

1 Einleitung

Reverie ist ein Konzept, was von Bion (2013a) auf Grundlage der Überlegungen von Klein (1946) ausformuliert und von Ogden (2001) auf die therapeutische Beziehung zwischen Therapeut und Patient übertragen wurde.

Der Name Reverie erinnert an das französische Wort »rêve«, was übersetzt »Traum« bedeutet, sodass das Wort »Rêverie« eine »Träumerei« beschreibt. Jeder kennt diese Träumereien, die sich dadurch auszeichnen, dass die Aufmerksamkeit sich von äußeren Reizen entfernt und sich der inneren Welt zuwendet.

In der Literatur wird das Reverieerleben und die Nutzung von Reverien im therapeutischen Prozess in der Regel für die Arbeit mit erwachsenen Patienten¹ beschrieben. Obwohl es sich um ein Konzept handelt, was den Ursprung in einer kindlichen Entwicklungsphase hat, die noch vor der Sprachentwicklung liegt und die altersphasengerechte psychische Weiterentwicklung in den Fokus nimmt, wird das Konzept in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bisher eher vernachlässigt. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Anwendung des Konzeptes vom Therapeuten erfordert, Material zu erschaffen, das auch eigene Themen und unverarbeitete Anteile enthalten kann. Gerade in den psychodynamischen Therapien könnte dies die Frage aufwerfen, ob die Nutzung von Reverie im therapeutischen Prozess als Behandlungsfehler angesehen werden kann, da der Therapeut vermeintlich eigenes Material beisteuert und dem Patienten offenbart. Reverien sind Teil eines unbewussten Kommunikationsprozesses und werden bisher mit den Mechanismen der projektiven Identifika-

1 In diesem Buch wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Masculinum verwendet. Es sind immer alle Geschlechter mitgemeint.

tion und des Containings erklärt (Bion, 2013a). Meiner Ansicht nach bleibt aber im Ungewissen, wie genau die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient abläuft, da die Belegung des Therapeuten mit projektiven Identifikationen durch den Patienten und das Containing des Therapeuten nur ein Teil des Prozesses sein kann.

Es fehlt eine Beschreibung, welche Mechanismen aufseiten des Therapeuten den Umgang mit projektiven Identifikationen im Kontext von Containing ergänzen und welche Voraussetzungen dafür gegeben sein müssen, dass es zum Reverieerleben kommt, was im therapeutischen Prozess dann genutzt werden kann, um dem Patienten eine psychische Weiterentwicklung oder gar Heilung zu ermöglichen. Weiterhin bleibt das Ziel oder die Funktion von Reverie im therapeutischen Prozess im Unklaren.

Für Hermon (2016) ist Reverie erstens ein Instrument, um Dynamiken, die in der Therapiestunde stattfinden, zu konzeptualisieren und zu verstehen. Und zweitens ein intersubjektives Event während der Sitzung, das die kommunikativen Informationen contained. Diese Konzeptualisierung legt bereits nahe, dass es sich bei Reverien um einen Verstehenszugang und auch um eine Form der Behandlungstechnik handeln kann, da sowohl neue Informationen generiert und diese dann auch therapeutisch in der Interaktion mit dem Patienten genutzt werden können. In der therapeutischen Arbeit mit strukturschwachen Patienten erlebe ich Reverien manchmal als einzigen Ansatzpunkt für den Beziehungsaufbau oder das Erforschen der unbewussten Konflikte, gerade wenn beim Patienten Teilobjekte existieren und Ich-Störungen vorliegen.

Hermon (2016) unterstützt diese Erfahrung, indem er sagt, dass Reverie manchmal der einzige mögliche Modus sein kann, um in einer Sitzung oder zwischen zwei oder mehreren Sitzungen zu fühlen, denken, träumen und zu reden, wenn in der Behandlungsstunde primäre Gedankenprozesse herrschen und primitive Impulse sowohl den Therapeuten als auch den Patienten zu überfluten drohen. Diese sind ein Angriff auf die Denkfähigkeit des Therapeuten und der Versuch, in ihm etwas zu erkennen und von ihm in einem Prozess der Subjektwerdung erkannt zu werden. Die Reverien des Therapeuten formen eine intersubjektive Beziehung zwischen ihm und dem Patienten, die es dem Patienten ermöglichen, sich im Therapeuten zu erkennen, was wiederum dafür spricht, der therapeuti-

schen Beziehung mehr Aufmerksamkeit zu geben und Reverien als Behandlungstechnik zu nutzen.

Nach Hermon (2016) braucht das Kind in diesem Prozess die Fähigkeit zur Reverie eines signifikant Anderen, die gleichzeitig als Container und als Möglichkeit des Erkennens dient. Auch Ogden (2007) sagt, dass die Fähigkeit zur Reverie ein entscheidendes Element in der erkennenden Umwelt des Kindes und sehr wichtig im Prozess der Subjektwerdung ist. Das Ziel des Therapeuten sollte seiner Meinung nach daher sein, das verletzte Subjekt des Kindes durch das Erkennen von versteckten aufflackernden Flammen der Subjektivität zu rehabilitieren.

In diesem Zusammenhang bleibt für mich unklar, welche Elemente die therapeutische Beziehung charakterisieren und ob besondere Formen der Kommunikation eingesetzt werden sollten, um den Prozess der Subjektwerdung der Patienten zu unterstützen. In der Regel wird Reverie in der Literatur als innerpsychisches Konzept betrachtet. Hinweise auf kausale Zusammenhänge zwischen Reverien und äußeren Ereignissen ließen sich in der Literaturrecherche nicht finden.

Ich möchte in diesem Buch den Versuch unternehmen, herauszuarbeiten, auf welche Weise Reverien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie genutzt werden können, um das unbewusste Material des Patienten erfahrbar zu machen und damit im Hinblick auf eine Integration der vormals unzugänglichen Aspekte in das Selbstbild zu arbeiten. In der Literatur fehlt bisher auch eine Beschäftigung mit dem Einsatz von Reverien als Verstehenszugang und Behandlungstechnik in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die über das theoretische Konzept der Reverie hinausgeht.

Zu diesem Zweck möchte ich in Kapitel 2 über einen visuell-intuitiven Zugang in das Konzept der Reverie einführen, bevor ich in Kapitel 3 verschiedene Ansätze und theoretische Konzeptionen vorstelle. Dabei zeige ich die wesentlichen Annahmen von Bion (2013a) auf, der den Grundstein für die heutigen Ansichten zum Reveriekonzept legte und arbeite im weiteren Verlauf heraus, wie Reverie heute beispielsweise von Ogden (2001) verstanden und genutzt wird. Die Grundlagen des Reverieerlebens und der Reverienutzung im therapeutischen Prozess werden in Kapitel 4 dargestellt. Kapitel 5 ist gedacht als Verbindung von Theorie und Praxis. Anhand von Behandlungsszenen möchte ich darstellen, wie verschiedene

Reveriekonzepte sowohl als Verstehenszugang und auch als Behandlungstechnik im therapeutischen Prozess mit Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen eingesetzt und genutzt werden können. Den Abschluss des Buches bildet eine Diskussion der zentralen Erkenntnisse der bisherigen Kapitel.

Da ich zu späteren Zeitpunkten immer wieder auf Fallbeispiele bestehend aus Behandlungsszenen zurückgreife, möchte ich kurz erwähnen, dass ich diese im Sinne von Synchronizitätsphänomenen werte. Bei einem synchronistischen Ereignis spiegelt das äußere Geschehen unerwartet die innere Stimmung oder ein inneres Bild des Beobachters. Bei diesen Koinzidenzen sind Innen und Außen, Psyche und Materie nicht durch eine Wirkung (»akausal«) sondern durch einen Sinn verknüpft, wobei unter Sinn ein sinnvoller Zusammenhang verstanden wird (Atmanspacher, Primas, Wertenschlag-Birkhäuser, Pauli & Jung, 2013).

Bei Synchronizitätsphänomenen verhalten sich die inneren und äußeren Fakten gemäß Sparks (2007) so, als ob es einen Sinnzusammenhang gäbe, der uns auf bewusster Ebene nicht bekannt ist. Ein Synchronizitätsphänomen trägt seiner Ansicht nach gemäß eine Botschaft aus der Gegenwart in die Zukunft, im Gegensatz zur Kausalität, die die Vergangenheit mit der Gegenwart verbindet. Ein Synchronizitätsphänomen besteht gemäß Jung (2011) aus zwei Faktoren:

- einem unbewussten Bild, das direkt (wörtlich) bzw. indirekt (symbolisch oder angedeutet) als Traum, Einfall oder Ahnung ins Bewusstsein gelangt.
- einem objektiven Tatbestand, der mit dem Inhalt dieses Bildes koinzidiert.

Ein Synchronizitätsphänomen sagt also aus, dass die Glieder einer Koinzidenz durch Gleichzeitigkeit und Sinn verbunden sind und der Sinn sich durch innere Bilder manifestiert.

2 Reverie – ein visuell-intuitiver Ansatz

Bevor ich die theoretischen Grundlagen der Reverie darstelle, möchte ich einen beschreibenden Zugang zu diesem Thema nutzen. Ich bitte an dieser Stelle die Lesenden um Geduld, Offenheit und Sanftmut für diesen Ansatz, auch wenn er sich vielleicht erst später erschließt. Da Reverien in der Regel zwischen zwei Personen stattfinden, sind sie für Dritte verständlicherweise in der Regel schwer nachvollziehbar. Ich bitte dies zu berücksichtigen und sich auf das nun folgende Kapitel, vor jedem Verstehen, einzulassen.



Abb. 2.1: Hafenbecken von Helsinki (Quelle: eigene Aufnahme)

Das obenstehende Foto (► Abb. 2.1) entstand im Sommer 2020 auf der Insel Suomenlinna im Hafengebiet von Helsinki, während ich auf einer Parkbank saß und irgendwann merkte, dass ich Reverien über das Thema Reverie habe. Auf dem Foto sind Elemente und Prozesse dargestellt, die für mich im Kontext des Reverieerlebens und der Nutzung dieser charakteristisch sind, weswegen ich diese nachfolgend näher beschreiben möchte. Die Lesenden sind gerne eingeladen, ihre Gedanken schweifen, und sich von den Geschehnissen auf dem Foto ebenfalls berühren zu lassen, fast so, als würden sie neben mir auf dieser Parkbank sitzen.

In den Unterkapiteln 2.1 bis 2.6 möchte ich ausgehend von meinen Reverien über Reverie beschreiben, welche Elemente und Prozesse ich im Kontext der Nutzung von Reverien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für wichtig halte, bevor ich das Thema Reverie dann in ► Kap. 3 in einen theoretischen Kontext einbette.

Ich stelle mir vor, dass das Ufer im Bildvordergrund für den Therapeuten steht und das Ufer im Bildhintergrund für den Patienten und dass die Reverie des Therapeuten das Äquivalent zum freien Assoziieren des Patienten ist. Therapeut und Patient stehen miteinander in einer Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung und können gemeinsam in einem prozesshaften Geschehen die (unbewussten) Themen des Patienten ergründen. Dabei wirken der Therapeut und der Patient verbunden, obwohl sie es nicht sind, und zwischen ihnen liegt das Unbewusste in Form eines Meeres. Obwohl das Foto hier statisch ist, ist die Grundlage des Fotos ein dynamisches, prozesshaftes Geschehen.

Während ich auf der Parkbank sitze, nehme ich zuerst wahr, dass es zwischen beiden Ufern unterschiedliche Verbindungen gibt: Brücken, Fähren, imaginierte Wege im Winter über gefrorenes Eis bzw. im Sommer auf dem Meeresboden und Möwen, die hin- und herfliegen können. Die untergehende Sonne zieht die Aufmerksamkeit auf sich, man sieht die Bäume und den Fähranleger auf der linken Seite, weswegen die Insel in der rechten Bildmitte und alles rechts daneben eher aus dem Aufmerksamkeitsfokus fallen. Wenn ich das gegenüberliegende Ufer fixiere, merke ich, dass es mir als wenig konturiert erscheint, weswegen ich beginne, darüber zu fantasieren, welche markanten Gebäude mir bekannt vorkommen und wo ins Stadtbild ich sie einordnen würde. Ich stelle mir das Meer als das Unbewusste des Patienten vor und zugleich als etwas, das Patient und Therapeut gemeinsam erkunden können. Auch hier bekomme ich Fantasien: Was wohl im Meer leben oder gefunden werden würde und wie es sich anfühlen würde, darin zu schwimmen? Ich kann spüren, wie aufregend es wäre, neue Meeresbewohner zu finden oder wie sehr es mich emotional in Aufruhr bringen würde, auf Haie zu treffen und ich frage mich, wie die Patienten auf beides reagieren würden. Ich kann die Neugier spüren, das Meer zu erkunden, um dabei vielleicht auch dem entfernten Ufer mehr Kontur geben zu können, auch weil ich näher rankommen würde.

Ich schaue nacheinander alle sichtbaren Elemente an und merke, dass sich in mir spontan Impulse regen, als ich mich frage, was mich wohl auf der Insel erwarten würde. Obwohl ich über die Insel nachdenke, denke ich gleichzeitig auch über den Patienten nach. An dieser Stelle fällt mir auf, dass es gut wäre, wenn ich mit dem Patienten gemeinsam über die Insel nachdenken könnte, um eine Idee zu bekommen, wie er sich diese vorstellt.

Mein Blick folgt den Fähren und Brücken und ich muss daran denken, dass sie Kommunikationswege zwischen den beiden Ufern sind. Eine ankommende Möwe gibt mir das Gefühl dass auch sie ein Kommunikationsweg ist, die aber keine zwei Punkte starr verbindet, sondern sehr flexibel ansteuern kann, was sie interessiert. Sofort schweifen meine Gedanken ab und ich male mir in Gedanken Orte aus, auf denen sie landen wird und fantasiere die Beschaffenheit dieser Orte und die Bedeutung dieser für das Hafengebiet und damit im übertragenen Sinne für den Patienten.

Ich stelle mir inspiriert davon auch vor, mich mit dem Patienten zusammen im Meer treiben zu lassen, was in mir auch wieder Bilder entstehen lässt über Orte, die wir gemeinsam entdecken würden.

Ich konnte im Sommer 2020 an verschiedenen Tagen stundenlang dort sitzen und immer wieder zeigten sich neue Fantasien über das Hafengebiet oder die Fantasien vom Vortag setzten sich fort. In diesem Moment spürte ich innerlich, dass ich das Thema Reverie durch dieses Treiben am Finnischen Meerbusen emotional verstanden habe, ohne es kognitiv durchdrungen zu haben.

Alle Elemente, die ich eben erwähnte, sind für sich genommen und auch im Zusammenspiel bedeutsam. Das Zusammenspiel soll in den folgenden Unterkapiteln genauer betrachtet werden, um eine Vorstellung darüber zu entwickeln, wie sich die Lesenden den Einsatz von Reverien in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorstellen können. Die Gedanken der nachfolgenden Unterkapitel entstammen auch meinen visuellen Eindrücken, die ich im Sommer 2020 auf der Parkbank auf Suomenlinna beim Betrachten des Treibens im Meer bekam, sodass ich die Lesenden noch einmal bitten möchte, sich im Folgenden auf eine gemeinsame Reise einzulassen.

2.1 Der Therapeut und der Patient – die beiden Ufer

Der Therapeut und der Patient nehmen im Kontext von Reverieerleben und dessen therapeutischen Nutzung einen zentralen Stellenwert ein. Beide wissen um die Existenz des anderen und sind aufgrund des Eingehens einer therapeutischen Arbeitsbeziehung gewillt, in Interaktion zu treten. Reverie ist meiner Ansicht nach eine Methode des Therapeuten, mit der er auf freie Assoziationen des Patienten reagieren kann. Dadurch wird es möglich, das entfernt liegende Ufer (den Patienten) und den Zwischenraum zwischen beiden (das Meer) zu ergründen und besser kennenzulernen.

Ich stelle mir die Interaktion zwischen beiden folgendermaßen vor: Wenn der Therapeut den Patienten kennenlernt, bekommt er einen Erlebens- und Verhaltensabschnitt zu sehen, beispielsweise den Fotoausschnitt von ► Abb. 2.1. Der Therapeut kann sich ein Bild darüber machen, wie er den Patienten wahrnimmt und was beispielsweise seine Worte oder die Berührung beim Händedruck in ihm auslöst. Oft entsteht dadurch schon ein Eindruck, der eng mit der die Vorstellung begründenden Symptomatik zusammen hängt. Dieser erste Eindruck ist oft sehr intuitiv und noch nicht durch lebensgeschichtliche Fakten gefärbt.

Es folgt dann ein meist verbaler Austausch zwischen beiden, indem der Patient erstmalig bewusst etwas von sich preisgibt. Dadurch erhält der Therapeut ein schon mehr oder weniger zusammenhängendes Bild vom Patienten. Man könnte sagen, dass der Therapeut das entfernte Ufer erkundet und es dadurch an Kontur gewinnt, sodass markante Dinge für den Therapeuten bereits sichtbar werden. Durch Nachfragen des Therapeuten wird das Bild immer detaillierter. Dies kann auf einer rein bewussten Ebene stattfinden.

Parallel dazu kann der Therapeut auch einen unbewussten Zugang nutzen. Er kann den Patienten auf sich wirken lassen, so wie er das entfernte Ufer, das sich immer konturierter zeigt, auf sich wirken lassen kann. Der Therapeut ist auf die Mithilfe des Patienten angewiesen. Denn sonst kann er sich nur darauf fokussieren, was er sieht und assoziiert. Wenn der

Patient ihm auf der bewussten Ebene und auch unbewusst durch das Einlassen auf eine therapeutische Beziehung Informationen zur Verfügung stellt, kann der Therapeut diese in das bisherige Bild einordnen und dann auch wieder auf sich wirken lassen, wodurch sich Veränderungen am bisherigen Eindruck ergeben können.

Auch der Patient auf seiner Seite versucht sich ein Bild von seinem Therapeuten zu machen. Da Therapeuten im Sinne des Abstinenz- und Neutralitätsgebotes keine privaten Informationen zur Verfügung stellen, kann der Patient aufgrund des Verhaltens und der Reaktionen des Therapeuten sowie den gestalterischen Rahmen- und Ablaufbedingungen der Praxis prüfen, ob er sich gehalten genug fühlt, um sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen. Es entsteht zwischen beiden eine Verbindung, die zunächst visuell, auditiv und olfaktorisch geprägt ist.

Wenn beide nun in Interaktion treten, lernen sie sich gegenseitig immer mehr kennen unter Berücksichtigung der oben genannten »ungleichen« Bedingungen. Der Patient gibt eine Information (bewusst oder unbewusst) und erfährt die Reaktion (direkt durch Worte oder indirekt durch Körpersprache oder Mimik bzw. Sprachmodulation) des Therapeuten. Dadurch kommt ein Erleben durch eine neue Sinneserfahrung hinzu: (emotionales) Fühlen. Um genau diese Qualität geht es bei der Reverie, weswegen ich im nächsten Unterkapitel gerne beschreiben möchte, wie Patient und Therapeut miteinander in Kontakt stehen.

2.2 Das »Zwischen-uns«

Neben den vom Patienten präsentierten Fakten geht es in der Therapie auch darum, das Material auf Stimmigkeit und Wahrhaftigkeit zu prüfen. Dies funktioniert in der Regel nicht anhand objektiver Kriterien, sondern ergibt sich durch einen intuitiven Impuls.

Das Unbewusste ist zugleich ein verbindendes und trennendes Element zwischen Patient und Therapeut, ähnlich wie ein Meer zwischen zwei Ufern. Dadurch bietet es auch die Möglichkeit, dass Patient und Therapeut

sich im Unbewussten treffen. Dem psychodynamisch ausgebildeten Therapeuten sind Themen, die ihn lebensgeschichtlich geprägt haben, in der Regel zu einem großen Teil durch Selbsterfahrung bewusst. Der Patient ist auf der Suche danach oder hat meistens nur ein intuitives Wissen darüber. Daher kann davon ausgegangen werden, dass dem Therapeuten ein mehr oder weniger großer Teil des Unbewussten zwischen beiden bekannt ist und es aber auch noch Bereiche gibt, die sowohl Therapeut als auch Patient nicht kennen.

Wenn Therapeut und Patient beginnen, das Unbewusste des Patienten zu erforschen, können sie dabei auf Bereiche stoßen, die dem Therapeuten bekannt sind oder beide bekommen es mit etwas Unbekanntem zu tun. Die Arbeit in für den Therapeuten bekannten Themen sind für den Patienten verunsichernd, weil er es mit unbekannten Themen zu tun hat, während der Therapeut hier Sicherheit genießt. Wenn beide an unbekannten Themen arbeiten, kann auch der Therapeut seine Sicherheit verlieren, weil schwerer einschätzbar ist, welche eigenen Themen sich mit den Themen des Patienten vermischen. Dies kann bei beiden emotionalen Aufruhr hervorrufen. Der Therapeut ist gefordert, diese in sich zu halten, sie zu verarbeiten und sie für den Patienten in erträglicheres Material umzuwandeln.

Eine Möglichkeit des Verarbeitens besteht darin, die unbewussten Themen mit dem Patienten zu erfassen und sich auf einer sehr kognitiven Ebene anzusehen. Dies ist vergleichbar mit einer Fährfahrt über das Meer oder einer Meeresüberquerung über eine Brücke, bei der sich markante Themen in Gestalt von Tieren, Schiffen oder Gegenständen zeigen können.

Eine weitere Möglichkeit des Verarbeitens besteht darin, darüber zu fantasieren, welche Bedeutung der emotionale Aufruhr und die damit verbundenen unbewussten Themen für den Patienten haben. Dies entspricht, um im Bild zu bleiben, dem Verfolgen von Möwen, verbunden mit fantasievollen Gedanken über mögliche Flugziele. Dem Therapeuten wird es so möglich, nachzuspüren, ob sich das erworbene Material auf einer intuitiven, emotionalen Wahrnehmungsebene stimmig anfühlt. Durch das Fantasieren können sich auch Themen zeigen, die auf einer rein kognitiven Ebene nicht entdeckt worden wären. Dies ist vergleichbar mit dem Schwimmen im Meer. Die Augen können das erspähen, was nahe der