

Defokussierende Imagination

Alfred Drees - Zentrum für prismatische Kommunikation, Krefeld, Deutschland

Defocussing imagination

Summary.

Psychotherapeutic usage of imagination is a method of dissolving psychological resistance in communication. The success of Leuner.s Katathym Imaginative Psychotherapy (KIP) is founded on this principle. Defocussing Imagination is another way to evade resistant traumata. Through the therapist.s unguided affective imagery, positive imagery in the patient is motivated.

This diminishes the burdening focus of pathogenic value and helps releasing syndromes of suffering from their fixation on conflict.

Key words:

Imagination, violence-traumatized, the dying, holistic capacity for experience, communication resistance Zusammenfassung. Die psychotherapeutische Verwendung von Imaginationen ist ein Weg, auf dem sich Gesprächsblockaden auflösen lassen. Das ist die Basis, auf der die Katathym-Imaginative Psychotherapie (KIP) Leuners mit ihren Erfolgen großen Bekanntheitsgrad erzielt hat. Ein weiterer Weg, blockierende schwer traumatisierende Erlebnisse zu umgehen, ist die hier dargestellte defokussierende Imagination. Durch freie Imaginationen beim Therapeuten werden positive Imaginationen beim Patienten angeregt. Das beinhaltet, dass der belastende Fokus an pathogener Wirkung deutlich verliert und dass Leidenssyndrome aus ihrer Konfliktfixierung gelöst werden.

Schlüsselwörter:

Imagination, Gewalttraumatisierte, Sterbende, ganzheitliche Erlebensfähigkeit, Gesprächsblockade

Begriffsbestimmung

Im psychotherapeutischen Gespräch ist es nicht immer dienlich, auf den Fokus, also den eigentlichen Kernpunkt der Störung, einzugehen. Speziell bei schwer gestörten Patienten (etwa Gewalttraumatisierten, etc.) kommt es nämlich dabei häufig zu einer Blockade, weil das Unbewusste des Patienten sich dagegen sträubt, eine so schwerwiegende Erfahrung neuerlich zu erleben und neuerlich durchzugehen.

Nun hat sich uns ein Weg als sehr praktikabel erwiesen, den wir .defokussierende Imagination nennen. Und zwar versuchen wir, andere Erlebensbereiche des Patienten wachzurufen, so dass er seine Problem-bereiche auf Zeit zurücklassen kann. Es ist das kein reines Ablenkungsmanöver, sondern wir versuchen, eine neue Erlebenswelt, die unabhängig von den traumatisierenden Ereignissen ist, im Patienten wiederzubeleben, und damit weiterzuarbeiten. Der Therapeut gibt eigene Stimmungen und Empfindungen wieder, und stellt dadurch eine Gefühlsbeziehung zum Patienten her, die nicht mit dem Trauma verknüpft ist. Es kommt dabei (teilweise erstaunlicherweise) zu vorstellungs- und erlebnisbedingten Gleichklängen zwischen Therapeuten und Patienten, was wir .sinnliche Resonanz. nennen. Im Rahmen dieser sinnlichen Resonanz können Therapeut und Patient freie Phantasien entwickeln, die nicht traumabezogen sind, aber auch nicht direkt die Übertragungsbedingungen zwischen Arzt und Patient widerspiegeln.

Es ergibt sich häufig ein sehr buntes neues Erlebnisbild durch die Betrachtung von unterschiedlichen Gesichtspunkten her, das ich als .prismatisch. bezeichne, weil es an die vielfache Aufteilung der Lichteffekte durch ein Prisma erinnert. Wir sehen das sowohl in Einzeltherapie wie auch in Gruppen, die wir als Selbsterfahrungsgruppen geführt haben, wobei wiederum das Abgehen von der reinen Problemfokussierung und Problembesprechung gewollt wird, stattdessen freie Phantasien stimuliert werden.

Anwendungsbeispiele

1) Akute Psychose in einer psychiatrischen Klinik

Das Beispiel einer akuten Psychose in einer psychiatrischen Klinik soll zeigen, dass auch in Situationen, in denen ein Patient noch nicht in der Lage zu sein scheint, ein geordnetes Gespräch zu führen und seinen augenblicklichen Zustand zu schildern, der Therapeut, sinnlich einfühlsam und Phantasie orientiert, psychotische Gesprächsblockaden im Einzelgespräch aufzulösen vermag.

Ein 24-jähriger Wohnheimpatient kommt erneut in einem akut psychotischen Zustand mit angstvoll-autistischer Abwehr zur Aufnahme. Ich kann im Erstkontakt den starren Blick des Patienten nur schwer aushalten. Ein Gespräch ist nicht möglich. Ich versuche mich sinnlich auf den Patienten einzustellen und fühle mich dabei unsicher, wie schwimmend oder schwebend, ohne Halt. Es ist mir, als ob irgend etwas in mir, wie wild hin und her jage. Relativ rasch entsteht in mir das Bild eines Scheibenwischers, der gegen die Regenmassen auf der Frontscheibe eines Autos ankämpft. Ich schildere dem Patienten meine Empfindungen und meine Phantasie und bringe dieses Bild sofort in ein Halt gebendes Gesprächsangebot an den Patienten:

Also, eigenartig, ich habe das Gefühl, wir zwei sitzen gemeinsam in einem Auto. Es regnet in Strömen. Die Scheibenwischer rasen wie wild über die Scheiben. Das Auto steht jedoch sicher. Wir sind an die Seite gefahren. Aber die aufblitzenden Lichter des Gegenverkehrs wirken weiterhin beängstigend.. Hiernach entkrampfen sich der Blick und die Haltung des Patienten und er fragt überraschend: .Woher wissen Sie, dass ich zu Haus eine Autosammlung habe?. Er beginnt dann stockend zu erzählen, dass er viele kleine Autos und Autobilder im Wohnheim in seinem Zimmer habe. Eigentlich habe er jedoch Angst um sein Kaninchen, das er im Garten halte. Er wolle doch gern im Zoo oder im Zirkus Tierwärter werden, am liebsten für Löwen. Die Stimmung wird wärmend vertrauensvoll. Die Gesprächsblockade ist aufgelöst.

2) Defokussierende Gespräche mit gewalttraumatisierten Patienten

Defokussierende Gespräche mit gewalttraumatisierten Patienten besitzen eine besondere Bedeutung, da Patienten hiermit wieder Zugang zu ihren prätraumatischer Gefühlen und Erlebensbereichen zurückgewinnen und ihre traumatischen Erlebnisse distanzierter abspeichern können. Ich berichte von meiner Balintgruppentagung in Kuwait, in der sich nach dem barbarischen Einfall der Iraker traumatische Leidenszustände der Gruppenmitglieder defokussierend aufarbeiten ließen.

Als Beispiel kann die Symptomlinderung eines Gruppenmitgliedes gleich zu Beginn der Tagung in Kuwait dienen. Er berichtete, dass er als Sozialarbeiter zahlreiche Patienten betreue, die seit dem Krieg unter ausgeprägten depressiven und Angstsymptomen sowie unter Schlafstörungen und Antriebslähmungen litten. Er schildert dabei die Qualen einer etwa 50-jährigen Frau, die erleben musste, wie vor ihren Augen ihr Mann und ihr 16-jähriger Neffe mit dem Beil erschlagen wurden. Das Blut, der Anblick und ihre lähmende Verzweiflung gingen ihr wohl nicht mehr aus dem Kopf. An dieser Stelle beginnt er stockend in arabischer Sprache von seinem eigenen Leiden zu berichten. Er habe seit vielen Monaten starke Magenschmerzen und Schlafstörungen. Bei ihm sei es wohl der Verlust der Mutter während des Krieges. Darüber wolle er hier jedoch nicht reden. Ihm ging es darum – und jetzt wieder in englischer Sprache – er wolle fit sein für seine Aufgabe. .My job is my life, you know., und energisch: .you have to know, doctor.. Die Gruppe reagiert betroffen, stellt sich jedoch rasch auf das bereits trainierte sinnliche und Phantasie-Setting ein. Lähmende, lustlose und ekelerregende Empfindungen und Stimmungsbilder werden wach. Eine abgeschlagene blutende Hand tanzt durch ein Gewirr von Schiffsmasten, .wie ein Derwisch mit wehendem Schweif.. .Die Blutstropfen tanzen mit, färben das Meer.. Kopfschmerzen und Magenbeschwerden stellen sich ein. Dann folgen Erlebnisse und Bilder von brennenden Ölfeldern, .die wie Kerzen eine Hochzeitsfeier beleuchten.. Viel Volk, Tanz und lustige Musik. Die Stimmung öffnet sich jetzt für friedliche Kamelkarawanen im Gegenlicht der untergehenden Sonne. Verträumte Meeresstimmungen und zärtliches Wiegen eines Säuglings kontrastieren mit grauen Nebelfeldern. Eine riesige Moschee ragt in den Himmel, in vorbeijagende Wolken, .it.s like a sword or a bow of a ship.. .On the trip in a nowhere land. Ergänzt lachend eine Psychologin, die als Religionslehrerin tätig ist.

Der Sozialarbeiter greift die einzelnen Stimmungsbilder auf und sucht sie assoziativ mit eigenen sozio-familiären Erlebnisfeldern zu verknüpfen. Es gelingt dem Gruppenmitglied, das wechselseitig sich tragende Leiden zwischen seiner 50-jährigen Klientin und dem eigenen familiären Belastungshintergrund zu verstehen und es im Kontext eines gemeinsamen soziokulturellen und religiösen Eingebundenseins zu mildern. In der letzten Gruppensitzung, vier Tage später, berichtet der Sozialarbeiter, dass seine Magenschmerzen bereits seit Tagen verschwunden seien..They just flew away.. Wichtig sei ihm jedoch zu be-

richten, dass er bei seiner Klientin eine ganz neue Gesprächsbasis gefunden habe. Er sei jetzt lockerer und könne mit ihr über familiäre und lebenspraktische Fragen sprechen.

In meinem Buch *.Folter, Opfer, Täter, Therapeuten.* (1996) habe ich die spezifische Problematik von Gewalt und Folter in unserer Gesellschaft beschrieben. Zahlreiche Anwendungsbeispiele zeigen, wie entlastend Defokussierungsprozesse sind.

3) Defokussierende Stationsvisite bei einer sterbenden Patientin

Ich erhalte einen Anruf. Es ginge um eine 54-jährige krebserkrankte Patientin, die seit 3 Wochen nicht mehr sprechen würde. Die Patientin wisse um ihre unheilbare Erkrankung. Sie habe jedoch noch mit niemandem über ihre Ängste sprechen können. Auch die Angehörigen hätten Angst vor dieser Aussprache. Ich besuche ihn mit einer in defokussierenden Gesprächen trainierten Krankenschwester. Der Stationsarzt versucht mich der Patientin vorzustellen. Ich suche den Blick der Patientin und frage, wie es ihr gehe, wie sie sich fühle. Die Patientin starrt mit leerem Blick wie ins Nichts. Keine Antwort. Es folgt eine bedrückende Stille. Ich äußere mein Erschrecken über die Kargheit des Zimmers. Keine Bilder, nicht einmal Blumen, es sei alles trostlos. Auch draußen sei das Wetter trostlos und traurig. Ich erkläre der Patientin, dass ich von der Schwere ihrer Krankheit erfahren habe, auch von ihrer Sprachlosigkeit und deshalb hier sei. Ich sähe, wie blass und grau und erstarrt ihr Gesicht sei. Ich fühlte mich davon regelrecht angesteckt. Und nach einer kurzen Pause: *.Ich möchte Ihnen meine Phantasieeinfälle schildern, die durch diese Stimmung hier in mir wach geworden sind. Ich sähe in meiner Phantasie einen langen Zug von Menschen in grauen Kutten durch eine weite Ebene ziehen, vielleicht wie ein Wallfahrtszug. Beim genaueren Hinsehen sähe ich, dass sie an einem langen Stacheldrahtzaun vorbei ziehen würden. Dahinter ständen Holzkreuze, ohne Namen, grau. Eine Unzahl von Holzkreuzen, ganz ungeordnet.. An dieser Stelle unterbricht mich die Krankenschwester.*

In einem fröhlichen, fast sprudelndem Ton bringt sie sich ein: *Eigenartig. Bei ihr sei es am Anfang auch dunkel und grau und neblig-verhangen gewesen. Dann habe sie sich jedoch an ihren letzten Urlaub erinnert. Sie sei damals mit ihrem Mann und ihren zwei Kindern im Gebirge in ein Gewitter geraten, und sie hätten Schutz unter einem Felsvorhang gesucht. Es sei wirklich bedrohlich gewesen. Sie hätten sich aneinander gepresst. Aber nach wenigen Minuten sei das Gewitter vorbeigezogen. Sie seien nur wenig nass geworden und hätten dann einen herrlichen Blick tief in das Tal gehabt. Sie hätten . . . An dieser Stelle beginnt die Patientin zu sprechen. Ihr laufen die Tränen herunter und gleichzeitig lächelt sie. Sie berichtet, wie sie mit ihrem Mann jedes Jahr in die Berge gefahren sei: *.Ja, damals bis vor vier Jahren . . .**

Auf Nachfrage erzählt sie, dass ihr Mann vor vier Jahren an einem Herzinfarkt gestorben sei. Seit dieser Zeit sei sie nicht mehr in den Bergen gewesen. Sie schildert jetzt zunehmend lebendiger ihre Erlebnisse in Udorf. Sie beschreibt im Einzelnen ihre gute Beziehung zu der Wirtin, zu der sie seit Jahren gefahren seien. Der müsse sie endlich einmal schreiben. Noch immer laufen die Tränen über ihre Wangen. Gleichzeitig strahlt ihr Gesicht in glücklichen Erinnerungen. Dem Stationsarzt fällt vor Überraschung der Schlüsselbund auf den Boden. Daraufhin lächelt die Patientin und berichtet, wie ihr Mann bei einer Bergwanderung die Autoschlüssel in eine Schlucht habe hinunterfallen lassen. Das hätte den Urlaub um zwei Tage verlängert. Die Stimmung im Krankenzimmer hat sich fühlbar entspannt. Die Patientin wirkt erschöpft, aber dankbar. Der Stationsarzt berichtete mir später, dass er mit der Patientin den Tod ihres Mannes und schließlich ihre eigene Todesangst ansprechen konnte und dass die Patientin wieder Gespräche auch mit ihren Angehörigen führen konnte.

4) Defokussierende Schmerzentlastung

Körperliche Verspannungen und Schmerzen sind nicht selten Ausdruck seelischer Leidenszustände, die ins Körperliche abgedrängt wurden. Aber auch organisch bedingte Schmerzen werden nicht selten zusätzlich aufgeladen mit abgewehrten Trauer und Angstzuständen. Am nachfolgenden Beispiel aus einer Kurzherapie eines Magenpatienten möchte ich eine Facette der Schmerz-entlastenden defokussierenden Gesprächsform vorstellen:

Ein Patient berichtete über erhebliche Magenbeschwerden, die sich erneut eingestellt hätten, nachdem seine Mutter wieder verstärkt in sein Leben eingegriffen habe. Auf meine Frage nach dem wie und wo seiner Schmerzen, schildert der Patient jetzt detailliert die Qualität und den Austragungsort seiner Beschwerden. Über detailliertes Nachfragen über die Form seiner Schmerzen schildert er schließlich, dass auf seinem Magen etwas liege wie ein kalter, ekeliger grün-grauer Stein mit rauer, glitschiger Oberfläche,

der unter dem Rippenbogen nach oben drücken würde. Nachdem sich auch bei mir ein unangenehmer Magendruck und erstaunlicherweise eine beruhigende, beinahe weihevollere Stimmung eingestellt hat, gewinne ich intuitiv das Bild einer Kirche. Ich forme in mir das Bild einer kleinen Wallfahrtskirche und schildere dem Patienten detailliert die Landschaft, eine kleine Anhöhe und eine breite Wiese, auf der ein Prozessionszug mit schwarz gekleideten Nonnen und einem Priester im weißen Kleid zur Kirche emporsteigt. Es sei sonnig und Herbst. Der Patient berichtet daraufhin, dass seine Magenbeschwerden schon weniger geworden seien, nachdem er seinen ekeligen Stein auf einer Wiese abgelegt habe. Er sei aber wirklich erstaunt darüber, wie ich zu meiner Phantasie gekommen sei.

Er habe vor etwa 6 Jahren auch unter erheblichen Magenbeschwerden gelitten. Aber damals habe seine Mutter überhaupt keinen Anteil daran gehabt. Er wolle über die Zusammenhänge ein anderes Mal sprechen. Wichtig sei ihm, dass er damals über eine Ordensschwester zu einer kleinen Wallfahrtskirche gekommen sei und eine Wallfahrt mitgemacht habe. Diese Kirche, in der Nähe von Koblenz, sei so ähnlich gewesen, wie ich sie geschildert hätte. Auf Nachfrage schildert er schließlich, dass er dort seine Beschwerden verloren habe. Er habe seinen Glauben in der letzten Zeit wohl vernachlässigt. Vielleicht solle er erneut eine Wallfahrtskirche besuchen, die hier im Rheinland von dem gleichen Orden unterhalten werde. Seine Magenprobleme seien wohl nicht nur Mutter bedingt. In den nachfolgenden zwei Behandlungsstunden ließen sich Sinnfragen, seine religiös getragenen Kindheit und seine religiösen und Selbstwertzweifel ins Gespräch bringen.

5) Defokussierende Gespräche mit einer Angst-Patientin

Abschließend möchte ich beispielhaft für die Behandlung neurotischer Patienten die defokussierende Funktion von freien Phantasien schildern. Eine 38-jährige Angstpatientin schildert detailliert, welch ein liebevoller und ständig hilfsbereiter Mensch ihr Vater sei. Er rufe sie jeden Tag an und käme sofort, wenn sie Hilfe brauche. Ich bestätige der Patientin, dass ich verstanden habe, was für einen liebevollen Vater sie habe. Gleichzeitig hätte ich mich jedoch während ihres Berichts völlig verspannt in Sessel gefühlt. Ich möchte ihr eine Phantasie schildern, die in mir dabei wach geworden sei. Drei abgeschnittene Finger lägen auf einem Küchentisch. Man sähe jedoch kein Blut. Danach beschreibe ich detailliert eine dampfende Kaffeetasse und die bäuerliche Kücheneinrichtung mit einem mächtigen Holztisch. Durch die kleinen Fenster fiel helles Sonnenlicht. Als ich dann die Landschaft beschreiben will, unterbricht mich die Patientin lachend mit folgender Bemerkung: Die abgeschnittenen Finger hätten sie sofort an ihren Vater erinnert, der von ihrer frühen Kindheit bis zu ihrem 11. oder 12. Lebensjahr immer wieder ihre Fingernägel abgebissen habe. Das hätte manchmal schon sehr wehgetan, aber geblutet habe das nie, wie die drei abgeschnittenen Finger auf den Küchentisch. Ich war mehr als überrascht. Es gelang danach, über den .Finger-beißenden Vater. Verdrängte und vergessene Familienprobleme, Kriegsergebnisse und aggressive Einfälle bei der Patientin wachzurufen und damit die angstneurotisch fixierte Familienharmonie in Bewegung zu bringen. Der Patientin gelang es hiernach, die vorher angstvoll abgewehrte Beziehung zu ihrem Ehemann zu vertiefen und auch beruflich eine stabilisierende Haltung einzunehmen.

Ich hatte anfangs gezögert, der Patientin diese Phantasie zu schildern. Meine Kollegen waren zum Teil entsetzt, dass ich einer Angst-Patientin solch eine verrückte Phantasie erzähle. Ich war jedoch überzeugt, dass mit freien Phantasien Erlebensbereiche von Patienten geöffnet werden, die bis dahin nicht ansprechbar waren. Patienten finden dank der defokussierenden Imagination raschen Zugang zu vergessenen bzw. abgewehrten Anteilen ihres Erlebens.

In Kriseninterventionen können auf diese Weise Symptome, zum Teil wie durch Zauberhand, beseitigt werden. Therapeuten, die diese Ergebnisse erstmals erlebt haben, berichten nicht selten voller Begeisterung von ihrer neu gewonnenen defokussierenden Kompetenz.

Diskussion

Wir müssen uns natürlich fragen, wieso freie Phantasien, die völlig losgelöst von den Erlebnissen des Patienten sind, trotzdem solche Resonanz bei ihm auslösen können, dass dann ähnliche Erlebnisse von ihm plötzlich herauskommen und fruchtbar bearbeitet werden können. Wer spirituell eingestellt ist, mag das mit Energiewellen bezeichnen, die sich von Mensch zu Mensch übertragen, ohne dass es rational oder energetisch verstehbar ist. Immerhin gibt es ja solche rational nicht verstehbaren Phänomene etwa auch, wenn einer plötzlich das Gefühl hat, jemand, der tausend Kilometer von ihm entfernt lebt, sei gestorben und ähnliches. Das ist vielfach in der Literatur beschrieben und hat auch keine rationale Erklärung. Wir möchten es eher mit vielen Wirkungen averbaler Therapien vergleichen, denn in der Kunst wie

in der Bibliotherapie, aber auch in der Tanz- und Bewegungstherapie kommt es zu neuen .Aha.-Erlebnissen, die man sich nicht rational erklären kann und die uns hinweisen auf die ganzheitliche Erlebensfähigkeit des Menschen. Wir sehen auch eine gewisse Verwandtschaft mit dem von Leuner inaugurierten Symbol-Imaginieren (heute Katathyme Imaginations-Psychotherapie [KIP] genannt) [1], wo auch nicht das Problem oder der Fokus angesprochen wird, sondern mit Symbolen außerhalb des traumatisierenden Erlebnisraumes vorgegangen wird, und man darüber auch ein gewisses ganzheitliches Erleben katalysiert, das sich sekundär auf die Probleme rückwirkend heilsam lösend bemerkbar machen kann. Uexküll hat 1962 schon darauf hingewiesen [2], dass in Balint-Gruppen mit Medizinstudenten diese wesentlich bessere Einsichten in psychosomatische Krankheitsbilder gewinnen konnten, wenn sie mit dieser Methode arbeiten (.prismatisch., .defokussierend.).

In Tab. 1 werden nochmals die beiden therapeutischen Haltungen einander gegenübergestellt. Es kommt beim Defokussieren zur partnerschaftlichen Akzeptanz mit Ausblendung rationaler Deutungen zugunsten des empathischen Mitschwingens.

Jedenfalls hat sich die .defokussierende., .prismatische. Gesprächsführung schon seit Jahrzehnten in einzel- und gruppentherapeutischen Settings bewährt, und es schien daher angezeigt, sie neuerlich darzustellen, da sie sonst in den vielfachen psychotherapeutischen Methoden verloren zu gehen droht [3–7].

<i>Tab. 1: Unterschiede der fokussierenden und defokussierenden Gesprächsführung</i>		
<i>Unterschiedliche Einstellungen im therapeutischen Prozess</i>		
Schwerpunkte	fokussierend	defokussierend
Orientierung	fachlich	partnerschaftlich
Probleme	eingrenzen	bewegen
Übertragung	bearbeiten	auflösen
Symptome	analysieren	transformieren
Beziehungen	hinterfragen	anreichern
Identität	zentrieren	erweitern
Phantasien	deuten	nicht deuten
Stimmungen	deuten	ausformen
Empfindungen	deuten	vertiefen
Ziele aufarbeiten	aufarbeiten	erweitern

Literatur

- [1] Leuner HC. Katathymes Bilderleben. Huber, Bern, 1980.
- [2] Uexküll v. Th. Sprechen und Sprachformen in der Medizin: In: Drees A. Patientenbezogene Medizin, Heft Nr. 5. Stuttgart, Gustav-Fischer-Verlag, 1982.
- [3] Drees A. Freie Phantasien. Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1995.
- [4] Drees A. Folter: Opfer, Täter, Therapeuten. Gießen, Psychosozialverlag, 1996.
- [5] Drees A. Intuition in der Sterbebegleitung. Lengerich, Pabst Science Publ, 2001.
- [6] Drees A. Defokussierende Strategien in der Psychiatrie. Lengerich, Pabst Science Publ, 2003.
- [7] Drees A. Du kannst Deine Tür öffnen. Berlin, Pro Business, 2008.