

Auf den Spuren von Ferenczi, Balint und Winnicott

Liebe und Haß

in einem für körper- und handlungsbezogene Interventionen offenen Setting

P. Geißler

Arbeitspapier Dez. 2000

Im vorliegenden Beitrag möchte ich ein psychoanalytisches Feld beleuchten, das innerhalb der letzten zehn Jahre im deutschen Sprachraum zunehmend an Bedeutungen gewonnen hat. Nicht zuletzt unter dem Einfluss der modernen Säuglings- und Kleinkindforschung hat eine für lange Zeit in Analytikerfachkreisen tabuisierte Diskussion wieder begonnen: die Auseinandersetzung mit den technischen Experimenten Ferenczi's sowie den Objektbeziehungstheoretikern Balint und Winnicott. Eine insgesamt noch kleine, aber wachsende Zahl an Psychoanalytikern öffnet das analytische Vorgehen neuerlich für erlebnisaktivierende und körperbezogene Techniken, wagt es wieder, analytisches Neuland zu betreten. In Deutschland ist es vor allem der Freiburger Psychoanalytiker und Körpertherapeut Tilmann Moser, der sich damit einen Namen gemacht hat.

Diese Tendenz ist nicht ganz verwunderlich; denn die Psychoanalyse steckt, aus unterschiedlichen Gründen, in einer ernsthaften Krise – jedenfalls im Deutschen Sprachraum. Gerade die neuen Entwicklungspsychologien zwingen die Psychoanalyse geradezu, vertraute theoretische Konzepte zu überdenken und manches Mal auch zu revidieren, soll die Kluft zwischen dem "rekonstruierten Säugling" und dem "beobachteten Säugling" nicht zu groß werden. Es zeigt sich, dass der Säugling über eine Vielzahl angeborener Fähigkeiten verfügt, mit deren Hilfe er die frühe Baby-Eltern-Interaktion aktiv mitgestaltet. Die zunehmende Bedeutung des interaktiven Geschehens und ihr Niederschlag in Form von Repräsentanzen haben das Augenmerk zunehmend mehr auf das interaktive Geschehen im therapeutischen und im psychoanalytischen Prozess gelenkt. Auf der Grundlage einer daraus resultierenden Konzeption eines interaktiven Übertragungsbegriffes scheint ein neuerliches Nachdenken über die Möglichkeit, konkrete Interaktion in den Rahmen eines Verständnisses von Übertragung und Gegenübertragung einzuführen, berechtigt. Heute verfügen wir darüber hinaus um ein viel besseres Verständnis der Gegenübertragung als zu Ferenczi's Zeiten, sodass man sich mit einem ungleich besseren Background als damals auf neue Experimente und Settingvariationen einlassen kann.

So ist es kein Zufall, dass im September 2000 zum zweiten Mal das Wiener Symposium "Psychoanalyse und Körper" tagte, zu dem auch der Herausgeber des vorliegenden Buches als Referent eingeladen war. Das Wiener Symposium ist traditionellerweise ein Ort, an welchem diese neuen Entwicklungen in der Psychoanalyse offen und auch kontroversiell diskutiert werden können. Eingeladen waren zuletzt u.a. David Mann, Joseph Lichtenberg, Tilmann Moser, Günter Heisterkamp, Jörg Scharff, Bob Ware, Gisela Worm und Hansjörg Pfannschmidt. Der vorliegende Beitrag schließt an die in Wien geführte Diskussion an.

Die frühen Objektbeziehungstheoretiker

Dass das klassisch-analytische Setting für einige unserer Patienten zu wenig effektiv, zu versagend ist oder aus anderen Gründen unangemessen ist, wurde schon früh in Erwägung gezogen. Noch zu Freuds Lebzeiten haben sich Pioniere wie Wilhelm Reich und Sandor Ferenczi dazu Gedanken gemacht; ihren theoretischen und behandlungstechnischen Modellen wurde jedoch viel Skepsis entgegengebracht, was schließlich zu Ausgrenzungen aus der psychoanalytischen Gemeinschaft führte. In sehr geraffter Form möchte ich auf einige damals schon geäußerte Kritikpunkte und Neuerungsversuche hinweisen.

Einer der ersten Pioniere und Objektbeziehungstheoretiker war Ferenczi (1939), der das klassische psychoanalytische Setting als streng, versagend und sogar potentiell retraumatisierend ansah. Er setzte sich stark für ein mütterlich gefärbtes Prinzip der Gewährung, ja sogar Verzärtelung seiner Patienten, die teilweise an schweren Persönlichkeitsstörungen litten, ein; auf diese Weise wollte er seinen Patienten ein gewisses Maß an Bedürfnisbefriedigung, eine reparative Neuerfahrung möglich machen, und so nahm er der Regression des Patienten gegenüber, die Freud eher als Umweg denn als Weg ansah, eine sehr gewährende Einstellung ein. Auf diese Weise kam er zu völlig neuartigen technischen Schlußfolgerungen, wobei das Scheitern vieler seiner Experimente mit dem in der damaligen Zeit nur in Anfängen entwickelten Verständnis der Gegenübertragung zu tun hatte. Er wollte seinen Patienten so viel Liebe als möglich geben, hatte aber kein geeignetes Instrumentarium, um mit dem destruktiven Haß und dem haßvollen Agieren seiner Patienten fertig zu werden. Die Möglichkeit, den Haß in der Gegenübertragung in Form von Fantasien zuzulassen, zu halten und als Deutungen dem Patienten zurückzugeben, bestand damals noch nicht; stattdessen ließ sich Ferenczi auf die mutuelle Analyse ein, was ausweglose Verstrickungen zur Folge hatte.

Zwischen Freud und Ferenczi versuchte Balint einen Kompromiß zu finden, der

sich zwar gegen eine übertriebene Haltung von Neutralität und Abstinenz aussprach, jedoch nie so weit ging wie sein Lehrer Ferenczi. Seine Konzeption einer "primären Liebe" und überhaupt seine für die damalige Zeit revolutionäre Sichtweise des Säuglings nahm Erkenntnisse vorweg, die sich aktuell durch die moderne Säuglings- und Kleinkindforschung voll zu bestätigen scheinen. In seiner Beschäftigung mit regredierte und "grundgestörten" Patienten machte er deutlich, daß es ungeachtet aller Fragwürdigkeit technischer Richtlinien bestimmte Dinge gibt, die der Analytiker tun muß und die er nicht tun darf. Zum Beispiel darf er beim Umgang mit grundgestörten Patienten nicht zu versagend sein, darf und soll ihnen daher auch eine "Befriedigung mit dem Ziele des Erkenntwerdens", die u.U. auch begrenzte körperliche Berührungen enthalten können, erlauben. Genauso sehr ist es dem Analytiker aber untersagt, im Falle "maligner Regression" - wenn also der Patient auf triebhafte Befriedigung besteht - auf die Erfüllung dieser Wünsche einzugehen. Balint unterschied also zwischen primären Bedürfnissen nach Liebe/Geliebt-Werden und Triebbedürfnissen des Patienten, die man heute als Bedürfnisse auf einer Abwehrebene begreifen würde. Gleichzeitig bereitete er mit Äußerungen über die Wechselseitigkeit des Verhaltens und der Beeinflussung in der analytischen Situation ein modernes interaktionelles Übertragungsverständnis vor (Balint, 1973).

Bei psychotischen und Borderline-Patienten riet auch Winnicott, die für die Behandlung neurotischer Patienten notwendige Distanz aufzugeben und dem Patienten jenen Raum zu geben, den er für seine Regression braucht. Wichtiger als alles Deuten war ihm bei diesen Patienten das atmosphärische Moment, die liebevolle, mütterliche Wärme des Analytikers: "Für den Neurotiker können die Couch, die Wärme und die Behaglichkeit symbolisch für die Liebe der Mutter stehen; beim Psychotiker wäre es angemessener zu sagen, diese Dinge seien physischer Ausdruck der Liebe des Analytikers. Die Couch ist der Schoß oder der Mutterleib des Analytikers, und die Wärme ist die lebendige Körperwärme des Analytikers (Winnicott, 1976, S. 82). Jedoch hat sich Winnicott darüberhinaus auch ausgesprochen, bei aller mütterlicher Haltung nicht den enormen Haß und die Destruktivität dieser Patienten zu übersehen. Der Haß des Analytikers in der Gegenübertragung soll nicht nur möglichst intensiv in den eigenen Fantasien zugelassen werden; man sollte ihn sogar - in dosierter und taktvoller Form - in der dem Patienten gegebenen Deutung verpacken, um ihm das Ausmaß seiner Hassbereitschaft und Destruktion zu vermitteln. Ein weiteres wesentliches Konzept Winnicotts war die psychoanalytische Situation als "Spiel-Raum".

Die Verdichtung des körperlich-sinnlichen Erlebens: Die psychoanalytische Situation als Spiel-Raum

Winnicotts Konzept der psychoanalytischen Situation als "Spiel-Raum" griff der Psychoanalytiker und Ex-Bioenergetiker Pfannschmidt (2000) auf dem 2. Wiener Symposium, das sich dem Schwerpunktthema "Sexualität" gewidmet hatte, auf und hielt ein Referat zum Thema "Sexualität im intermediären Spiel-Raum". Zur Entfaltung jeder Art von Fähigkeit bedarf es – so Pfannschmidt in Anlehnung an Winnicott - eines Raumes, in dem diese Fähigkeiten spielerisch entdeckt und erobert werden können. "Durch die spielerische Nutzung dieses Raumes entwickelt das Kind mit der Zeit seinen eigenen Innenraum, sein Körpergefühl von sich, der Welt und den Beziehungen, die möglich sind.... Das kleine Mädchen beispielsweise kann sich wünschen und in seiner Phantasie erleben, den Vater zu besitzen, von ihm ein Kind zu bekommen, solange es klar ist, daß sich dieser Vater in seiner erotisch-sexuellen Identität nicht von der Zuwendung seiner Tochter abhängig machen muß, das heißt, solange er im Idealfall zusammen mit seiner Partnerin den bedürfnisfreien Raum für das phantasierte und körperlich erlebte Begehren seiner Tochter bereitstellen kann."

Um diesen Raum für die Gefühle von Liebe und Begehren optimal zu fördern, ist es für Pfannschmidt notwendig, eine Entfaltung aller Sinne des Patienten bei gleichzeitiger physischer Nicht-Berührung zu fördern, "denn die physische Berührung manipuliert massiv den körperlichen Phantasieraum des Patienten und zwar dergestalt, daß sich seine Körperphantasie nicht mehr frei und ungestört entfalten kann, sondern durch das Erleben des Körpergefühles des Analytikers überdeckt wird." Noch zugespitzter formuliert: "Ich behaupte, daß das Nicht-physisch-Realisieren der erotischen Berührung in der Analyse das körperliche Erleben der Sexualität und damit die Körperlichkeit selbst ermöglicht. Umgekehrt gilt, daß die Reduzierung des Erlebens der Sexualität und der Erotik die Körperlichkeit reduziert. Wenn wir diese Körperlichkeit in der Analyse zulassen, wird sehr schnell spürbar, daß es sich bei dieser Art der Abstinenz nicht um Verzicht, sondern im Gegenteil um eine ganz spezifische Art der Erfüllung handelt."

Das Erleben, das in diesem intermediären Raum ermöglicht wird, ist also ein sehr körperlich-sinnliches, jedoch keines im Sinne einer Triebbefriedigung: "Bei diesem lustvollen Erleben von Erotik und Sexualität im intermediären Raum der Sexualität handelt es sich nicht um Triebbefriedigung im genital physischen Sinn, sondern um ein initiatorisches Geschehen, das zwar in sich ein geglücktes Ganzes ist, als Ganzes aber über sich hinausweist auf die erwachsene, eigenständige geschlechtliche Identität des Individuums."

Pfannschmidt unterstreicht, dass man die erotisch-sexuelle Thematik genauso *in* der Übertragung bearbeiten kann, wie bei anderen Themen auch, und sieht in der

dabei auftretenden spezifischen Schwierigkeit auch für den Therapeuten "die Wahrnehmung, den anderen mit dem eigenen erotisch-sexuellen Gefühl berührt und eine körperlich spürbare emotionale Antwort erhalten zu haben." Mit anderen Worten, der Analytiker hat sich, möchte er in der Lage sein, auf die liebevollen und erotisch-sexuellen Bedürfnisse des Patienten tatsächlich affektiv-körperlich zu antworten, selbst ins Geschehen einzulassen. Er muß in der Lage sein, mit dem Patienten eine therapeutisch-erotische Beziehung einzugehen. Er muß sich selbst mit all seinen Gefühlen in den Beziehungsprozeß einlassen, eine neutral-abstinente Haltung wäre in diesem Verständnis als ein Gegenübertragungswiderstand des Therapeuten zu begreifen. Ein solches Einlassen stellt die Funktionsverteilung Therapeut – Patient nicht in Frage, sondern setzt sie vielmehr voraus (vgl. dazu auch Ware, 2000).

Dieses Sich-Einlassen des Therapeuten in den psychoanalytischen Prozess betrifft natürlich nicht nur erotisch-sexuelles Erleben, sondern bezieht sich auf alle Gefühle, die sich zwischen Patient und Therapeut entwickeln - also auch auf Haßgefühle. Haß ist in diesem Zusammenhang zu verstehen als Abwehr von Liebe, und vom Patienten sind diese abgewehrten liebevollen Regungen deswegen so gefürchtet, weil sie in seinen frühen Erfahrungen zu schweren Verletzungen geführt hatten. Versucht man als Analytiker, an die liebevollen Gefühle des Patienten Schritt für Schritt heranzukommen, setzt man sich nicht selten zunächst dem beißenden Spott des Patienten aus. Man kann bei der Deutung in der Reinszenierung der traumatisierenden Situation die ursprüngliche Angst des Patienten sehr genau spüren, daß man nämlich bei einer verständnisvollen Annäherung an ihn und damit in der Übertragung an die geliebte Person, tief beschämt wird. Dies als Analytiker zu verstehen, die eigenen Ängste zu überwinden und sich in die gemeinsam aufgebaute Szene wirklich einzulassen, schafft die notwendige Voraussetzung dafür, dass sich tatsächlich eine "Liebesbeziehung" zwischen Analytiker und Patient entwickelt – ohne jede physische Berührung.

Allerdings ist Übertragungsliebe dann keine Einbahnstraße mehr, und der Analytiker kann sich nicht mehr so einfach hinter Deutungen verstecken; er wird als Person, mit den eigenen gefühlhaften, liebevollen wie haßerfüllten, angstvollen wie erotischen Regungen für den Patienten spürbar. Wir brauchen daher eine andere Sicht von Übertragung, der dieses Wechselspiel eher gerecht wird.

Exkurs: Die moderne Säuglings- und Kleinkindforschung

Verletzungen und frühe Traumata spielen in der psychoanalytischen Sichtweise der Strukturbildung der menschlichen Psyche zumindest implizit eine bedeutsame

Rolle, man spricht in diesem Zusammenhang von einem "High-tension-learning". Die moderne Säuglings- und Kleinkindforschung weist uns jedoch nachdrücklich darauf hin, daß wir auch den atmosphärischen Elementen und Lernprozessen ("Low-tension-learning") Aufmerksamkeit schenken müssen und daß tausendfach sich wiederholende, völlig undramatische Erfahrungen im Lebensalltag des Babys und Kleinkindes ebenso mental repräsentiert werden - als Interaktionserfahrungen bzw. "Rigs" (Representations of Interaction that have been generalized), wie Daniel Stern (1992) sie nennt.

Diese immer wichtiger werdende zeitgenössische Forschung veranlaßt uns, psychoanalytische Konstrukte neu zu überdenken - so z.B. auch die psychoanalytische Affekttheorie. Ohne hier auf Einzelheiten eingehen zu können (ich verweise auf die überblickshafte Darstellung bei Dornes, 1992) ist es mir wichtig darauf hinzuweisen, daß die psychoanalytische Auffassung undifferenzierter Affekte beim Säugling und die Abhängigkeit der Affektentwicklung von der Ich-Entwicklung aus der Sicht der neuen Entwicklungspsychologien einseitig erscheint. Auch die in der Symbiosetheorie Mahlers und in anderen Theorien von Spitz, über Jacobson bis Kernberg angenommene Unfähigkeit des Säuglings, Selbst und Objekt getrennt wahrzunehmen, muß angesichts der evidenten und experimentell nachgewiesenen Wahrnehmungsfähigkeit des Säuglings zumindest neu überdacht werden. So gilt es mittlerweile als sehr wahrscheinlich, daß der Säugling bereits im ersten Lebenshalbjahr zur Wahrnehmung von sieben kategorialen Affekten fähig ist – Interesse, Überraschung, Ekel, Freude, Ärger, Traurigkeit und Furcht. Diese Affekte gehören offensichtlich zur angeborenen Ausstattung der Spezies Mensch. Zudem verfügen Säuglinge über eine äußerst präzise Zeit- und Intensitätswahrnehmung, sodaß sie Affekte sehr wahrscheinlich auch in unterschiedlichen Abstufungen und als "Vitalitätskonturen" (Stern, 1998) erfassen können. Sie sind in der Lage, beispielsweise zwischen langsam sich aufbauendem und explosionsartigem Ärger zu diskriminieren. Vitale Dimensionen von Menschen und Ereignissen werden auf diese Weise aufgenommen, ein nuanciertes Spektrum an Gefühlen und Empfindungen wird erlebt und mental repräsentiert.

Die überragende Bedeutung früher interaktiver Prozesse und deren mentale Repräsentation zwingt uns zu einer Neubetrachtung und Neubewertung der Interaktion auch im therapeutischen Geschehen, in Form konkret-körperliche Interaktion im psychoanalytischen Raum. Diese Interaktion findet im Bereich des nonverbalen Handlungsdialoges zu jedem Zeitpunkt statt. Der psychoanalytische Raum ist nicht nur ein Sprach-Raum - er ist auch ein Handlungs-Raum, und er ist ein Spiel-Raum.

Der interaktionelle Übertragungsbegriff

Der traditionelle psychoanalytische Übertragungsbegriff geht davon aus, daß Übertragung vor allem eine Projektion der inneren Konflikte und Objektfantasien des Patienten auf den Therapeuten darstellt und sich daraus ergibt, daß der Therapeut durch eine Haltung von Abstinenz und Neutralität die Fantasien des Patienten allmählich erkennt und deutet. So gesehen, ist Übertragung eine "Einbahnstraße".

Ebenso wie Säuglinge und ihre Eltern von Beginn ihres Lebens an in einem kontinuierlichen Austausch von affektiv-körperlichen Signalen stehen, so wird auch das psychoanalytische Beziehungsgeschehen zunehmend mehr als zirkulärer Austausch- und Aushandlungsprozess auf der Basis reziproker und komplementärer Reaktionen beim jeweiligen Gegenüber betrachtet. Wir anerkennen heute mehr und mehr, daß wir als Analytiker/Therapeut, mit unserer eigenen Subjektivität, in diesen Austauschprozeß direkt involviert sind. Ein nonverbaler Handlungsdialog findet immer statt, auch wenn im Couch-Setting der visuelle Austauschweg unterbunden wird. Diese Reduktion des nonverbalen Austauschs auf der visuellen Ebene und damit die geringere Möglichkeit für den Patienten, den Austauschprozeß zu kontrollieren, mag in bestimmten Fällen weiterhin berechtigt bleiben, jedoch gleichen viele unserer Patienten den settingbedingten Sehverlust durch eine umso größere Aufmerksamkeit im auditiven Bereich aus und werden im Laufe des analytischen Prozesses zunehmend hellhöriger auf subtile Geräusche, die der Analytiker von sich gibt. Es ist eben *nicht* möglich, *nicht* zu kommunizieren, *nicht* zu handeln. Es ist die Natur des Menschen, interagieren zu wollen. Das haben die Objektbeziehungstheoretiker - Ferenczi, Balint, Winnicott u.a. - immer schon behauptet, und vieles spricht aus der Perspektive der neuen Entwicklungspsychologien für diese Sichtweise, dieses Menschenbild.

Daher halte ich einen Übertragungsbegriff für angemessen, der in seiner Konzeptualisierung davon ausgeht, dass es von beiden Seiten her – von Patient und Analytiker – eine Interaktionsbereitschaft gibt und dass die Aktionsbereitschaft des Therapeuten ein wesentlicher Bestandteil der gemeinsam aufgebauten Szene ist. Auch Bettighofer hat sich beim 2. Wiener Symposium nachdrücklich für einen solchen ausgesprochen. Ein interaktioneller Übertragungsbegriff "behauptet, daß wir beide als Person dazu beitragen, die jeweilige Übertragung zu gestalten. Neben den üblichen Projektionen kommt es zu Inszenierungen von Grundsituationen des Patienten. Diese tragen natürlich auch meine Anteile als Therapeut in sich.... Es geht nicht nur um Projektionen, sondern es findet auch eine reale Interaktion statt... Neutralität und Abstinenz bedeuten dann nicht mehr, dass ich z.B. nicht berühren

darf, sondern dass ich mir über mein Motiv zu berühren bewusst bin und im Auge behalte, was das szenisch bedeuten könnte. Vor diesem Hintergrund ist der Einsatz verschiedenster Methoden durchaus denkbar. Es geht dann nicht mehr pro und contra diese Methode, sondern die Fragestellung heißt dann: Was inszeniere ich mit dem Patienten, wenn ich so mit ihm arbeite, wie ich es gerade tue?“

Ein solcher interaktioneller Übertragungsbegriff schafft die Voraussetzung dafür, dass man sich als Analytiker ein Stück freier in den Prozeß einlassen und auch partiell verwickeln lassen darf. Aus eigenem Erleben als Patient und Therapeut behaupte ich nun, dass dieses sich freiere Einlassen in die gemeinsam stattfindende Interaktion die psychoanalytische Atmosphäre freier, lebendiger und auch freudvoller macht, so dass sich daraus positive Auswirkungen auf das Affekterleben der Patienten ergeben. Wenn die Patienten bemerken, dass ich mich als Therapeut ungezwungen verhalte, dass ich mich in meiner Persönlichkeit zeige und mich nicht hinter distanzierten Äußerungen verschanze, können auch sie sich direkter in das therapeutische Geschehen einlassen, ihre Ängste und Schamgefühle überwinden und sowohl liebevolle als auch hasserfüllte Regungen intensiver zulassen.

Setting und Erfahrungsraum

Der therapeutische Beziehungsraum, der sich im Rahmen eines psychoanalytischen Prozesses entfaltet, wird durch die Beiträge von Patient und Therapeut gleichermaßen gestaltet, auch wenn beide unterschiedliche Positionen darin besetzen. Bestimmte Modalitäten des Settings begünstigen bestimmte Erfahrungen mit sich selbst und mit dem Anderen mehr und andere weniger. Auch wenn es keinen zwingenden Zusammenhang zwischen dem Settingsangebot und dem Erleben des Patienten gibt, so kann man doch von einem gewissen Zusammenhang zwischen beiden ausgehen (Scharff, 1998, S. 45).

Auf der Grundlage eigener Erfahrungen als Analysand kann ich dazu Stellung nehmen. Nach einer nach einem Jahr abgebrochenen Psychoanalyse im Couch-Setting abgebrochen absolvierte ich eine fünfjährige Bioenergetischer Analyse nach Lowen, die in mir die emotionalen Voraussetzungen schuf, dass ich erstmals an tiefe gefühlsmäßige Erfahrungen herankommen konnte und von von Liebe und Haß in einer Weise berührt wurde, wie ich sie jahrzehntelang nicht mehr erlebt hatte. In einer dritten Therapie, einer siebenjährigen Psychoanalyse, war ich dann, aufgrund der entstandenen Fähigkeit, mich für Gefühle zu öffnen, in der Lage, von dieser Drittanalyse voll zu profitieren.

Ich möchte den Unterschied im Affekterleben karikieren: Während ich im

analytischen Setting getrauert habe, so habe ich im körpertherapeutischen Setting nicht selten geschluchzt wie ein kleines Kind. Während ich im analytischen Setting die körperliche Spannung infolge gehaltener Wut spürte, bot sich mir im körpertherapeutischen Setting die Möglichkeit, diese Wut gelegentlich ganzkörperlich auszudrücken, was nicht nur kurzfristige Erleichterung, sondern in mir die beruhigende Gewißheit hinterließ, auch extrem hohe Affektladungen bewältigen zu können. Der körpertherapeutischen Arbeit an den Affekten liegt eine Erlebnisunmittelbarkeit zugrunde, wie sie in einem rein verbalen Setting kaum zu erreichen ist. Diese Erlebnisunmittelbarkeit steht für mich nicht nur mit einer Öffnung aller Sinneskanäle, wie sie Pfannschmidt beschreibt, sondern auch mit den körperlich-motorischen Innervationen, die man im Zuge von körperlichem Kontakt oder körperlicher Bewegung erlebt, in Verbindung.

Ich fasse die Vorteile und Risiken körperbezogener Zugänge und ihre Auswirkung auf das affektive Erleben zusammen:

1. Körperbezogenes Arbeiten ermöglicht einen viel unmittelbareren Zugang zu den Affekten, als dies in einem rein verbalen Setting in der Regel der Fall ist. Dies birgt natürlich auch gewisse Risiken - z.B. die Möglichkeit des Überspringens von Abwehren des Patienten, eine Manipulation der Übertragung durch die Anleitung von Körperübungen sowie die Gefahr positiv-korrigierender Erfahrungen bei gleichzeitigem Übersehen negativer Übertragungsentwicklungen. Auch wird der Fantasieraum des Patienten durch die direktivere und körperbezogene Zugangsweise im Vergleich zum psychoanalytischen Vorgehen weniger gefördert. Auch wenn der Weg ein anderer ist - die traumatischen Positionen des Patienten kommen genauso wie im psychoanalytischen Prozeß allmählich an die Oberfläche und werden bearbeitbar.

2. Die vom Patienten erlebten Affekte kommen in der Beziehung zum Therapeuten, während der Arbeit "in der Übertragung", in größerer Intensität und Dichte zum Vorschein, sie nehmen dadurch auch qualitativ andere "Aggregatzustände" (Moser, 1989) an. Liebe und Hass werden viel leibhafter fühlbar als in einem rein verbalen Therapieraum. Das Öffnen aller Sinneskanäle weist den Weg zu einem umfassenden Gefühls- und Leiberleben, benötigt aber darüberhinaus gelegentlich der konkret-körperlichen Interaktion mit dem Therapeuten, die physische Berührung miteinschließen kann, aber nicht muß.

3. Es erweitert sich durch eine solche Vorgangsweise das Indikationsspektrum der Patienten, mit denen wir psychoanalytisch arbeiten können, z.B. auf Patienten mit "traumatischen Affekten", die die Gefährlichkeit ihrer Affekte, von denen sie fürchten, daß sie explosionsartig ausbrechen könnten und ihr Ich überschwemmen,

durch ein hohes Ausmaß an sprachlicher und intellektueller Distanzierung abwehren, bis hin zu einem Zustand der Unwirklichkeit. An solche Patienten kommt man auf sprachlichem Wege gar nicht oder nur sehr schwer heran, der psychoanalytische Prozeß gerät bei ihnen häufig ins Stocken, wohingegen direktere Zugänge zu den Affekten der Patienten, unter Beachtung ihrer Ängste und Widerstände, von Vorteil sind, weil man sich dann gleichsam "am Ort des Geschehens" befindet. Das Risiko besteht in einer Überschwemmung des Ichs vor allem bei Körperarbeit "in der Übertragung", sodaß man gelegentlich besser auf ich-schonende, szenische Interventionen (z.B. Rollenspiel) ausweicht.

4. Durch die Förderung der Körperwahrnehmung - im Zuge von Affekten wie Liebe und Haß, aber nicht nur bei diesen - entsteht allmählich ein immer differenzierter gespürter "Körperraum" im Patienten. So behält Freuds Ausspruch: "Das Ich ist vor allem ein körperliches..." (Freud, 1923) weiterhin seine Berechtigung. Gerade in unserer körperfeindlichen postmodernen Zeit, der zunehmenden Hinwendung zu virtuellen Kontakten als Ersatz für reale Kontakte, der Entfremdung von Körperlichkeit und Sinnlichkeit, dem Verlust an Eingebundenheit in die Natur scheint mir eine körperfreundliche Grundeinstellung in einer psychoanalytischen Therapie ein unverzichtbares Korrektiv zu sein.

Fallvignette

In der folgenden Fallvignette (Scharff, 1998; S. 46 ff.) soll beispielhaft aufgezeigt werden, wie man körperbezogenes Arbeiten – im vorliegenden Beispiel eine Berührungsintervention - auf differenzierte Weise in eine psychoanalytische Situation einführen kann, und welche Auswirkungen eine solche Intervention auf das Erleben der Affekte der Patientin haben kann. Den Terminus "psychoanalytische Situation" wird hier im Sinne eines Oberbegriffs für eine Situation verwendet, in der "die methodische Verwendung von Übertragung und Widerstand die Entfaltung eines psychoanalytischen Prozesses ermöglicht" (ebend., S. 45).

"Die ... Patientin, eine Borderline-Patientin mit autistischen Zügen, befindet sich bei mir in einem Erfahrungsraum, der auch die Möglichkeit zu einer inszenierenden Interaktion mit einschließt. Sie leidet stark unter einer organisch bedingten Sehstörung, doch hat sie die Behandlung primär wegen ihrer Leeregefühle und Depressionen gesucht. Vorher war die Analyse über lange Zeit ins Stocken geraten, und auch jetzt noch bestimmten Rigidität, maskenhafte Starre und Ritualisierung die Beziehung zwischen der Patientin und mir. Wir haben das Setting vom Liegen in ein Gegenübersitzen geändert. Auch diese Patientin erzählt mir von Träumen, die sie aber oft nicht zu Ende träumen kann, weil sie in Panik aufwacht. Z. B.

fürchtet sie, im Wasser unterzugehen, auch wenn der Schwimmlehrer in der Nähe ist und ihr Anweisungen gibt. Oder sie träumt, daß sie kleines Mädchen im Kinderheim ist und ich ihr ganz unvermittelt sage, die Behandlung sei zu Ende. Im Traum verstummt sie völlig und klammert sich an einen Löffel, ehe sie aufwacht. Weiter unten werde ich mehr über die Hintergründe ihrer Störung sagen und auch erläutern, warum ich dieser Patientin schließlich in einer Stunde den Vorschlag einer inszenierenden Interaktion mache: wir können schauen, was geschieht, wenn sie sich auf die Couch legt, ich mich neben sie setze und ihr vielleicht, wenn sie es möchte, für eine zeitlang die Hand auf die Schulter lege. Als sich dies in der darauffolgenden Stunde realisiert, entsteht im Raum eine intensive Stille, in der die Patientin, wenn auch nicht ganz ohne Angst, sich doch über lange, wie zeitlose Momente wie ein ganz kleines Kind in meiner Gegenwart aufgehoben zu fühlen scheint. Schließlich wechseln wir einige Worte miteinander. Als ich meine Hand nach einer Vorankündigung wieder zurücknehme, zieht sich die Patientin zusammen, als erlebe sie etwas ganz Schreckliches. Wir setzen uns noch eine Weile gegenüber und sprechen über das Erlebte."

Im Unterschied zu den herkömmlichen Körpertherapien (Bioenergetik, Biodynamik, Hakomi, Radix, Reich'sche Therapie u.a.) ist orientierender Gesichtspunkt aller Interventionen – auch solcher auf der Körper- und Handlungsebene – immer die Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung. Allen analytischen Ansätzen, trotz mancher Unterschiedlichkeiten, ist dieses orientierende Prinzip gemeinsam sowie die Arbeit an inneren, unbewussten Vorstellungen, Repräsentanzen. Dies gilt auch für ein solches Vorgehen, das gelegentlich bewusst hergestellte Passagen gestisch-bewegungsmäßigen (miteinander-)Handelns, mit oder ohne Berührung, miteinschließen kann. Dieses Handeln ist von seiner Struktur her zu verstehen als ein Probehandeln, als eine "intendierte, in bewegungsmäßigen Ausdruck umgesetzte Modellszene" (Scharff, 1998, S. 47). Ausgangspunkt für die Intervention des Analytikers ist dabei in der Regel ein bestimmter Aspekt der Beziehung, der sich zwischen Patient und Therapeut während des Sprechens spontan herstellt. Insofern handelt es dabei um ein Vorgehen, das nicht vom Körper ausgeht, sondern von der Beziehung, wobei die Beachtung körperlicher, z.B. nonverbal-dialogischer Vorgänge, eine große Rolle spielt. Beziehung artikuliert sich immer auch auf dieser basalen, nichtsprachlichen Beziehungsebene, die den kommunikativen Hintergrund darstellt, auf dem die Übermittlung sprachlicher Botschaften erst Sinn macht. Dieser kommunikative Hintergrund sorgt für eine unbewusst ausgehandelte Feinregulierung von Nähe und Distanz und eine spezifische atmosphärische Färbung in der Therapiesituation, die man in der Regel gut spüren und schwer verbalisieren kann. Aus der Perspektive des Quantums an ausgetauschten Informationen macht dieser Hintergrund etwa 80% der Gesamtkommunikation aus

(Fivaz-Depeursinge, 1998). Er ist in rein verbalen Settings ebenso präsent, aber schwer artikulierbar, weil des Informationsaustausch nicht so sehr im Bereich des deklarativen, sondern mehr des implizit-prozeduralen Wissens stattfindet. Settings, die die Körperwahrnehmung und die gelegentliche Möglichkeit für Körpererfahrungen durch Handlung und Berührung miteinschließen, erleichtern wegen ihrer Körper- und Handlungsnahe die bewusste Wahrnehmung prozedural-impliziter Vorgänge, die der Patientin im gegenständlichen Fall helfen, aus ihrer Pattsituation, die sich in der verbalen Analyse eingestellt hatte, wieder herauszukommen.

Der biografische Hintergrund

Folgendes Bild der frühen Mutterbeziehung hat sich mit der Zeit durch Rekonstruktion, durch Elemente aus Übertragung und Gegenübertragung, durch Träume und biographische Einzelheiten herauskristallisiert: Die Mutter der Patientin hatte anscheinend ihrem Baby gegenüber wenig Toleranz für Unsicherheit, Angst oder Umstimmigkeit. "Sie ließ sich auf das Wagnis, das Kind in einführenden Versuchen zu ihrem Baby zu machen, nicht ein, sondern verschante sich hinter einem von ihrer eigenen Mutter stammenden Vorschriftenschirm, wie das Baby und sie sich zu verhalten hätten. Die Lebendigkeit des Babies stellte eine Bedrohung für die Mutter dar, so dass das eigentliche unbewusste Hintergrundmotiv all ihrer Handlungen war, das Baby schon ruhiggestellt zu haben, ehe sie sich überhaupt auf den inneren Umgang mit dem Kind eingelassen zu haben. Stillen, Füttern war also gleichbedeutend mit Unlebendig machen, eigentlich ein Abspeisen, das einem Sich-Aufeinander-Einlassen vorbeugte. Zugleich war dieser Modus nicht ständig am Werk, sondern es gab Momente, in denen sich die Mutter kurze Zeit auf ihr Baby einließ, dann aber das Miteinander wieder abbrach. In Reaktion auf diese Erfahrung hat sich die Patientin auf eine eine autistisch-contagiöse Position zurückgezogen (Odgen, 1989). Vorzeitige Schein-Autonomie, bei gleichzeitiger Klammerbeziehung und psychischer Ungetrenntheit vom Objekt, permanente Hypervigilanz, fast wahnhaft omnipotente Kontrolle über alles und jedes kennzeichneten ihre Beziehungsweise. Die Patientin empfindet eine tiefe Angst und Aversion gegen jede affektive Bewegung und wirkliche Affekterfahrung, weil sie ein traumatisches Entgleisen der Affektregulation beim plötzlichen Abriss der Erfahrung fürchtet. Die Beziehung zum Objekt ist von einer tiefen Ambitendenz geprägt, das Objekt ist im gleichen Moment gut und schlecht, verführend und verstoßend.... Genau in dieser Beziehungskonfiguration war die Behandlung über lange Zeit festgefahren. Die Patientin konnte weder gehen, noch half ihr das Bleiben, etwas Neues mit mir zu entwickeln" (Scharff, 1998, S. 53).

Die Berührungsintervention im Detail

Zunächst werden die Ängste und Widerstände, die in der Patientin hochkommen, wenn man ihr ein solches Berührungsangebot unterbreitet, bearbeitet, denn ihre Widerstände sollen nicht übersprungen werden. Nachdem der Analytiker seine Idee, der Patientin eine umgrenzte Berührung probeweise anzubieten, ausgesprochen hat, wird die sich in der Fantasie der Patientin einstellende Szene noch vor der konkret stattfindenden Interaktion vorbearbeitet. Dies war auch bei dieser Patientin so. "Sie fürchtet, den Boden unter den Füßen zu verlieren, zu fallen, sich auszuliefern, auch: mir zu schwer zu werden" (Scharff, S. 53).

Der Analytiker drängt die Patientin keineswegs, läßt die vorgeschlagene Intervention als Möglichkeit offen – vergleichbar mit dem Angebot einer Deutung, das die Patientin annehmen oder abweisen kann. "Als sich die Patientin tags drauf in seitlicher Position auf die Couch legt, bleibe ich zunächst auf meinem Stuhl sitzen und setze mich schließlich nach einer Weile des Fragens und Abstimmens neben sie" (ebend., S. 53).

Als sich die Patientin hingelegt und noch bevor der Analytiker seine Hand auf ihre Schulter gelegt hat, achten beide zunächst auf die sich einstellende Atmosphäre, auf die nonverbale Qualität der sich nun einstellenden Beziehung. "Sie liegt still da, die Hand am Mund und ich erlebe jetzt aus anderer Nähe, was sie mir schon früher berichtet hatte, daß sie sich auf der Couch manchmal wie ein ganz kleines Kind fühle, ja es sei. Ihre Regungslosigkeit und eine leichte Rötung ihres Gesichtes lassen mich vermuten, daß sie weiterhin nicht ganz ohne Angst und Spannung ist. Dennoch vermittelt sich zugleich auch ein überraschender Friede" (ebend., S. 53).

Nachdem sich die Patientin auf die neue Situation, ausgelöst durch den nun geringeren Abstand zu ihrem Analytiker, eingestellt hat, sagt dieser "nach einer Weile, dass ich mir auch vorstellen könnte, so wie wir es besprochen hätten, meine Hand auf ihre Schulter zu legen. Schließlich bittet die Patientin mich darum" (ebend., S. 53-54).

Die Reaktion der Patientin auf die Berührung ist auf einer Ebene des nonverbalen Signalaustausches für den Analytiker unmittelbar wahrnehmbar, und der nonverbale Dialog in Form körperlicher Signale und Botschaften ist bei einem solchen methodischen Vorgehen handlungsleitend für die gesamte Interaktion: "Der Zustand friedlichen Angekommenseins verstärkt sich noch, es stellt sich eine tiefe Ruhe ein. Ich spüre dies auch an dem sich verändernden Tonus, mit dem die Patientin meine Hand annimmt. Nur die Rötung in ihrem Gesicht scheint eine partiell fortbestehende Anspannung zu signalisieren" (eben., S. 54).

Eine dramatische Veränderung im Affektzustand der Patientin entsteht durch die Beendigung der Intervention: "Auf meine, einige Zeit vor dem Stundenende erfolgende, Ankündigung, dass ich meine Hand bald fortnehmen werde, reagiert die Patientin mit einem krampfartigen Sichzusammenziehen und einer sich ab- und einschließenden Verhärtung. Ich kommentiere diese Veränderung und sage, es sei jetzt vielleicht wie ein Zurückziehen vor einem ihr unerträglichen Schmerz angesichts der Veränderung unserer Beziehung durch die Trennung. Dann setzt sich die Patientin wieder auf ihren Stuhl, und wir sprechen noch eine kurze Zeit" (S. 54).

Das Affekterleben

"Am nächsten Tag kommt die Patientin sichtlich verändert, lebendig, voller Interesse in die Stunde. Sie staune, was man da auf der Couch erleben kann - *ich* hätte das ja immer gesagt, aber nun wisse *sie* es und sei neugierig, was dabei noch alles rauskäme. Während sie da gestern auf der Couch lag, habe sie sich wie ein kleines, zufriedenes Kind gefühlt und ganz das Bewusstsein für die Zeit verloren. Ganz schrecklich sei es aber gewesen, als ich "plötzlich" angekündigt hätte, meine Hand fortzunehmen. Einen kurzen Moment habe sie gemerkt, wie etwas in ihr schrie: "Wenn es so weh tut, dass Du gehst, dann will ich nie nie nie wieder etwas von Dir." Was sie am meisten beschäftige, sei, dass ihr nach dem Aufstehen von der Couch das Ganze als nicht wahr und wirklich vorgekommen sei" (ebend., S. 54).

Die in der Patientin ausgelösten Affekte – wohl eine Mischung aus Angst und Haß – erreichen eine große Intensität, sie nehmen einen anderen Aggregatzustand als bisher an: "Auch wenn die Affekte, vor allem, als ich meine Hand von der Schulter der Patientin löse, vorübergehend traumatische Qualität annehmen - wir beide waren von der Intensität des Geschehens überrascht - hat der affektive Prozess, insoweit er seinen Ausgangspunkt in einer schon vorher abgesprochenen Sequenz hat, doch auch etwas von einem Probehandeln" (ebend., S. 55). Die szenische Arbeit "in der Übertragung" hat die Ich-Grenzen der Patientin vielleicht kurzfristig, aber nicht nachhaltig affektiv überschwemmt. "Im günstigen Fall fördert das Herstellen einer Szene, die als ein geplantes "Drittes" eine vermittelnde Struktur hat, sowohl die optimale Distanz als auch die optimale Nähe in der therapeutischen Situation" (ebend., S. 55). Ohne diese vermittelnde Struktur wäre die therapeutische Situation zu nah und zu unmittelbar, würden die Ich-Grenzen der Patientin nachhaltig überschwemmt werden, was einer retraumatisierenden Erfahrung gleichkommen würde. Ausreichende Selbsterfahrung und langjährige Supervision in körperbezogener Arbeit "in der Übertragung" lassen im Analytiker

ein Gefühl für Rhythmus, Dosis und Takt nicht nur für verbale Deutungen, sondern auch für die Technik des Einsatzes von Körperinterventionen entstehen.

Im vorliegenden Fall zeigt die Reaktion der Patientin, dass die Berührungsintervention einen lösenden Effekt hatte: "Bei meiner Patientin war das Erleben vorher (im Couch-Setting, P.G.) stets durch eine Gleichzeitigkeit von "keine Distanz" im Sinne einer nackten traumatischen Unmittelbarkeit und "absolute Distanz" im Sinne einer affektiven Verleugnung geprägt" (ebend., S. 55). Erst die konkret-körperliche Erfahrung macht es im vorliegenden Fallbeispiel für die Patientin möglich, aus dieser Pattsituation herauszufinden. "Über die Linie "Arzt am Krankenbett, Mutter am Kinderbett, beruhigend-begleitende Gegenwart eines frühen Teil-Objekts" realisiert sich eine sinnlich-gestische Beziehung, die präverbal kommunikative Momente aufnimmt und über die die Patientin auf "konkret-symbolischer" Ebene..... Halt erfährt. Eine solche "Nähe" zumindest in räumlich konfigurativer Hinsicht - der Behandler tritt in den geschützten Nahbereich ein - gibt es, mit Ausnahmen etwa bei Winnicott (Little, 1985), im Erfahrungsraum der Psychoanalyse in der Regel nicht, zumindest nicht als methodisch verwendetes Vorgehen" (Scharff, 1998, S. 56).

Warum ist diese Erfahrung für diese Patientin so wichtig, und warum konnte diese Patientin eine solche für sie wichtige Erfahrung nicht im klassisch-psychoanalytischen Setting machen? Scharff begründet die Wirkung der Einführung der konkreten Berührung durch eine spezifische Qualität der Regression: "Das Resultat ist hier, daß die Patientin sich wie ein ganz kleines Kind fühlt, in ein verändertes Zeiterleben kommt und sich zumindest für Momente, auch wenn die Erfahrung nicht durchweg eindeutig ist, positiv aufgehoben fühlt. Auch im klassischen Setting kam die Patientin zuvor in frühe somatopsychische Zustände, dies aber im Kontext einer für sie/uns bis auf weiteres unkorrigierbaren negativen Objektkonfiguration: Sie fühlte sich nämlich ganz verlassen, isoliert, und mich wie hinter einer Glasscheibe, völlig unerreichbar. *Die im Erleben der Patientin so tief verankerte, Ambitendenz auslösende Gleichzeitigkeit von Verführung und Verstoßen wird nun zumindest ein Stück weit in die Abfolge eines zeitlichen Nacheinanders gebracht.* Dies dadurch, dass ich sowohl im Bereich der positiven wie der negativen Objekterfahrung unter Einschluss der sensomotorischen Ebene und damit auch über die Feed-Back-Schleifen des Körpererlebens unterscheidbare Ereignisgestalten anbiete, wie: z.B. Ganz-nahe-bei-ihr-Sitzen in Verbindung mit der Wärme und dem leichten Druck meiner Hand auf der einen Seite - Lösen dieser Verbindung und Fortgehen auf der anderen Seite. Auch diese Gestalten wird die Patientin später phantasmatisch konterkarikieren, indem sie am Anfang schon das Ende vorwegnimmt und am Ende glaubt, nie angefangen zu haben - und doch ist die taktil erfahrene Verlaufsgestalt, vor allem da sie zugleich

Gegenstand unserer besprechenden Aufmerksamkeit ist, auf die Dauer nicht beiseite zu schieben" (Scharff, 1998, S. 56).

Resümierend stellt Scharff einen Vergleich zwischen dem verbal-analytischen Setting und einem für körperbezogene Interventionen offenen Setting an: "Manche Patienten... können im klassischen Setting die Konstanz der Sitzungen und des umgebenden Milieus, das Liegen auf der Couch, die Stimme des Analytikers, um nur einige Möglichkeiten zu nennen, verwenden, um sich eben dieser Qualität zu vergewissern. Anderen Patienten gelingt dies wegen ihrer spezifischen Traumatisierungen über lange Zeit nicht oder unter Umständen gar nicht" (Scharff, 1998, S. 56). So scheint es, "dass bestimmte Patienten sich ihren Vernichtungsängsten in vollem Umfang nur stellen können, wenn zugleich eine konkrete, das Körperselbst sensumotorisch bestätigende Umgebung verfügbar ist, so daß eine oszillierende Bewegung zwischen Halt und katastrophischem Erleben entstehen kann" (Scharff, 1998, S. 56).

Ausblick

Natürlich lässt diese Darstellung sehr viele Fragen offen - mehr, als sie im Rahmen dieser sehr kursorischen Darstellung beantworten werden können. Der Prozeß, den Spuren von Ferenczi, Balint und Winnicott zu folgen und an ihre seinerzeit pionierhaften Errungenschaften wiederanzuknüpfen, ist erst seit etwa einem Jahrzehnt wieder in Gang gekommen – ein vergleichsweise kurzer Zeitraum. Wir sind weit davon entfernt, eine in sich kohärente Theorie dieses therapeutischen Vorgehens vorstellen zu können. Insofern musste der Charakter der vorliegenden Fallvignette fragmentarisch bleiben und mag im Leser ein unbefriedigtes Gefühl hinterlassen. Allerdings scheinen die bisher erreichten Resultate in der konkreten analytischen Praxis so ermutigend zu sein, dass es sich lohnt, den betretenen Pfad weiterzuverfolgen und die damit verbundenen Fragestellungen mehr als bisher in die psychoanalytische Fachdiskussion einzuführen. Ich möchte sogar behaupten, dass die Psychoanalyse gerade diese Auseinandersetzung dringender als bisher benötigt, will sie weiterhin eine kritische und lebendige Wissenschaft bleiben.

Literatur

- Balint, M. (1973): Therapeutische Aspekte der Regression. Rohwolt, Hamburg
Ferenczi, S. (1939): Bausteine der Psychoanalyse. Arbeiten aus den Jahren 1908-1933. Huber, Bern
Fivaz-Depeursinge, E. (1998): Gestische und mimische Interaktion in der primären Dreiecksbeziehung. Therapeutische Implikationen. In: Geißler, P., Rückert, K. (Hg.): Psychoanalyse und Körper. Psychosozial, Heft 74, Gießen, S. 33-43

- Krutzenbichler, H. S., Essers, H. (1991): Muss denn Liebe Sünde sein? Kore, Freiburg i.Br.
- Little, M. (1985): Winnicott working in areas where psychotic anxieties predominate. In: Free Association 3, S. 9-42
- Moser, T. (1989): Körpertherapeutische Phantasien. Psychoanalytische Fallgeschichten neu betrachtet. Suhrkamp, Frankfurt
- Pfannschmidt, H. (1997): Der Körper der Übertragungsliebe. In: Höhfeld, K., Schlösser, A.-M. (Hg.): Psychoanalyse der Liebe. Psychosozial, Gießen
- Pfannschmidt, H. (1998): Der "Gebrauch der Lüste" in der Analysestunde. In: Forum der Psychoanalyse, Bd.14, S. 364-384
- Pfannschmidt, H. (2000): Die Auswirkungen der Leib-Seele-Phantasie auf Erotik und Sexualität. Vortrag beim 2. Wiener Symposium Psychoanalyse und Körper Sept. 2000, bisher unveröff. Manuskript, beim Autor
- Scharff, J. (1998): Der "Erfahrungsraum" der Psychoanalyse und der "Erfahrungsraum" bei inszenierender Interaktion: ein erster Vergleich. In: Geißler, P., Rückert K. (Hg.): Psychoanalyse und Körper. Psychosozial, Heft 74, Gießen, S. 45-58
- Stern D. (1998): "Now-moments", implizites Wissen und Vitalitätskonturen als neue Basis für psychotherapeutische Modellbildungen. In: Trautmann-Voigt S., Voigt B. (Hg.): Bewegung ins Unbewusste. Beiträge zur Säuglingsforschung und analytischen Körperpsychotherapie. Brandes & Apsel, Frankfurt/M., S. 82-96
- Ware, R. (2000): Gebrauch der Lüste/Befreiung des Eros. Erotisierte und "zölibatäre" Gegenübertragungen. In: Geißler, P. (Hrsg): Über den Körper zur Sexualität finden. Sammelband der Referate des 2. Wiener Symposiums "Psychoanalyse und Körper". Psychosozial, Gießen, erscheint Juni 2000
- Winnicott D. W. (1973): Vom Spiel zur Kreativität. Klett, Stuttgart, 1973
- Winnicott D. W. (1976): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Kindler, München
- Worm, G. (1998): Zum Umgang mit Übertragung in einer analytischen Körperpsychotherapie. In: Geißler, P. (Hg.): Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis. Pfeiffer bei Klett-Cotta, München, S. 69-82