dieses Verhaltens zu verstehen. Diese sich oft unwillkürlich einstellenden Bilder könnendem Therapeuten ermöglichen, eine besondere Nähe zum Klienten zu erleben und die Haltung des bedingungslosen Akzeptierens zu vertiefen.