

# Körperliche Berührung in der psychoanalytischen Situation

Dr.phil. Jörg M. Scharff

Plenarvortrag, 21. April 2006, im Rahmen der  
56. Lindauer Psychotherapiewochen 2006 ([www.Lptw.de](http://www.Lptw.de))

Erscheint in leicht veränderter Fassung in:  
Psychotherapie im Dialog, Heft 2, 2006 (Thieme)

## 1. Einleitung

Viele Alltagsbeziehungen sind mit unmittelbarer Körperberührung verbunden. Ob es nun um den Kontakt des Säuglings oder Kleinkindes zu seinen Eltern, die Liebesbeziehung zwischen Erwachsenen oder auch um Momente der Abgrenzung und Aggression geht – überall kommt es zu körperlicher Berührung. Im Bereich des Bindungsverhaltens und der Sexualität sind die intimen Beziehungen der bevorzugte Ort eines körperlichen Austausches. Aber auch zwischen Fernerstehenden kommt es gelegentlich zum Körperkontakt, wobei hier das, was als passend empfunden wird, mitbestimmt wird durch die Sitten und Umgangsformen, in denen man groß geworden ist. Weiter gibt es Ausnahmesituationen, wie panikartige Angst oder überwältigende Trauer, die dazu führen, dass sich Menschen, die sich möglicherweise gar nicht kennen, Schutz und Halt suchend aneinander klammern. In Momenten kollektiver Freude wie etwa bei sportlichen Ereignissen kann es zu massenweiser Umarmung kommen und es gibt auch Zeiten quasi offiziell legalisierter Lockerung der Umgangsformen wie z.B. beim Karneval. Im beruflichen Kontext findet Berührung etwa beim Masseur oder in der ärztlichen Praxis statt. Die Psychotherapie kennt in ihrer Geschichte das Handauflegen als heilsame Geste, und im Rahmen der Hypnose, wie sie anfangs auch von Freud ausgeübt wurde, verstärkt der Arzt womöglich durch einen leichten Druck auf die Stirn des Patienten seinen suggestiven Einfluss. Heutzutage gibt es eine Reihe psychotherapeutischer Verfahren im Einzel- oder Gruppensetting, die mit einem mehr oder weniger direkten Einbezug des Körpers arbeiten und sich dabei psychoanalytisch orientieren. Die Möglichkeit zur körperlichen Berührung ist hier fester Bestandteil des Behandlungssettings (s. z.B. Moser und Pessa 1989). Heute aber soll es um die körperliche Berührung in der psychoanalytischen Situation der hochfrequenten Psychoanalyse gehen. Das klingt zunächst einmal nach einem Widerspruch, denn die Psychoanalyse ist als ‚Redekur‘ definiert. „ In der analytischen Behandlung geht nichts anderes vor als ein Austausch von Worten zwischen dem Analysierten und dem Arzt.“ (Freud 1916/17, S. 9). Tatsächlich ist das bevorzugte Medium, in dem sich PsychoanalytikerIn und PatientIn miteinander verständigen, die Sprache. Der motorisch-expressive Anteil im Sinne eines direkt handelnden Umgangs miteinander ist in der klassischen Psychoanalyse weitgehend stillgelegt, liegt der Patient doch auf der Couch. Das heißt nun wiederum nicht, dass nicht auch vielerlei subsprachliche Beziehungsmodi in die Interaktion des analytischen Paares einfließen. Und es bedeutet auch nicht, dass Sprechen immer schon gleich mit reflektierenden Denkvorgängen assoziiert sein muss - im Sprechen kann sich ebenso wie in einer motorischen Handlung ein ‚Agieren‘ im Sinne eines nichtmentalisierenden Umgangs mit dem anderen ausdrücken. Die klassische Anordnung in der Psychoanalyse ist aber auf eine Arbeit im Vorstellungsraum

angelegt. Es geht nicht um das Schauen, sondern das Vorstellen, nicht um das konkrete Anfassen, sondern das mentale Begreifen, nicht um das direkte Handeln, sondern um das ‚Denken als Probehandeln‘.

Strukturlogisch ist der von der Psychoanalyse angebotene Möglichkeitsraum der freien Assoziation («Sagen Sie alles, was Ihnen in den Sinn kommt...») an eine Einschränkung des Handelns gebunden. Der Patient hat die Freiheit alle Fantasien zu äußern z.B. sexueller oder aggressiver Art, wie verpönt diese auch seien. Sollte er all das auch aushandeln dürfen oder müssen, bedürfte es vielerlei zusätzlicher Maßnahmen, die diesen Möglichkeitsraum wieder einschränken würden. Gerade dadurch, dass alle körperlichen Vorgänge und damit verbundenen Beziehungsphantasien *zu Wort* kommen können, bietet die Psychoanalyse dem Körperlichen, das in Sprache gefasst und so mit Worten berührt werden kann, einen weiten Entfaltungsraum. Dabei gilt in der Psychoanalyse wie in jeder ärztlich-therapeutischen Situation das Gebot der Abstinenz. Die Behandlung soll dem Wohl des Patienten und seiner körperlichen und psychischen Integrität dienen, nicht aber von den persönlichen Interessen des Arztes dominiert sein.

## **2. Körperliche Berührung im psychoanalytischen Alltag - Begrüßung und Abschied**

Auch in der Psychoanalyse kommt Berührung ständig vor, nämlich bei der Begrüßung und bei der Verabschiedung des Patienten, die gewöhnlich mit einem Händedruck verbunden ist.

Da das Sich-die-Hand-Geben Teil der üblichen konventionellen Umgangsformen ist, wird das Wie dieser Berührung oft erst dann bewusst, wenn es zu einer Störung im gewohnten Ablauf gekommen ist. So kann es z. B. geschehen, dass sich die Hände nicht richtig finden. Vielleicht sehen PatientIn und AnalytikerIn darüber hinweg, oder der Analytiker deutet vorschnell, was sich denn in diesem Verpassen ausdrücken könnte. Bis auf die Tatsache, dass irgendetwas im analytischen Beziehungsfeld aktualisiert ist, das die gewohnte Begrüßung verhindert, weiß man aber zunächst nichts. Das Weitere muss der erst noch gemeinsam zu erforschende Kontext ergeben - ob es sich etwa um eine plötzlich eingetretene Hemmung auf dem Hintergrund irgendeiner spezifisch aktualisierten unbewussten sexuellen Fantasie oder eine Vermeidungsgeste im Kontext irgendwelcher aggressiver Intentionen oder gar die Reaktualisierung einer Trauma-Befindlichkeit handelt. Wo der Händedruck nur als ein weiter nicht zu beachtendes konventionelles Ereignis ‚außen vor der Stunde‘ figuriert, könnte dem Psychoanalytiker eine wichtige Mitteilung entgehen, die der Patient in der Behandlung zunächst womöglich nur auf der averbalen Ebene machen kann.

*So nahm ich in einem Fall zunächst keine sonderliche Notiz davon, dass mir ein Patient am Ende der Stunde oft mit herzhaftem Druck die Hand gab. Nach und nach fiel mir aber auf, dass der kräftige Händedruck nicht selten im Kontrast zu der Stimmung in der Stunde stand: es schien mir abwechselnd so, als ob damit einmal eine besondere, wie kameradschaftliche Sympathiekundgebung, im anderen Fall ein ‚Nichts für ungut‘ oder schließlich sich auch so etwas wie ein ‚Nichts kann uns trennen‘ ausdrückte. Es kam schließlich auch dazu, dass der Patient, ohne dass er es zu merken schien, mir wie ein zweites Mal die Hand drückte. Die Wahrnehmung dieser prozeduralen Besonderheit behielt ich lange Zeit in meiner Aufmerksamkeit für mich, bis über weitere Einzelheiten im Übertragungsgeschehen, sowie Träume und Erinnerungen die spezifische Bedeutung dieses Gestus sich näher einkreisen ließ.*

*Es ging um ein unverarbeitetes Trennungstrauma in der Kindheit, das seine Spuren in dieser Form der Verabschiedung hinterlassen hatte. Bei einem weiteren Patient ergab es sich, dass ich meine Türe zum Behandlungszimmer just in dem Moment öffnete, als*

*der davor stehende Patient gerade hatte anklopfen wollen. Wir waren beide verblüfft und ich sagte: ‚Welche Überraschung!. Ich wollte dem Patient wie üblich die Hand zur Begrüßung reichen, doch zog er, wohl immer noch irritiert, vorbei an mir zur Couch, an deren Ende er wie üblich seine Tasche abstellte. Ich wartete einen Moment, ging dann in Richtung des Patienten und streckte ihm noch einmal die Hand zur Begrüßung hin – was mir ein bisschen forciert vorkam, so als würde ich ihm quasi in seine Ecke nachlaufen, um nur ja auf der guten Ordnung zu bestehen. In der Stunde brachte der Pat. von all dem nichts zur Sprache, doch als ich eine kleine Andeutung bezüglich des ungewöhnlichen Anfangs machte, sprudelte er los. In den nächsten Stunden ließ sich dann allmählich miteinander herausfinden, was in diesem kurzen Moment alles auf unbewusster Ebene ‚passiert‘ war. Das erste war, dass der Patient als er vor der Türe stand gerade einen Groll gegen mich spürte, weil er eifersüchtig glaubte, ich mache mit einem anderen Patienten länger – mit ihm aber nie! Zugleich war er mit dem Impuls beschäftigt, einfach ohne Klopfen die Türe aufzumachen. Als genau dies nun geschah, erschien es ihm einen Moment so, als hätten sich seine geheimsten Gedanken wie auf magische Weise erfüllt. Dies war zwar ein Triumph, bedeutete aber auch gleichzeitig einen Verlust von Kontrolle, denn jetzt wurden ja auf einmal die Gedanken Wirklichkeit – daher seine Entgeisterung. Als ich dann seine Fluchtbewegung hin zur Couch ansprach, stellte sich ein Detail von großer Bedeutsamkeit heraus. Der Patient wusste nicht mehr, was eigentlich geschehen war in dem Moment, den ich mit ‚welche Überraschung‘ kommentierte. Er hatte einen regelrechten Blackout, d.h. er wusste nicht, ob wir uns dort nicht bereits schon mal die Hand gegeben hatten. Wenn er nicht mehr wusste, was in dem Moment, wo seine innersten Wünsche in Erfüllung gingen, geschehen war – dann hieß dies, dass etwas in ihm unbewusst eine zeitlang darauf bestand, dass noch viel mehr zwischen uns geschehen sein konnte – wie bei der Marquise von O. Es dauerte einige Stunden behutsamer Arbeit, bis der Patient seine Erinnerung wiederfand: ‚Ich weiß jetzt‘, sagte er, ‚Sie haben mir nur einmal die Hand gegeben – vielleicht wollte ich doch, dass Sie mich endlich einmal umarmen?‘ In seiner Kindheit war der Patient einmal in Panik vom Schoss seines Vaters geflüchtet, als dieser sich ihm mit einer liebevollen Bemerkung zuwandte. Wir waren also mitten in seinen ihn ängstigenden homoerotischen Wünschen. Und passte dazu nicht gut, dass ich in meinem Bestreben, auf Ordnung zu bestehen, ihn mit meiner forcierten Begrüßung geradezu bedrängt hatte, wie ‚hinter ihm her‘ war? Ein schönes Beispiel für ein Enactment im Rahmen eines hysterischen Übertragungs- und Gegenübertragungskontextes.*

Achtet man auf die Feinheiten des Berührungsaustausches am Anfang und Ende der Stunde und richtet dabei die Aufmerksamkeit auch auf sein eigenes Verhalten, dann kann man unter Umständen feststellen, dass man in bestimmten Momenten die Hand eines Patienten länger festhält als üblich, oder selber einen verstärkten Druck ausübt, als wollte man vielleicht etwas wahr machen, was doch gar nicht so wahr ist usw. Aufschlussreiche Hinweise ergeben sich auch daraus, wenn man sich fragt, ob man einen Patienten tendenziell eher zu sich hinziehen möchte, oder eher auf Distanz halten möchte. Wäscht man sich gar bei dem einen Patienten die Hände nach der Stunde und bei dem anderen nicht? Wie regeln sich Temperatur und Feuchtigkeit der Hände in Abhängigkeit von dem, was man einem Patienten gegenüber empfindet? Man ist hier mitten im Geflecht komplexer Übertragungs- und Gegenübertragungsbefindlichkeiten. Über das, was sich zunächst formal und situativ am Rande der Stunde abspielt - die Berührung bei der Begrüßung und beim Abschied – können sich also ganz zentrale unbewusste Inhalte der Beziehung vermitteln. Sie sind ein potentiell wertvoller und unverzichtbarer Teil des Materials in der Innen- und Außenwahrnehmung, auf das sich der Psychoanalytiker im ‚szenischen Verstehen‘ (Argelander 1970) bezieht.

*In jeder Psychoanalyse aktualisiert sich irgendwann ein Zweifel, wie viel Halt und Zuwendung der Analytiker seinem Patienten wirklich gibt. Dieses Thema kann sich strukturierend auf Erleben und Geschehen im analytischen Raum auswirken - sowohl im konkreten wie im übertragenen Sinn. Die Couch z.B. ist dann nicht mehr einfach nur die Couch als ein Möbel, auf dem man liegen kann, sondern fantasmatisch figuriert die Couch etwa als das Hintergrundsobjekt im Sinne des mütterlichen Körpers, an den sich das Kind mit seinem Rücken schmiegt. (s. ‚background object‘, Anzieu 1991, S. 132) Konflikthafte Themen inszenieren sich dann unter Umständen zwischen Patient und Analytiker auf eine Weise, dass der Analytiker diesen ‚Halt‘ nicht mehr richtig gibt.*

*So berichtet Casement (2002, S.76 ff.) davon, dass es ihm, entgegen all seiner bewussten Absicht dreimal passierte, dass er einem seiner Patienten das falsche Kissen mit Serviette hinlegte. Erst über dieses Enactment und ganz offensichtliche ‚Versagen‘ des Analytikers konnte ein frühes Erleben von Enttäuschung und Wut auf die Mutter, die den Patienten zugunsten des jüngeren Bruders ‚fallengelassen‘ hatte, in einer für beide Beteiligten zunächst sehr schmerzhaften Weise in die Psychoanalyse kommen und dann durchgearbeitet werden.*

### **3. Körperliche Berührung in Ausnahmesituationen**

Realisierten sich die bisher beschriebenen Phänomene quasi im Kleid der konventionellen Berührung bei Begrüßung und Abschied, so werden in Berichten über Psychoanalysen nun allem Regelwerk zum Trotz immer wieder auch Situationen beschrieben, in denen es zu einer darüber hinausgehenden und in diesem Sinn außergewöhnlichen Berührung kam. Es handelt sich dabei zumeist um Situationen, in denen der Patient durch einen sehr starken Affekt bewegt ist, wie etwa extreme Angst, Verzweiflung, Trennungspanik, Schmerz. In seltenen Fällen verhält es sich auch umgekehrt - der Patient ist wie eingefroren in einem Gefängnis affektiver Unbeweglichkeit. Die Berührungen selbst haben meist nur einen vorübergehenden, einmaligen Charakter, gelegentlich wiederholen sie sich aber auch. Sie können sowohl vom Patienten, wie auch vom Analytiker ausgehen, geschehen meist am Rande der Stunde, vorwiegend beim Abschied, kommen aber auch in der Stunde vor, während der Patient auf der Couch liegt. Auch hier folgt der Handlungsgestus vertrauten Mustern aus dem Alltag, er ist jedoch für den psychoanalytischen Umgang zunächst einmal untypisch (s.o.). Es handelt sich hier um Gesten wie: die Hand beim Händedruck auch mit der anderen Hand bedecken, eine Hand zusätzlich auf den Arm legen, die Hand kurz auf die Schulter legen oder den Patienten wie unterstützend über den Rücken streichen. Seitens des Patienten mag es auch dazu kommen, dass er vorübergehend den Kopf an die Schulter des Analytikers legt. Liegt der Patient auf der Couch, versucht er unter Umständen die Hand des Analytikers zu ergreifen oder bekommt diese von ihm angeboten, vielleicht kommt es auch zu einer leichten Berührung im Schulterbereich oder am Kopf.

#### **3.1. Theoretischer Exkurs**

In solchen Momenten wird der Austausch zwischen AnalytikerIn und PatientIn quasi unterstützt durch einen Rückgriff auf das psychogenetisch früheste Instrument der Kommunikation: die Berührung von Haut zu Haut zwischen Mutter und Kind. Dass sich alle Kommunikation von diesen frühen Wurzeln herleitet, wird einem schon deutlich, wenn man nur auf die Sprache lauscht. Ausdrucksweisen wie »ich fühle«, »ich habe den Eindruck«, »ich befinde mich in Kontakt mit« beschreiben in der Regel einen mentalen Vorgang. Die Sprache verweist aber zugleich auf die ursprünglich taktile

Qualität der Beziehungserfahrung im primären Austausch zwischen Mutter und Kind, die den Hintergrund bildet für alles, was wir erleben. Diese Erkenntnis führte Freud (1923, S. 253) zu seiner oft zitierten Formulierung: „Das Ich ist vor allem ein körperliches, es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer Körperoberfläche“. Im Blick auf diesen psychogenetischen Hintergrund wurde in der Psychoanalyse von Anzieu (1991) der Begriff des ‚Haut-Ichs‘ geprägt. In der Berührung mit der Mutter, die sich über die den Körper umhüllende Haut taktil vermittelt, erfährt das kleine Kind eine erste Form der *Begrenzung*. Das Erlebnis des Umhülltseins durch die Mutter bildet rudimentäre Repräsentanzen aus, in denen etwas Inneres einerseits geschützt wird, andererseits zugleich vom Anderen wie im Sinne eines Behälters aufgenommen und (mit-) getragen wird. Man könnte dies als die psychophysische Grundlage des späteren ‚Containings‘ betrachten. (Anzieu ib., S. 135) Damit ist zugleich gesagt, dass sich über die Hautberührung auch erste Formen des *Kontaktes* realisieren sowohl im Sinne eines Flusses der Wahrnehmung von außen nach innen als aber auch im Sinne der Ausdrucksbekundung von innen nach außen. Ogden (1992, S. 52) prägte hierfür den Begriff des ‚autistisch-contagiösen‘ Beziehungsmodus: hier sind es die Empfindungserfahrungen speziell an der Oberfläche der Haut, über die sich rudimentäre Erfahrungen im Kontaktbereich Selbst – Anderer ausbilden. Im Laufe der weiteren Entwicklung ‚psychisiert‘ sich dieser Vorgang:

„Auf der Basis der Beziehung der sich gegenseitig einschließenden Körper von Mutter und Kind entwickelt sich ein imaginärer Raum durch den doppelten Prozess einer sowohl sensorischen als auch einer phantasmatischen Projektion“. (Anzieu ib., S. 58 mit Bezug auf M. Sami-Ali).

Auf die sensorische Seite dieser frühen Beziehung wird nun in Ausnahmefällen der Kommunikation zwischen Patient und Analytiker zugegriffen. Es ist, als scheine dem Psychoanalytiker die Berührung hier als natürlich und notwendig, als könne sie mehr sagen, als Worte vermitteln können und als gäbe es keinen angemessenen Ersatz für sie. (Ruderman 2000, S. 110)

### **3.2. Körperliche Berührung im akuten oder chronischen Krisenfall**

*In einer Stunde gerät eine Patientin in einen ausgeprägten regressivem Zustand, in dem sie von einem allgemeinen Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit überfallen wird und ihr der Kontakt zur Realität verloren geht. Sie weint in ihrem Elend bitterlich. Der Analytiker hat in dieser Situation das Gefühl, dass seine Worte in diesem akuten Krisenzustand die Patientin nicht genügend halten würden, so dass er seine Hand in die Nähe ihres Kopfes auf die Couch legt und ihr sagt, die Hand sei da für sie, um sich daran zu halten, falls sie das Gefühl hätte, sie brauche es. Dieses Angebot hatte eine unmittelbar beruhigende Wirkung und es war wohl in sich selbst genug, da die Patientin keinen realen Gebrauch davon machte. (Holder 2000, S. 46)*

Little (1985, S. 20 f.) berichtet von ihrer Analyse bei Winnicott, wie er ihr in krisenhaften Situationen die Hand und den Kopf hielt. Winnicott selbst führt aus: "Bei einem extremen Fall müsste der Therapeut zum Patienten gehen und ihm aktiv eine gute Bemmutterung anbieten, eine Erfahrung, die der Patient nicht hätte erwarten können." (1983, S. 188) Auch Anzieu – allerdings an einem hier typischen Platz, nämlich in einer Fußnote - (ib. Fußnote S.159), berichtet davon, dass in Ausnahmefällen ein Minimum an Berührung für kurze Zeit zugelassen werden kann – etwa, wenn ein Patient kurz vor dem Weggehen den Kopf an die Schulter des

Analytikers legt, um darüber die „Stützfunktion der Haut für das Ich wiederherzustellen“.

*Eine Psychoanalytikerin behandelte einen Patienten, der als Frühgeburt zur Welt kam und die ersten drei Monate im Inkubator verbrachte. Als Kleinkind musste er erleben, wie er immer wieder physisch und psychisch von seiner überforderten alkoholabhängigen Mutter fallen gelassen wurde. Er hatte eine panische Angst vor offenen Räumen, vor dem Alleinsein und der Dunkelheit. Er wurde von seinen Eltern und Geschwistern getrennt und in sieben verschiedenen Pflegefamilien untergebracht. In der Analyse hatte er eine entsetzliche Angst, dass seine Therapeutin von einer Stunde zur anderen verschwinden könnte oder dass er irgendwohin verschleppt würde. Er träumte, dass er Passanten verzweifelt die Hand hinstreckte aber niemand auf ihn achtete. Am Stundenende, wenn der Patient von der Couch aufgestanden war, nahm die Analytikerin seine Hand und hielt sie für eine Weile, bis sich der Patient abwandte zur Tür und sie von dort noch einmal mit einem Lächeln anschaute und auf ihr Lächeln wartete, bevor er ging: das ereignete sich so über Jahre. Die Analytikerin hatte keinen Zweifel, dass diese Geste das war, was der Patient verzweifelt brauchte, um bis zu der nächsten Stunde ein Gefühl der Kohäsion zu erhalten. Die Geste zu verweigern hätte sie als einen Akt der Grausamkeit und eine weitere Traumatisierung empfunden. In den Briefen, die der Patient nach der schließlich erfolgreichen Behandlung schrieb, kann er immer wieder auf die Wichtigkeit dieser Erfahrung zurück. (Ruderman 2000, S. 113 ff)*

Den Patienten in den beschriebenen Zusammenhängen nicht zu berühren, wäre den Behandlern als unnatürlich und unangemessen erschienen, schien hier der körperliche Kontakt doch das einzig mögliche Mittel, um ein Gefühl von basalem Halt in der Beziehung, von ‚Vertrauenswürdigkeit‘ und ‚Dasein‘ zu vermitteln. (Rudermann ib., S 114) Hier wird über die unmittelbare körperliche Berührung ein Erleben des Anderen möglich, in dem jener den sonst unerträglich erscheinenden Affekt sowohl aufnimmt als auch zu modifizieren hilft. Die Berührung zu versagen hätte zugleich das Risiko mit sich gebracht, dem Patienten zu schaden, während nun umgekehrt die Berührung oder deren Angebot dazu verhalf, eben jene Bedingungen herzustellen, unter denen die Psychoanalyse fortgesetzt werden konnte. Für den Patienten bilden diese Momente eine Art Anker, über den er sich dann über Erinnerungsprozesse selbst stabilisieren kann. Auch die Analytiker erinnern sich lange an derartige Situationen und diese sind auch gegenüber Dritten mitteilbar.

#### **4. Kontroverse Standpunkte**

Mochte es bislang als unproblematisch erscheinen, dem Patienten in einer Krisensituation unter Umständen auch körperlichen Halt anzubieten, so wird dies nun keinesfalls immer als förderlich für die Behandlung angesehen. Was z. B. die Erinnerung und das Durcharbeiten einer umschriebenen frühkindlichen Traumasituation angeht, sind die Meinungen durchaus geteilt, ob Berührung letztlich hilfreich sei. Die eine Gruppe argumentiert, dass der Patient, je nach Art, Intensität und Verlauf des Traumas unter Umständen die Möglichkeit haben müsse, sich des konkreten Haltes und der konkreten Gegenwart des Analytikers zu versichern, damit er in der Lage sei, in einer quasi oszillierenden Bewegung zwischen Halt und rekapitulierender Exposition Aspekte der ursprünglichen Traumasituation wiederzuerleben.

Das Angebot körperlichen Halts verhindere nicht das Durcharbeiten des Traumas, sondern sei eine Bedingung dafür. Es gibt aber auch die Meinung, dass unter gewissen Umständen das Angebot körperlichen Halts genau jenes tiefe emotionale

Wiedererleben des traumatischen ‚Du warst nicht da‘ verhindert, das - analog einem psychischen Elternverlust - an der Basis jeder Traumaerfahrung liegt. (Ehlert-Balzer 1996, S. 304 f.) Es ginge aber gerade darum, dass der Analytiker der damit verbundenen tiefen Verzweiflung des Patienten in der Übertragung Raum geben könne, um im Wissen um und in der Einbeziehung eben dieses Hintergrunds nun wirklich für ihn da zu sein und in der Annahme dieser negativen Übertragung sich vom traumatisierenden Objekt zu differenzieren. Ein ganzes Heft des ‚Psychoanalytic Inquiry‘ (2000) widmet sich dieser Diskussion.

*In einem von Casement veröffentlichten Fall ging es darum, dass eine Patientin als kleines Kind ein schweres Verbrennungstrauma erlitten hatte, in dessen Folge sie mit 17 Monaten unter Lokalanästhesie wegen Narbenbildungen operiert werden musste. Während der Operation hielt die Mutter die Hände ihres Kindes, brach dann aber zusammen und fiel in Ohnmacht, wodurch das Kind in Panik allein dem Chirurgen, der in seiner Arbeit fortfuhr, überlassen war. Im Verlauf der Übertragungsentwicklung drängten allmählich Momente der damaligen Situation ins Gewahrsein der Patientin und die Patientin glaubte, die Erinnerung an das traumatische Ereignis nicht bewältigen zu können, ohne die Möglichkeit zu haben, dass der Analytiker ihr die Hand halte. Zunächst ließ der Analytiker diese Möglichkeit offen, zog das implizite Angebot aber in der nächsten Stunde wieder zurück. Es folgte eine schwere Krise in der Behandlung, in der sich die Patientin zunächst gänzlich von ihrem Analytiker verlassen fühlte, doch konnte über eine Phase geduldigen Durcharbeitens schließlich die verlorene Vertrauensbeziehung in einer nun wesentlich gefestigteren Weise wiederhergestellt werden. (Casement 1989, S. 172 ff.)*

Während ich beim Lesen dieses Fallberichtes ein gewisses Zögern spüre, mich der Argumentation des Autors anzuschließen, sei aber doch der Hintergrund seiner Überlegungen dargestellt, in dem sich eine minimale, aber doch sehr entscheidende Akzentverschiebung artikuliert. Casements (s.a. 2000, S. 175 ff.) Anliegen ist es, dass seine Patientin das Trauma nicht nur in der schützenden Begleitung einer positiven Elternrepräsentanz als Erinnerung wiedererlebt. Ihm geht es zentral darum, dass die traumabedingten negativen Gefühle, die seinerzeit der Mutter gegolten hatten, in der Übertragung reaktualisiert und durchgearbeitet werden können. Aus dieser seiner Sicht wäre nun das Angebot, der Patientin die Hand zu halten, gleichbedeutend damit gewesen, sich als eine ‚bessere‘ Mutter in die Szene zu bringen und sich dabei in einer Art Wiederauflage des ursprünglichen Zusammenbruchs der Mutter der eigentlichen Aufgabe zu entziehen: sich nämlich erneut der Konfrontation mit der Verlassenheitsangst, der Wut und den Schmerz der Patientin zu stellen. Für Casement war die entscheidende Frage, ob er die traumabedingte, negative Übertragung würde annehmen können. Dadurch, dass ihm dies gelang, konnte nun die ‚Mutter überleben‘ und es war schließlich auch für die Patientin möglich, jene ‚gute‘ Mutter wiederzufinden, die ihr vor dem Trauma für ihre Bedürfnisse zur Verfügung gestanden hatte. Die hier sichtbaren tief greifenden Unterschiede in den behandlungstheoretischen Vorstellungen manifestieren sich nicht nur im Umgang mit einem Einzeltrauma, sondern ganz allgemein im Umgang mit Patienten, die vielfach traumatisiert sind bzw. eine schwere oder »frühe« psychische Störung aufweisen. Im Hintergrund geht es um die Frage, auf welche Weise der Psychoanalytiker am ehesten der psychischen Entwicklung seines Patienten förderlich sein kann.

Im einen Lager liegen die Beweggründe für ein modifiziertes technisches Verhalten in der Sorge, dass sich ohne technische Modifikationen die psychoanalytische Situation nicht von der als traumatisierend verstandenen Primärsituation unterscheide, sondern i.S. einer Re-Traumatisierung zu deren Wiederholung werden könnte. Schon Ferenczi urteilte kritisch über die „Abgeschlossenheit des Analytikers“ (1930, S. 266): „Die Ähnlichkeit der analytischen Situation mit der infantilen drängt also mehr zur

Wiederholung, der Kontrast zwischen beiden fördert die Erinnerung." (ib., S. 271f.) Die Behandlungslogik folgt hier mehr dem Ansatz, dass man ‚nur von den Rändern her heilen kann‘. Im anderen Lager, für das hier beispielhaft Casements Argumentation stehen kann, zentriert die Logik mehr darauf, dass sich die Haltefähigkeit der Ränder erst dadurch erweist, dass sie dem inneren Sturm der negativen Übertragung standhalten. Je nachdem welche Einstellung im Hintergrund dominiert, wirkt sich dies allgemein auf die Frage möglicher technischer Modifikationen aus und damit auch auf die Entscheidung, ob dem Patienten zum Beispiel eine Berührung angeboten oder auf seinen Berührungswunsch eingegangen wird. Deswegen ist es auch denkbar, dass PsychoanalytikerInnen aus Gründen der für sie maßgeblichen Behandlungslogik auch Berührungen unterlassen, wie sie oben zunächst als ‚natürlich und angemessen‘ beschrieben wurden. (z.B. Volz-Boers, 1999, S. 1150 f.) Vorausgesetzt, dass der Psychoanalytiker im Rahmen seines Vorgehens seinen Patient wirklich halten kann, kann auch dies zu entscheidenden Weiterentwicklungen in der Behandlung führen.

## 5. Körperliche Berührung und Eingrenzung psychischer Fantasmen

In der körperlichen Berührung, so wurde oben im theoretischen Exkurs gesagt, realisiert sich immer beides zugleich, nämlich die Erfahrung von Kontakt und Grenze. Das hier mögliche Erleben von Beziehung und Begrenzung zugleich kann in spezifischen Behandlungssituationen dem Patienten auch bei der Entwicklung und Etablierung reiferer Beziehungsmodi helfen.

*Eine meiner Patientinnen erlebte die Psychoanalyse auf dem Hintergrund einer frühen Störung in der Beziehung zu ihrer Mutter als ein empathieloses Abspeisen; das Behandlungssetting war für sie nicht mehr als eine Sammlung von Vorschriften, an die sie sich ängstlich defensiv anklammerte. Seelische Entwicklung war auf diese Weise nicht möglich. Die Patientin lebte psychisch an einem inneren Ort, der viele Merkmale eines autistischen Rückzugs hatte. Hier galt einerseits die Überzeugung, dass nie jemand für sie wirklich da sein könne, andererseits überlebte die Patientin aber auch dadurch, dass sie ihre Gedanken für Realität hielt: wenn sie innerlich mit mir sprach, nahm ich eine wie halluzinatorische Wirklichkeit an. Beides zusammengenommen hieß, dass die Patientin in einer chronischen Situation psychischen Stillstands war, an dem sie weder etwas ändern wollte noch konnte. Die Psychoanalyse fand mittlerweile im Sitzen statt und ich machte hier nun gelegentlich das Angebot zu einer „inszenierenden Interaktion“. Dies war behandlungstechnisch als ‚Rahmen im Rahmen‘ konzipiert und konnte auch eine zunächst im Sprechenden Vorstellen ausphantasierte Berührung einschließen. Die Patientin legte sich z.B. in einer Stunde seitlich auf die Couch, wobei sich der Zustand eines kontaktunfähigen und verlassenem Kindes reaktualisierte. In diesem Kontext bot ich ihr gemäß dem zuvor Besprochenen an, meine Hand auf ihre Schulter zu legen, wenn sie darum bitte. Die Patientin konnte sich in dieser Situation nun für eine Weile lang wie ein kleines zufriedenes Kind fühlen, erlebte, wie sie mir im anschließenden Sprechen mitteilen konnte, aber auch intensiv, was das Ende der Berührung für sie bedeutete: „Wenn es so weh tut, dass Du gehst, dann will ich nie nie nie wieder etwas von Dir.“ Sie wurde sich gleichfalls nun auch ihrer Tendenz bewusst, alles eben Geschehene für nicht wirklich zu erklären. Im Kontext der unmittelbaren Erlebnisdimension des sinnlich erfahrbaren ‚Da – Fort‘ des Analytikers hatte die Berührung hier eine wesentlich epistemische, d.h. erkenntnistiftende Funktion. Dies half, jene Fantasmen aufzubrechen, die bisher einem Behandlungsfortschritt im Wege gestanden hatten: ‚Du bist ja doch nie wirklich da für mich‘ - und: ‚Was geschieht und was es gibt, existiert nur, weil ich es denke‘. (Ausführlicher siehe Scharff, 1998, S. 46 ff.) Kurz gefasst, kam hier gerade über die Berührung ein produktiver Trennungsprozess in Gang, und es war zunächst das*

*„Handeln als Probehandeln“ in der inszenierenden Interaktion, das nun Anstoß zu einer neuen Möglichkeit des „Denkens“ und Sich-Beziehens gab.*

## **6. Körperliche Berührung im Irrgarten von Übertragung und Gegenübertragung**

*Eine Patientin suchte eine psychoanalytische Behandlung, weil sie sich unfähig sah, eine Partnerschaft einzugehen. Der Psychoanalytiker verstand sie als eine Borderline-Patientin, die nicht auf ihren eigenen Füßen stehen konnte, weil es ihr fundamental an Selbstgefühl fehlte. Ihre wachsende Abhängigkeit bestärkte ihn in dieser Annahme. Dass die Patientin schließlich den Analytiker bewunderte, ihm sagte, dass sie ihm Liebesgefühle gegenüber empfinde und ihn eines Tages heiraten wollte, verstand er als Ausdruck ihres neu gefundenen Selbstgefühls und ihrer Entwicklung. Alle Äußerungen ihres erotischen Interesses transformierte der Analytiker auf die Ebene und in die Sprache früher Bedürfnisse. Wenn die Patientin also sagte, sie habe den Wunsch, ganz einfach nur mit ihm zu sein und seinen Körper zu fühlen, dann pflegte er zu antworten: »Das Baby-Du in Ihnen möchte meinem Mutter-Selbst nahe sein«. Von daher sah der Analytiker kein Problem darin, dass es immer wieder auch zu körperlicher Berührung kam. Er legte den Arm um die Patientin, um sie in ihrer tiefen ‚Borderline Regression‘ zu trösten, er hielt ihre Hand in den Zuständen ‚tiefer Verzweiflung‘, küsste sie zwar nie auf den Mund, aber auf die Stirn, was er als eine väterliche Geste verstand, in der er ihr ganz einfach zu versichern glaubte, dass sie durch jemand anderen geliebt wurde. Was der Psychoanalytiker hier konstant verkannte war, dass er es hier mit einer hysterischen Erotisierung der Übertragung zu tun hatte. Schlussendlich fühlte sich die Patientin massiv von ihrem Analytiker zurückgewiesen und die Behandlung endete in einem Eklat vor dem Richter. (ref. bei Bollas, 2000, S. 158 f.)*

*Ein weiterer Fall könnte etwa so verlaufen sei, wie ihn G.O. Gabbard auf einem Panel der IPV in Rio 2005 skizzierte: Eine Psychoanalytikerin behandelte eine in ihrer Kindheit missbrauchte Patientin, die fest vorhatte, sich nach Ablauf einer bestimmten Zeit umzubringen. Die Therapeutin hatte bereits einen Patienten durch Suizid verloren. Mit der neuen Behandlung wollte sie dem, was sie zuvor nicht hatte verhindern können, nun einen anderen Verlauf geben. Sie ließ sich auf das Drängen der Patientin hin auf eine Fülle von besonderen Zugeständnissen ein, verzichtete zum Beispiel auf Honorarforderungen, vereinbarte Stunden am Wochenende usw. Auch körperliche Berührungen, das Halten der Hand und eine feste Umarmung am Schluss gehörten mit zum Umgang mit der Patientin.*

*Geleitet war die Analytikerin vom Konzept der ‚Neubeelterung‘ und wenn sie ihrer Patientin die Hand hielt, glaubte sie sich dabei in Übereinstimmung mit analytischen Lehrern wie etwa Winnicott, der über ähnliche Vorgänge in Behandlungen geschrieben hatte (s.o.). Die Patientin äußerte, sie habe nun endlich eine Mutter gefunden, die sie liebt. Als die Analytikerin klarzustellen versuchte, sie könne für sie nicht die Mutter sondern nur wie eine Mutter sein, bestand die Patientin darauf, sie müsse aber ihre Mutter sein. Als die Analytikerin nun zurückhaltender war mit der Umarmung, konnte die Patientin dies nicht verstehen: ‚Sie können mir doch nicht erst etwas geben und es dann wieder nehmen!‘ Als die Patientin am Wochenende eine Extrastunde nicht bekommen konnte, weil die Analytikerin ihre eigene Tochter treffen wollte, kam es zur nicht mehr lösbaren Krise. Die Psychoanalytikerin war selbst mit einer suizidalen Mutter aufgewachsen. Hintergründig war sie bei der Behandlung von der omnipotenten Überzeugung geleitet, die Patientin retten zu können und retten zu müssen. Dies wurde der Psychoanalytikerin zur Falle. Sie konnte etwas Wesentliches in dieser Behandlung nicht verstehen und mit der Patientin durcharbeiten: dass es*

*nämlich für die Patientin auch eine Notwendigkeit gab, auf jemanden zu treffen, der sich ihr nicht nur als ein Objekt, das ‚gut genug‘ war, zur Verfügung stellen würde, sondern auch als ein Objekt, das in gewissem Sinn ‚schlecht genug‘ war, um eine psychische Weiterentwicklung auch im Erfahren der Nicht-Befriedigung zu ermöglichen. Eine stärkere Reflektion u. a. auch der mit der Berührung verbundenen Zielvorstellungen hätte der Analytikerin vielleicht signalisieren können, dass im Grundansatz der Behandlung etwas nicht stimmte. Deutlich wird hier auch: eine Konzentration auf ein ausgewähltes entwicklungspsychologisches Konzept allein (etwa die Idee eines an Stern orientierten ‚tuning-in, matching usw.‘) kann nicht das einzige sein, was das therapeutische Verhalten leitet.*

So bleibt für den Umgang mit der Berührung festzuhalten, was für jede andere Kommunikation im psychoanalytischen Behandlungsprozess auch gilt - zu allererst geht es um eine genaue diagnostische Einschätzung und um die sorgfältige Analyse der Gegenübertragung. Was die Berührung bewirkt, figuriert also letztlich im Kontext übergeordneter Beziehungsstrukturen. Die Analyse der Gegenübertragung gibt im günstigen Fall Auskunft darüber, wer eine technische Modifikation eigentlich braucht: ist es wirklich der Patient oder ist es vielleicht der Psychoanalytiker? Das Risiko, dass ein Psychoanalytiker über die körperliche Berührung eine omnipotente Illusion nährt, wird zu einem erheblichen Teil von der Beantwortung dieser Frage abhängen. Hier kann sich klären, ob der Psychoanalytiker etwa auf einem Weg ist, etwas zu heilen zu versuchen, was man auch durch Berührung nicht heilen kann. Hier entscheidet sich auch, ob die Berührung als ein Parameter (Eissler 1953) angesehen werden kann, der im weiteren Verlauf der Behandlung wieder aufgehoben und gedeutet werden kann, oder ob sich z.B. eine suchartige, negative Abhängigkeit entwickelt. All diese Fragen bewegen sich auf einer Ebene, die jenseits des oft so apostrophierten ‚Reinheitsgebotes‘ der Psychoanalyse liegt, was man schon daran sehen kann, dass analoge Probleme innerhalb der Psychoanalyse vielfach diskutiert werden, ohne dass es dabei um konkrete Berührung ginge. Ist sich der Psychoanalytiker auch immer genügend klar, dass sein Patient sich vielleicht unfähig oder sogar schuldig fühlt, wenn er die gut gemeinten Angebote seines Behandlers nicht annehmen kann? (Küchenhoff 1990, S. 27 f.) Ist er sich auch klar, dass vor allem bei bestimmten Borderline-Patienten, Berührung zwar u.U. ersehnt, gefordert, eingeklagt wird – aber im gleichen Atemzug auch als intrusiver Akt eines grenzüberschreitenden Objekts gefürchtet wird? Ist auch immer gesagt, dass das, was einerseits so nah erscheint, nicht letztlich doch ein Gestus ist, mit dem der Analytiker seinen Patienten abspeist und ihn sich seelisch vom Leib hält? Es ist eine im Grunde voranalytische Naivität zu glauben, man könne dem schwer gestörten Patienten einfach etwas Gutes geben, denn auch die Inszenierung des alten Scheiterns, der alten Traumatisierungen braucht ihren Platz - auch dazu hat sich Winnicott (1983, S. 226 ff.) geäußert in seinen Ausführungen über das notwendige ‚Versagen‘ des Analytikers, das der Patient brauche. Ist sich der Psychoanalytiker dieser seiner Grenzen bewusst, steht er allerdings auch immer wieder vor der umgekehrten Frage, ob gewisse Aspekte eines ‚nicht gewährenden‘ Verhaltens beim Patienten nicht ebenfalls eine Phantasie eines Errettetwerdens und suchartiger Abhängigkeit vom Analytiker aufrechterhalten könnten.

## **7. Schlussbemerkungen**

Körperliche Berührung, soviel dürfte mittlerweile klar geworden sein, kann im psychoanalytischen Kontext nie als ein isoliertes Ereignis, als ein objektives Faktum mit einer quasi lexikalischen Bedeutung verstanden werden, in dem Sinn: ‚Wenn ich dies tue, dann geschieht das‘. Ein solches Vorgehen wäre ein Äquivalent zur vorpsychoanalytischen Traumdeutung, in der man glaubte, über die Arbeit mit

feststehenden Traumsymbolen die innere Welt des Patienten zu verstehen und sich Zugang zu ihr zu verschaffen. Wie bei allen anderen psychoanalytischen Fragestellungen auch, zeigt die nähere Auseinandersetzung mit dem Thema, dass es in der Psychoanalyse niemals um ein einfach handhabbares ‚Anwendungswissen‘ gehen kann. Die jeweilige Bedeutungsgebung generiert sich in einem hochkomplexen Feld, das durch die jeweils aktualisierte Übertragung und Gegenübertragung auf dem Hintergrund der je spezifischen Persönlichkeitsstruktur (Küchenhoff 2000) und individuellen Biografie von Patient und Analytiker bestimmt ist. Auch der Rückgriff auf einige ausgewählte Aspekte der Entwicklungspsychologie ist immer dann problematisch, wenn dadurch andere Aspekte ausgeschlossen werden. So wird in einer therapeutischen Situation nie mehr der quasi ‚unbeschriebene‘ Kleinkind-Körper von einst berührt, sondern jede körperliche Berührung aktualisiert auch die Welt der mit dem Körperlichen verbundenen unbewussten Fantasmen, das heißt, es wird auch immer der unbewusste ‚Traumkörper‘ berührt. Was die sexuelle-erotische Dimensionen dieser Fantasmen angeht, hat schon Freud darauf aufmerksam gemacht, dass sich die sexuellen Triebe an die Selbsterhaltungstrieb anlehnen. (s. Holder 2000, 52 ff.) Auch wenn man davon ausgehen kann, dass der Patient in der Regel dazu fähig ist, zwischen einer haltenden oder tröstenden Berührung und einer erotisch-stimulierenden Berührung zu unterscheiden, ist damit keineswegs gesagt, dass der Patient in einer parallellaufenden oder anschließenden fantasmatischen Bearbeitung die Qualität der Berührung nicht ‚überarbeitet‘ und einem präexistenten Fantasma einverleibt (s.o., Fall Bollas). Das von Freud entwickelte Konzept der ‚Nachträglichkeit‘, wird hier, wenn auch nicht ganz im ursprünglich gemeinten Sinn, relevant: auf der fantasmatischen Ebene wird die körperliche Berührung als ‚Tagesrest‘ verwandt, mit dem die unbewussten Intentionen auf ihre ganz eigene Weise verfahren. Das muss nicht von vorneherein gegen körperliche Berührung sprechen. Es zeigt aber mit aller Dringlichkeit auf, dass der Psychoanalytiker die unbewusste Verarbeitung dessen, was zwischen ihm und dem Patienten geschehen ist, wie bei anderen Vorkommnissen in der Behandlungssituation auch weiterhin im Auge behalten muss.

*So berichtet Holder (2000, S. 46 ff.) davon, dass er eine Patientin mit einer leichten Berührung am Rücken aus einer Stunde verabschiedete, in der es um eine akute traumatische Angst gegangen war, weil kurz zuvor ihr 10-jähriger Sohn beinahe sein Leben verloren hätte. Diese Berührung, in der sich die Anteilnahme des Analytikers ausdrückte, wurde von der Patientin in der Folge auch im Sinne einer erotischen Berührung und Verführung kontextualisiert und stimulierte entsprechende Fantasien, die allerdings nicht der aufmerksamen Beobachtung des Analytikers entgingen und dann auch bearbeitet werden konnten.*

Auch wenn es am Anfang dieser Ausführungen so geklungen haben mag, gibt es also nicht einfach die Möglichkeit über die körperliche Berührung ‚ganz unmittelbar‘ zu kommunizieren – was übrigens für jeden anderen Kommunikationsmodus auch gilt. Es geschieht auf der fantasmatischen Ebene immer mehr als die beiden Beteiligten im Moment realisieren können. Berührung will, jedenfalls im psychoanalytischen Kontext, in Reflektion und Sprache eingeholt sein. Der Bezug zu einem Dritten, für den die psychoanalytische Kollegengruppe steht, ist dabei essenziell. Wer bei sich feststellt, dass er über das, was zwischen ihm und dem Patienten geschieht, anderen nicht berichten kann, sollte dies als ernsthaftes Warnzeichen verstehen. Das Thema der körperlichen Berührung wurde im Kontext der klassischen Psychoanalyse zwar im Rahmen der frühen Freud-Ferenczi Kontroverse erörtert (s. dazu Cremerius 1979, Scharff 1995), doch blieben weitere Erörterungen eher die Ausnahme, was nicht zuletzt mit der Logik der psychoanalytischen Behandlung als Redekur (s.o., s. Scharff in Vorb.) zu tun hat. Auch wenn der Psychoanalytiker sich einer spontanen Reaktion

nicht verschließen mag, wird er in den meisten Situationen doch eine methodisch bedingte Zurückhaltung üben, was die direkte körperliche Berührung angeht. Für ihn gibt es die Berührung als ein mögliches ‚Ereignis‘, das im analytischen Rahmen geschehen kann, aber es gehört nicht explizit zum Rahmen selbst. Darüberhinaus stellt die hohe Frequenz in der Psychoanalyse meist ohnehin mehr Raum zur Verfügung, das anstehende Material schließlich im Vorstellungs- und Sprachraum zu bearbeiten. Andererseits ist es die sorgfältige Erörterung derartiger Grenzsituationen durchaus wert, vermehrt in den psychoanalytischen Diskurs aufgenommen zu werden. Eine phobische oder defensiv vom Über-Ich geleitete Einstellung verhindert nämlich gleichfalls einen professionellen Umgang mit dem Thema der körperlichen Berührung. Unter Umständen hilft auch eine Selbsterfahrung, selbst wenn sie in anderen Settings gewonnen wird, das Thema mit der angemessenen Sachlichkeit anzugehen. Eine allzu rigide Tabubildung könnte sich sogar dahin auswirken, dass der Psychoanalytiker noch nicht einmal Fantasien über Berührung zulässt und damit das Spiel seiner Gegenübertragung einengt, was für die Behandlung durchaus kontraproduktiv wäre – ganz egal wie man sich dann im Einzelfall letztlich entscheidet. Schließlich ist die Berührung nur ein Spezialfall des großen Themas, wie Erkenntnisgewinn und psychischer Fortschritt, wie Gewähren und Versagen in der Psychoanalyse ausbalanciert werden - und ob man nun berührt oder nicht, vor einem Agieren in der einen oder anderen Richtung ist niemand geschützt.

## 8. Literatur

- Anzieu D. (1991): Das Haut-Ich. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Argelander H. (1970): Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Bollas C. Hysteria. London and New York: Routledge, 2000
- Casement P. (2002): Learning from our mistakes. Hove: Brunner-Routledge, 18.
- Casement P. (2000): The issue of touch: a retrospective overview. In: Psychoanalytic Inquiry: On touch in the psychoanalytic situation. 20:160-184.
- Casement P. (1989): Vom Patienten lernen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Cremerius J. (1979): Gibt es zwei psychoanalytische Techniken? Psyche – Z Psychoanal 33:577-599.
- Eissler K.R. (1953): The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. J. Americ. Psychoanal. Assn. 1:104-143.
- Ehlert-Balzer (1996): Das Trauma als Objektbeziehung. Forum Psychoanal 12:291-314.
- Ferenczi S. (1972): Relaxationsprinzip und Neokatharsis. In: Ders.: Schriften zur Psychoanalyse, Bd.2. Frankfurt a. M.: S. Fischer, 257-273 (1930).
- Freud S. (1923): Das Ich und das Es. G.W. Bd XIII, 235-290.
- Freud S. (1916/1917): Vorlesungen zur Einführung in Psychoanalyse. G.W., Bd. XI.
- Holder A. (2000): To touch or not to touch: that is the question. In: Psychoanalytic Inquiry: On touch in the psychoanalytic situation. 20:44-64.
- Küchenhoff J. (1990): Die Repräsentation früher Traumata in der Übertragung. Forum Psychoanal 6:15-31.
- Küchenhoff J. (2000): Der Körper als Ort der Beziehungsinszenierung. In: Streeck U. (Hrsg): Erinnern, Agieren und Inszenieren. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 143-160.
- Little M. (1895): Winnicott working in areas where Psychotic Anxieties predominate. Free Associations, 3:9-42.
- Moser T. u. A. Pesso (1989): Strukturen des Unbewußten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ogden Th.H. (1992): The primitive edge of experience. London: Karnac.

- Rudermann E.G. (2000): Touch in the psychoanalytic setting. In: Psychoanalytic Inquiry: On touch in the psychoanalytic situation. 20:28-123.
- Scharff J.M. (in Vorb.): Psychoanalyse und Körpertherapie. Gemeinsamkeiten und Unterschiede. Erscheint in: Geißler P. u. G. Heisterkamp: Psychoanalyse der Lebensbewegungen. Wien-New York: Springer.
- Scharff J.M. (1998): Der „Erfahrungsraum“ der Psychoanalyse und der „Erfahrungsraum“ der inszenierenden Interaktion: ein erster Vergleich. Psychosozial, 21:45-60.
- Scharff J.M. (1995): Zwischen Freud und Ferenczi: die inszenierende Interaktion, Teil I. Z Psychoanal Theorie u Praxis, 10:349-374.
- Winnicott D.W. (1983): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Frankfurt a. M. S. Fischer.
- Volz-Boers U. (1999): Transformation des frühen psychischen Traumas durch Neubildung von Repräsentanzen. Psyche – Z Psychoanal, 53:1137-1159.

Dr.phil. Jörg M. Scharff  
Psychother. Praxis  
Viktoriastr. 31  
61476 Kronberg