

Ralf Vogt

Veränderung und Lösung von Übertragungsbarrieren in der analytischen Körperpsychotherapie durch den Einsatz von Übergangs-Übertragungs-Objekten

Changes and Solution Approaches for Transition Barriers in Analytic Body-Psychotherapy Using Transition-Transfer-Objects

Summary Working with transition-transfer-objects is a new attempt for an analytic understanding and a conceptional approach of an indication-justified use of objects in body psychotherapy. This approach covers positive experiences gained in the field of bio-energetic therapy and communicative therapeutic exercise, using stronger analytic structures, so that the use of objects would not encourage any activities of both the therapist and the patient or that the promising use of symbolizing media would be reduced by inadequate or insufficient therapeutic reflections. In the author's body-therapeutic practice, a wide range of experiences could be collected and summarized in a conceptional approach for using objects in process-orientated activity analysis. This concept might allow an approach of producing transition-transfer-objects focussed on therapy. Utmost attention is paid to the patients' statements and reports on the description of the psychological atmosphere as a whole, for instance, when referring to an internal fear or rage situation, and this very specific atmosphere is tried to be put into concrete terms as objects and activities. An important precondition for this micro-analytic approach in sympathetic vibration is given through the preparation of the patient's ability for regression/retrogression and progression in a jointly controlled

1. Theoretische Einleitung zu ausgewählten Problemen der analytisch orientierten Körper- und Bewegungstherapien

Die Ansätze zur Körperpsychotherapie haben sich bekanntlich einst durch Reich (1933) aus der Psychoanalyse herausentwickelt und wurden durch ihn selbst wie später Lowen (1967), Boadella (1994), Keleman 1990) u.a. im englischsprachigen Raum sowie von Groddeck (1966), Boyesen (1987), Sollmann (1984), Gudat (1997), Geißler (1994) u.v.a. im deutschsprachigen Raum in sehr verschiedenen Richtungen der bioenergetischen Therapiekonzepte modifiziert (vgl. Heisterkamp, 2000).

Geißler (1994) und Downing (1996) kritisieren das Fallenlassen von wichtigen analytischen Gesichtspunkten in der Therapie und wollen den Fundus der bioenergetischen Bewegungstherapie-techniken wieder mit analytischen Regeln verknüpfen.

Bocian und Staemmler (2000) gelangen so zu einer Verknüpfung von Gestalttherapie und Psychoanalyse, Psychoanalytiker wie Heisterkamp (1993), Moser (1987) oder Moser und Pessa (1998) arbeiten sich von der Couch zur aktiven Berührung und zur Bewegungsinszenierung in der Gruppe durch.

Geuter (1996) kritisiert in seiner Betrachtung zu neueren Ansätzen der analytischen Körperpsychotherapie, dass

bei der zu engen neoreichianischen Körperorientierung die Gefahr der Körperpsychologisierung entsteht, wo der Körper wieder das Primat für alles bilde, anstatt *ein* wichtiger Bestimmungsgrund neben dem Erleben und Verhalten für das Seelische des Menschen zu sein (ebenda, S. 104)

Ein Teil der Veröffentlichungen zur Konzentrativen Bewegungstherapie wie von Kohler und Kiesel (1972), Becker (2001) oder Stolze (1989) und Gräff (1989) streben ebenfalls wieder die Verknüpfung von bewegungstechnischem Wissen, bioenergetischen Erfahrungen und psychoanalytischen Rahmenbedingungen an. Am konsequentesten geht dieses bei der Konzentrativen Bewegungstherapie wohl aus den Ausarbeitungen Beckers (2001) hervor.

Durch die Kritik von Downing (1996) und Krüger (1998) bezüglich der analytischen Praxis dieser Therapieansätze gelange ich jedoch zum Teil zu der Einschränkung, dass in der Konzentrativen Bewegungstherapie die Einzelfallbeschreibung oft noch *beim Effekt endet*. Das heißt es findet weder kommentierend noch nachträglich eine Handlungsinteraktionsanalyse statt. Dazu fehlen mir mitunter auch die konkreten Therapie(voraus)vereinbarungen, was jetzt zu welchem Zweck, in welchem Rahmen, mit wem stattfinden könnte und aus welchem verstehbaren Grund

Korrespondenz: Dr. Ralf Vogt, Leipziger Str. 36a, D-04178 Leipzig, Deutschland, e-mail: Dr.Ralf.Vogt.@t-online.de

therapy, whereas in this process all basics for perceptive and communicative coordination and balancing, the recognition of basic transfer patterns respectively, form an essential precondition for both partners. The illustrations are completed by a long-term example.

Keywords:

Bio-energetic therapy; Communicative motion therapy; Psychoanalysis; Complex body-therapy; Symbolizing media; Transition-transfer-objects; Process orientated activity analysis.

Zusammenfassung

Die Arbeit mit Übergangs-Übertragungs-Objekten ist ein neuer Ansatz zum analytischen Verstehen und konzeptionellen Herangehen der indikationsgerechten Verwendung von Objekten in der Körperpsychotherapie. Dabei sollen die positiven Erfahrungen der bioenergetischen Therapie und kommunikativen Bewegungstherapie genutzt und in stärkere analytische Strukturen gebracht werden, so dass der Einsatz von Objekten nicht dem Agieren von Therapeut und Patient Vorschub leistet oder die Potenz des Einsatzes von Symbolisierungsmedien durch unzureichende therapeutische Reflexionen verschonkt wird. In der körpertherapeutischen Praxis des Autors wurden eine Reihe von empirischen Erkenntnissen beim Einsatz von Objekten in der prozessorientierten Handlungsanalyse gesammelt und zu einem Konzept verdichtet, dass es möglicherweise auch erlaubt, Übergangs-Übertragungs-Objekte therapieorientiert herzustellen. Dabei wird den Aussagen der Patienten bei der Darstellung der psychischen Gesamtatmosphäre, bspw. einer inneren Angst- oder Wuterlebenssituation, größte Beachtung geschenkt und diese in verdinglichte Objekte und Handlungen zu übersetzen versucht. Voraussetzung für diese mikroanalytische Arbeit in schwingender Resonanz ist das beziehungsseitige Vorbereiten von Regressions- und Progressionsfähigkeiten des Patienten in der gemeinsam gesteuerten Therapie, wofür wiederum alle Basisvariablen der Wahrnehmungs- und Kommunikationsabstimmung bzw. Erkennen der Grundübertragungsmuster für beide Interaktionspartner eine wichtige Voraussetzung ist. Zur Illustration wird abschließend ein Langzeitfallbeispiel angeführt.

Schlüsselwörter:

Bioenergetische Therapie; Kommunikative Bewegungstherapie; Psychoanalyse; Ganzheitliche Körpertherapie; Symbolisierungsmedien; Übergangs-Übertragungs-Objekte; Prozessorientierte Handlungsanalyse.

der Patient oder/und der Therapeut dieses oder jenes möchte und vorschlägt?

Demzufolge gelange ich bei den mir bekannten Fallbeispielen – besonders bei Gräff (1989) – zu dem Eindruck, dass Therapeuten mit ihrer Intuition den Patienten zu Bewegungsabfolgen ermuntern und noch zu oft *einen Schritt schneller* agieren als der Patient. Dies läuft meinem analytischen Verständnis von Bewegungstherapie entgegen, wo der Therapeut eher mit leichter Verzögerung dem Patienten folgt.

Insofern mag es beispielsweise für Gräff (1989) richtig sein, wenn sie von dem Einsatz von „Werkzeugen“ in der Bewegungstherapie spricht, weil sie quasi „*Handwerkszeuge*“ der Therapeuten sind und der Patient *damit behandelt* (bearbeitet) wird.

In meinem Gebrauchskontext von Übergangs-Übertragungs-Objekten spreche ich dagegen bewusst von *Symbolisierungsmedien*, weil der Patient zunächst diese Objekte empathisch selbst beseelen soll und mit diesen in Interaktion tritt.

Dieser individuellen Symbolisierung schließt sich der Therapeut im Allgemeinen an und versucht hernach in der Auswertungsanalyse die subjektive Bedeutungszuschreibung zu erfassen.

Erst aus dem gesamten Kontext dieser analytischen inneren und äußeren Interaktionsmuster kann für den Therapeuten die transferierte Idee zu einem Induktionsvorschlag für den Patienten kommen. Eine spontane Intuition ist somit das qualitativ höchste Ergebnis von einer Reihe von passenden, vorangegangenen Übereinstimmungen von gemeinsamen Absichten, Gefühlsräumen und Handlungssicherheiten zwischen Patient und Therapeut.

Was bei Gräff (1989) gegebenenfalls im positiven Sinne kompetent vorausgesetzt wird, ist nach meiner Auffassung *erst das Ergebnis* einer zum Teil sehr anstrengenden analytischen Beziehungsarbeit zwischen zwei Menschen.

Darin eingeschlossen ist ein Kernthema der psychoanalytischen Therapie überhaupt: Die Gestaltung und Veränderung der Übertragung durch die Einbeziehung von Objekten in die Patient-Therapeut-Interaktion sowie Probleme der Übertragungsverschiebung, der Übertragungsrahmen und Übertragungskonstellationen durch die aktive Berührung zwischen Behandler und Behandeltem.

Als Pioniere der Wiederheranführung der Berührung zur analytischen Übertragungsdeutung kann man im deutschsprachigen Raum Moser (1987) und Heisterkamp (1993) ansehen. Andererseits meldeten sich auch körperorientierte Psychoanalytiker wie Bauriedl (1999) sowie Krüger und Maaz (2001), die auf die problematischen Veränderungen der Übertragung und Gegenübertragungsmotive hinwiesen, weil sie die Gefahr der retraumatisierenden Beziehungsgestaltung erspürten.

Bei der Integration von Objekten in die therapeutische Dyade wurde außer dem Postulat, wie wir es bspw. bei Becker (2001) finden, dass diese in die analytische Deutungsarbeit mit einzu beziehen seien, keine weiteren Ausarbeitungen zu *konkreten* Übertragungsveränderungen.

Hier habe ich die noch weitergehende Absicht, Indikationen für Übertragungsobjekte zu erarbeiten, die zum Teil soweit empirisch vorangetrieben wurden, dass relativ „übertragungsoptimale“ Therapieobjekte hergestellt wurden, welche die Übertragung übergangsweise mit übernehmen und indikationsgerecht erleichtern können.

2. Zum Einsatz von Symbolisierungsmedien als Erweiterung der Übertragungsmöglichkeiten in der Therapie

Nach Laplanche und Pontalis (1991, S. 481 ff) kann unter Symbolisierung im weitesten Sinne jede Ersatzbildung verstanden werden. Die Symbolisierung dort gilt als indirekter und übertragener Vorstellungsmodus einer Idee, eines Konfliktes oder eines unbewussten Wunsches.

Peters (1988, S. 549 ff) definiert den Begriff der Symbolisation in der Psychoanalyse als Vorgang durch welchen emotionale Bewertungen von einem Objekt auf ein anderes übertragen werden.

C. G. Jung (1989, 1996, 1997) hat sich in besonderem Maße mit Symbolen beschäftigt, welche nach seiner Auffassung als archetypisches Wissen im kollektiven Unbewussten über Kulturgruppen – z. T. ähnlich und zwischen Kulturgruppen z. T. verschieden existieren.

Petzold (1996, S. 309) unterscheidet drei Formen von Objekten, die er in

seinen Ansatz der „Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie“ unterscheidet:

- a) Übergangsobjekte im Sinne Winnicotts (1953 – zitiert in Petzold, 1996), die zur Entwicklung der kindlichen Identität auf eine spezifische Art und Weise beseelt werden.
- b) Intermediärobjekte, die zur Förderung bei gestörten Kommunikationsstrukturen von Patienten dienen und u.a. den intermediären Therapieraum öffnen helfen.
- c) Passageobjekte, welche bei verlöschenden Ich-Strukturen eingesetzt werden und stützend wie belebend wirken sollen.

Wenn ich von Übergangs-Übertragungs-Objekten spreche, dann kann ich die o.g. Definitionen zum Teil als *Gebrauchsbestimmungen von Objekten* auch in meinem Ansatz integrieren.

Nach meiner Auffassung kann man aus psychoanalytisch-interaktioneller Sicht aber auch einen störungsspezifisch beseelten Aspekt empirisch finden, welcher sich von den eher normalen frühkindlichen Winnicott'schen und Petzold'schen Begriffen etwas unterscheidet, obwohl er mit diesen zusammenhängt. Das „spätere Kind“ – als unser erwachsener Patient verfügt über *archaische, kindliche wie auch erwachsene Interaktionsregeln*, mit denen er entsprechend seiner *individuellen* Entwicklung *störungsspezifisch komprimiert* Objekte beseelt, was nicht *vorausgesetzt*, sondern für Diagnostik und Therapie *konsequent nutzbar zu machen ist*.

Die Auffassung deckt sich auch mit Aussagen Beckers (2001) zur Symbolisierungsförderung in der kommunikativen Bewegungstherapie. Auch Becker geht davon aus, dass durch die Therapie gerade die wichtigen Fähigkeiten zur Symbolisierung, Abstraktion und Begrifflichkeit für den nachreifenden Individuationsprozess oftmals erst im Rahmen der Therapie erworben werden müssen bzw. der eigentliche Inhalt von Therapie sind (vgl. S. 116–120, ebenda).

D.h. auch für meinen Therapieansatz, wie der Patient Objekte in der Reihenfolge, Dynamik und Beziehung zum Therapeuten verwendet, wird der theoretisch-empirischen Interaktionsanalyse unterzogen. Die eingesetzten Objekte sind insofern unspezifisch, als dass sie nach meiner Ansicht genü-

gend freien, kreativen Entfaltungsspielraum ermöglichen.

In diesem klinisch-empirischen Zusammenhang ist eben ein Sack – wie beispielsweise bei den Gestalttherapeuten – nicht nur ein Sack. Er muss eine ganz bestimmte Größe, Farbe, Form, Gewicht, inhaltliche Konsistenz u.ä. besitzen, um als der „richtige archaische oder konfliktbegriffliche Sack“ erkannt zu werden.

Nach Vertretern der Ferenczi-Schule – zitiert in Petzold (1996, S. 238/239) – muss besonders bei der Behandlung früher Störungen zunächst ein „archaisches Selbst“ gestärkt werden, wonach Formen des „reifen Selbst“ entstehen können.

Ein archaischer Raum ist nach meiner Auslegung auch immer ein handlungsorientierter – z.T. spiritueller – Raum von unbewusst wirkender Eigenart, Anregungen und intuitiven Entfaltungsmöglichkeiten.

Die in meinem Therapiekonzept zum Einsatz kommenden Objekte wurden aber in ebensolcher Absicht empirisch, z.T. aus vielen Körperanalysen heraus *zielgerichtet entworfen und entwickelt*, um bestimmte Störungsthemen (in meinem Arbeitsalltag handelt es sich dabei besonders um *frühe Störungen* mit verschiedenen neurotischen Deckstrukturen) in *ihren* Projektions- und Bedürfnisbildern „abholen“ zu können.

Diese Aspekte, die der systematischen und komplexen individuellen Objektanalyse im Interaktionsprozess mit Patient, Therapeut, Setting und Raumanmutung sowie die bewusste konzeptgeleitete Herstellung und der empirisch zugeordnete Einsatz dieser Medien unterscheidet meinen Begriff der Übergangs-Übertragungs-Objekte mehr oder weniger von den o.g. Definitionen.

Meine Symbolisierungsmedien sollen also ganz bewusst intrapsychische und interpersonelle Konflikte abbilden und ein Setting entstehen lassen, in welchem multimodal viele Sinneskanäle angesprochen werden und die spezifische Gestaltung der Patient-Therapeut-Objekt-Beziehung die therapeutische Regression und Progression erleichtern.

Durch den Einsatz von Symbolisierungsmedien wird es meines Erachtens möglich, die Emotionsabwehr (vgl. Geuter, 2001) durch symbolische Handlungsabläufe mit beseelten Hilfsobjek-

ten (s.u. im Text) besser aufzulösen, so dass Erleben und Ausdruck des Patienten wieder aneinander gekoppelt werden können oder erstmals gekoppelt werden dürfen.

Dabei strebe ich an, klassische Erkenntnisse der Psychoanalyse sowie Ergebnisse der modernen Säuglingsforschung in die Gestaltung der oben benannten äußeren und inneren Therapiebedingungen im Rahmen des gemeinsamen Interaktionsprozesses (vgl. Luborsky, 1999) einzubeziehen.

Eines der gemeinsamen operationalen Hauptprobleme dieser Quellen der modernen analytischen Körperpsychotherapie sehe ich nämlich darin, dass wir versuchen mit quasi Erwachsenen die Probleme von „ehemaligen Kindern“ zu bearbeiten, wobei Erwachsene selbst kaum noch kindlichen Zugang zu den früheren Lebenserfahrungen besitzen und ggf. nur eine „altgewordene Meinung“ über ihre möglichen Erfahrungen zum Ausdruck bringen können (vgl. auch von Wyl, 2000) oder ihre affektomotorischen Schemata aufgrund ihrer Beziehungswiderstände eher nur rudimentär in der Sitzung zeigen.

Wie kann man nun die körperpsychoanalytische Regression so einleiten und im therapeutischen Interaktionsprozess so steuern, dass der Erwachsene relativ schnell zum *früheren Kind* zurückfindet, der Therapeut es dort in seiner „dissoziativen Regression empfangen kann“ und dann gemeinsame neue – kindgemäße – Beziehungsangebote eingeleitet werden, welche später für den wieder progredierte Erwachsenen in der Therapiestunde integrierbar sind sowie welche nachher später durch eben diesen Patienten ins soziale Feld transferiert werden können?

Ich kann im Rahmen dieser Diskussion nur einzelne Positionen meiner beruflichen Erfahrung andeuten und das Thema nicht erschöpfend abhandeln.

Säuglingsforscher wie Stern (1991), Lichtenberg (1991), Downing (1996) sowie Dornes (1993) belegen vielfach, dass es äußerst wichtig ist, das *prozedurale Wissen* mit den affektomotorischen Schemata eines Kleinkindes zu erfassen, um die Hintergründe und funktionalen Transfers einer Verhaltens- und Beziehungsstörung zu verstehen. Trautmann-Voigt und Voigt (1996, 1998) geben u.a. Beispiele, wie dieses im Bewegungsdialog angeregt werden kann.

Modification et résolution de barrières au transfert par l'utilisation d'objets transitionnels de transfert en psychothérapie analytique corporelle

Résumé La psychothérapie corporelle de Reich (1933) a été développée plus avant et modifiée dans le cadre de différents courants de thérapie bioénergétique (Lowen, 1967; Keleman, 1990; Boadella, 1994; Boyesen, 1987; Sollmann, 1984; Gudat, 1997) ; en cours de route, elle s'est à nouveau rapprochée de la psychanalyse (cf. Geißler, 1994; Downing, 1996; Heisterkamp, 2000).

D'autre part, des psychanalystes comme Moser (1987) et Heisterkamp (1993) ont beaucoup contribué à ce que l'analyste en revienne à toucher son patient physiquement.

On observe aujourd'hui également dans le cadre de la thérapie communicative par le mouvement (Stolze, 1989) une plus forte tendance à travailler analytiquement sur les schémas d'interaction (cf. Becker, 2001).

Il reste malheureusement qu'en dépit de l'évolution positive décrite plus haut, on porte encore trop peu attention à l'utilisation analytique d'objets thérapeutiques dans le contexte de la psychothérapie corporelle orientée vers l'action.

Nous présentons une approche dans laquelle l'utilisation d'objets transitionnels de transfert permet d'approcher de manière différente l'analyse et la conception de la méthode.

Nous décrivons d'abord le processus au cours duquel des moyens de symbolisation ont été développés sur des bases théoriques et empiriques dans le cadre de la psychothérapie analytique corporelle et indiquons quelques références bibliographiques (Vogt, 2001a-d).

L'auteur a acquis dans sa pratique toute une série de connaissances empiriques en rapport avec l'utilisation de ces objets. Ce savoir a ensuite été conceptualisé de manière à ce qu'il devienne possible de créer des objets transitionnels de transfert en fonction d'un processus donné, en mettant en scène le vécu psychique du patient par le biais d'une représentation concrète (objets).

L'utilisation de moyens de symbolisation modifie toutefois la situation de transfert/contre-transfert. Il faut donc tenir explicite-

ment compte de ce fait au moment d'utiliser des objets au lieu de s'en tenir aux méthodes habituelles (voir plus haut) et même, en faire une visée thérapeutique.

La modification des structures du transfert est illustrée par des schémas.

En utilisant des objets transitionnels de transfert, on parvient à accomplir une microanalyse des résonances caractérisant l'interaction. Le patient et le thérapeute explorent ensemble des champs d'action structurés d'avance ; l'inclusion intuitive des objets fournit des hypothèses utiles, reflète un vécu émotionnel plus intense et peut encourager les deux partenaires à tenter de nouvelles expériences.

L'emploi d'objets transitionnels de transfert dans ce type de psychothérapie analytique corporelle a pour objectif la pratique d'une psychothérapie holistique, dans la mesure où des éléments empruntés à la psychanalyse (comprendre, interpréter, contenir), aux thérapies psychodynamiques (interaction centrée sur le trouble, ici et maintenant) et à la thérapie du comportement (nouvelles expériences, actes d'essai) sont associés dans un sens productif, les objets jouant en quelque sorte le rôle de « loquet ». Pour que l'interaction thérapeutique soit de bonne qualité il faut que patient et thérapeute parlent ensemble de la manière dont ils conçoivent la perception et la communication et parviennent à un accord à ce sujet. Alors seulement, le patient pourra percevoir l'évolution de son vécu (régression et progression) comme une expérience plausible. De même, il sera progressivement mieux à même de contribuer lui-même à l'élimination des barrières et au développement de ses déficits ; il pourra aussi mieux surmonter sa dépendance dans le cadre de la thérapie.

En vue d'illustrer ces réflexions théoriques nous présentons ensuite un traitement à long terme, dans lequel plusieurs objets transitionnels de transfert sont utilisés, et décrivons en détail les interprétations symboliques y associées.

Nicht voll ausgeschöpft ist nach meiner Ansicht die Tatsache, dass sich der kindliche Kontakt zur beseelten Welt zu einem großen Teil über *dingliche Kontaktangebote* vollzieht, die später bspw. „dein Spielzeug“ und „Papas und Mamas Möbel“ heißen könnten.

Außerdem werden gleichfalls nach Ergebnissen o.g. Forscher zunächst nur *Teilaspekte einer Bezugsperson* – bspw. lediglich eine *konkrete Handlungsfolge dieser Person* oder *punktueller Eigenschaften* der Situation erfasst oder emotional selektiv verarbeitet. Demzufolge kann das therapeutische Dialogangebot in der *Erwachsenentherapie* – viel zu viel – an komplexen Eigenschaften bieten, so dass ein bestimmtes RIG nicht gefunden oder nicht eindeutig zugeordnet werden kann.

Hier glaube ich, dass durch *ein Zwischenschalten eines Gestaltungsmediums* das Kleinstkind (bzw. der regrediierte Erwachsene) bessere Chancen hat,

seine frühere Beschäftigungswelt wiederzufinden und der Therapeut immer wieder Möglichkeiten erhält, sich als aktiverer oder passiverer Begleiter oder/und Übertragungspartner anzubieten.

Mit Krüger (1998) bin ich der Ansicht, dass die Erkenntnisse der Säuglingsforschung nicht nur in sensiblen affektmotorischen Wiederholungsschemata erforscht, sondern auch psychotherapeutisch weiterführend in der Beziehungsgestaltung bearbeitet werden müssen.

Der energetisch-körperliche und Beziehungsaspekt sollte nach meiner Auffassung auch durch den *multimodalen sensomotorischen Symbolinteraktionsaspekt* ergänzt werden. Weil affektmotorische Schemata nur unbewusst körper- und prozessbezogen gespeichert werden, können diese gerade durch *körpersinnliche Interaktionen in einer konkreten Handlung*, in welcher die *fragmentarischen Eigenschaften der*

Prozess Erfahrung gespeichert sind, gut rekonstruiert und erfasst werden. Dieses vollzieht sich in einer relativ erlebnisadäquaten und bewegungsorientierten Inszenierung – sozusagen in einer Art *Körper-Symbol-Resonanz im Rahmen einer lebendigen Übertragungsbeziehung* –, in welcher die „innere Übertragungs-episode“ als Fragment des alten Handlungstextes phänomenologisch eingebettet wiederholt abläuft.

Dynamisch kindorientiert läuft dieser therapeutische Trilog durch seine Spielform fast von selbst.

Dornes (2000) beschreibt nach einer Theorie von Gergely (1998) – zit. in Dornes (ebenda, S. 59–86) – wie psychische Interaktionsprozesse der Affektspiegelung zwischen Mutter und Kind zur spielerischen Symbol- und Identitätsbildung beitragen können. Danach erlaubt gerade der spielerische Umgang mit beispielsweise aggressiven Affekten dem Säugling einen relativ spannungs-

freien Blick hinter die Kulissen der Gefühle indem diese „nicht so echt“ und „als ob“ vorgeführt werden. Hierdurch kann der Säugling möglicherweise diese besser durchschauen und sich später auch von echten Affekten leichter distanzieren.

So dienen Expression und Externalisierung im Spiel der Symbolisierung von Gefühlsbegriffen des Kindes, welche wiederum Grundlage der Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kind sind (Dornes, ebenda).

Auch Benedetti (2000) spricht sich bei der Therapie von Psychosen dafür aus, mehr Gestaltungssymbole für therapeutische Gleichnisse als Spiel zu entwerfen. Er ist nach seiner jahrzehntelangen Erfahrung fest davon überzeugt, dass eine spielerische Änderung von Symptomen auch bei anderen Krankheitsbildern nötig und möglich ist und bspw. dem Therapeuten „unauffällige Instrumente“ wie ein „progressives dialogisches Spiegelbild“ in die Hand geben, mit denen er sich an die Wahrnehmung des Patienten respektvoll heranastern kann, um dieses zu erweitern.

Stern (zitiert in Downing, 1996) und Downing beschreiben, dass Kinder rhythmische Angleichung und spielerische Anleitung mit Objekten benötigen, um ihre Wahrnehmungen differenzieren zu lernen.

Dietz und Kreutzer (1998) verweisen auf Aussagen von C. G. Jung, wonach abgespaltene und nicht integrierte Anteile im Psychischen durch Einbeziehen von Medien in die Interaktion weniger angsterzeugend wahrgenommen und ausgehalten werden können.

All diese angeführten Aussagen sowie die jahrelangen Erfahrungen der Objektverwendung durch die Gestalttherapie (Perls, 1976), Familientherapie (Satir, 1973) oder der integrativen Therapie (Petzold, 1988) mögen unterstreichen, dass eine Rückführung des Erwachsenen zum kindlichen Spiel unter Einbeziehung kindgemäßer und therapierelevanter Medien recht nützlich für die therapeutische Regression und Progression sein kann; jetzt sollen diese um die *Konzeption der empirisch-erforschten Herstellung und Verwendung von spezifischen Symbolisierungsmedien* erweitert werden.

Als weiteres Argument für den erweiterten Nutzen durch Medien in der Psychotherapie sehe ich eine Vielzahl von problematischen Interaktionssitua-

tionen sowie die Gestaltung von optimalen Interaktionsräumen für die Therapie an.

Bettighofer (1998, S. 113 ff) problematisiert die Ertragbarkeit von negativen Übertragungsaffekten für den Analytiker. Er glaubt, dass der Patient sehr wohl die „double-bind“-Situation spürt, indem nämlich einerseits der Therapeut zur Austragung negativer Affekte ermuntert – andererseits der Patient aber unbewusst auch dessen Grenzen spürt bzw. trotzdem alle vorherigen Angst- und Tabugefühle weiter in sich trägt. Deshalb sei es auch, so beschreibt er später weiter (S. 121 ff), „wenig sinnvoll“ den Patienten „offen“ nach Übertragungswahrnehmungen zu fragen.

Im Zusammenhang mit Bettighofer und dem eigenen angeführten Symbolisierungskonzept bin ich auch „guter therapeutischer Hoffnung“, dass gerade durch Symbolisierungsmedien negative Affekte leichter – d.h. spielerisch oder ernsthafter – auf Objekte projizierbar sind und so der Therapeut *neben der Übertragung* auch den Patienten *in der Übertragungsfähigkeit* beobachten und analysieren kann.

Selbst das Ansprechen von negativen Übertragungsmöglichkeiten des Patienten auf den Therapeuten ist im *spielerischen Vorversuch* der symbolischen trilogischen Interaktion leichter einzuführen und für den Patienten eher annehmbar.

Moser (1987, 1996) und Heisterkamp (1993) sprechen bspw. von der Notwendigkeit des Einsatzes von Berührung und Körperverfügbarkeit des Therapeuten in der Therapie. Bauriedl (1994) und Maaz (2001) erheben Bedenken gegenüber der körperlichen Selbsteinbringung des Therapeuten. Natürlich gibt es für alle angebotenen Akzente konkrete Fallbeispiele.

Ich meine jedoch, dass oft ein situations- und prozessangemessener Einsatz von Körpertherapiemedien in der Interaktion die bewusstmachende Problematik gut symbolisieren und manchmal sogar mit weniger Verkennung auf Seiten des Patienten zu neuen Selbsterfahrungen führen kann als ein konkretes Leibangebot.

Einen ähnlichen Vorteil der Arbeit mit Medien sehe ich bei Gruppentherapien. Es gibt nicht immer eine gut entwickelte und ausgewogen strukturierte Gruppe wie sie etwa bei Pesso (1986) zur Symbolisierung negativer und idealer

elterlicher Übertragungsfiguren genutzt wird.

Eine weniger gewachsene Gruppe kann evtl. diese umfangreiche Spielbreite an Übertragungsmöglichkeiten nicht besitzen oder durch agierende Mitglieder den gesunden Selbsterfahrungsprozess eines Patienten behindern.

Hier könnten auch Symbolisierungsmedien diese Lücken füllen helfen.

Letztlich ist auch das Spektrum der therapeutischen Grundanforderungen im körpertherapeutischen Setting immens groß. Der Therapeut soll bspw. Raum für echte Auseinandersetzungen geben, Halt gewähren, Grenzen setzen und wirkliche Zuwendung ermöglichen – ohne das er dem Patienten zu Ersatzbefriedigungen (Bauriedl, 1994) verhilft oder diesen in seinem Schmerz allein lässt (Maaz, 2001).

Hier können entsprechende Körpertherapiemedien die Übertragungsbreite und -qualität bspw. von negativen Übertragungsaufgaben „besser als jeder wirkliche Therapeut“ aushalten (z.B. mörderische Wut). Gleichfalls kann ein männlicher Therapeut auch weibliche Übertragungsthematiken gut inszenieren, wenn er sich durch Körpermedien „geschlechtlich ergänzt“ und so „mütterliche Seiten zur körperlichen Verwendung“ anbieten kann.

Eine notwendige symbolische Befriedigung von Bedürfnissen – vgl. Forderungen von Pesso (1986) und Moser (1998) – mit einem *beseelten Symbol, das im lebendigen Kontakt mit einem Therapeuten* steht (bspw. durch angebotenen Hand- oder Blickkontakt), dürfte nach meiner Auffassung für Körperpsychotherapeuten generell weniger problematisch sein, weil das Symbol dem Therapeuten ermöglicht, seine parallelen Rollen differenziert zu erhalten.

Dreh- und Angelpunkt einer solchen Arbeit mit Symbolisierungsmedien ist aber der tragende therapeutische Beziehungsaspekt, der gemeinsame Aneignungsprozess der Arbeit mit Medien in der Therapie sowie die schrittweise Rückführung des Patienten auf seine kindlichen Fähigkeiten, Objekte relativ mühelos beseelen zu können und experimentell mit diesen in Kontakt zu treten. Die Übertragungsmöglichkeiten werden durch solche Art Einbeziehung von Medien z.T. einfacher und überschaubarer – sowie z.T. komplizierter und mehrdeutiger.

Ein weiteres engagiert diskutiertes Thema der *symbolischen Einflussgrößen* in der Psychotherapie und Analyse ist das der Eröffnung des „*therapeutischen Innenraumes des Patienten*“ durch den Behandler. Für eine Reihe von Therapeuten ist dieses Problem eng mit der Gestaltung der therapeutischen Atmosphäre verbunden, welche nach Pfannschmidt (1998) maßgeblich mit dem „bereitgestellten inneren Spielraum des Therapeuten“ korrespondiert. In diesem Spielraum wird auch das Wort *wieder* körperlich erlebt – quasi in einer neuen Ganzheitlichkeit.

Nach Ware (2000) liegt das Augenmerk neben diesem erweiterten Innenraum auf verbal-imaginativer Ebene Pfannschmidts auch in der Bereitschaft sein „körperliches Inventar“ zur Verfügung zu stellen, ohne Ersatzbefriedigungen für den Patienten zu schaffen.

Wenn ich selbst von therapeutischer Atmosphäre spreche, so möchte ich diese o.g. Aspekte um den der „gesamten beseelbaren Therapieinventaren und -räumlichkeit“ erweitert wissen. Das impliziert natürlich, dass Therapiemittel einen „quasi eigenen interaktiven atmosphärischen Einfluss“ auf die Therapie-situationen haben.

Jedes Medium – bspw. der Therapeutenkugelschreiber, die aufgehängten Bilder im Raum, die Couch oder Matte, Sack oder Spielpuppen – beeinflussen die Therapieatmosphäre. Auch ein weißer „quasi neutraler“ Raum fördert Suggestionen – bspw.: was hier wohl nicht erwünscht sein dürfte? und dass der Therapeut sich wohl nicht einlassen wolle? u.a. – ganz spezifisch nach der Störungsstruktur des Patienten.

Wenn man sich also zum vorstrukturierten Raum bekennt, wie ich es mit dem Konzept der Übergangs-Übertragungs-Objekte mache, so ist dieses zugleich der Versuch, diese Einflüsse individuell zu überprüfen und in der Bedeutung der zu behandelnden Prozesse zu systematisieren.

Bei den verwendeten Gerätschaften und der Raumgestaltung muss nachgewiesen werden, dass sie einen *wesentlichen Focus* der empirisch vorgefundenen Störungsproblematiken abbilden und aufnehmen – und zur Behandlung solcher Muster *störungsadäquate Entwicklungsräume* schaffen können, derer sich der Therapeut auch entsprechend eines *kasuistischen Differenzierungs-*

algorithmus bedienen kann. Somit kann die Herstellung nur in Zusammenhang mit den gestellten Indikationen, der Behandlungszielgruppe, den therapeutischen Inventarvoraussetzungen und der gesammelten Erfahrung des Behandlers definiert werden.

Im Unterschied zu gruppentherapeutischen Ansätzen mit analytischer Orientierung wie man sie beispielsweise beim Psychodrama von Moreno (1946) oder in der Therapie psychischer Strukturen von Pesso (1986) findet, kann im einzeltherapeutischen Vorgehen nicht auf die symbolisierende Kraft der Gruppe bzw. die Zerlegung verschiedener Rollen und therapeutischer Funktionen zurückgegriffen werden.

Es ist meines Erachtens für die einzeltherapeutische Körpertherapiestunde schwieriger, dass der Therapeut eine atmosphärische Kraft wird, die sich sowohl als *Übertragungsobjekt* für den Patienten anbieten und *zugleich* als *Gegenübertragungsobjekt* in die Interaktionsbeziehung effektiv mit unterschiedlichen sozialen Nuancen einbringen kann.

Die handwerkliche Kunst, *mehrere Rollen* in unterschiedlichen Minutentakten der Stunde – als auch *parallele Funktionen* – in der komplexen und gemeinsamen Therapiebewegung überblicken zu können, ist eine *Standardaufgabe* für einen Einzelkörperpsychotherapeuten.

Der Patient, unter Berücksichtigung eines Klientels mit beispielsweise schweren neurotischen oder frühen Störungen, soll in der Therapiestunde eine effektive Chance erhalten, die analytisch angezielte Heilung *innerhalb und von* der Übertragungsneurose zu erlangen, ohne dass er das „schützende Dickicht“ der Gruppe zur Verfügung hat.

Dieses gilt sowohl aus der Sicht des Patienten für seine z. Zt. mögliche realisierbare Einsicht als auch für sein emotionales Differenzierungsvermögen.

Das erfordert wiederum – eine der o.g. entsprechenden Diagnosegruppen bspw. vorausgesetzt – eine nicht zu unterschätzende Fähigkeit, sich in therapeutische Spaltungen zu begeben, d.h. einerseits die tiefe Regression auf ein frühkindliches Entwicklungsstadium einlassen zu können – und andererseits jederzeit und in ambulant erforderlichem Maße seine Ich-Stabilität wiederherstellen, den Prozess parallel beobachten und schließlich die therapeu-

tische Beziehung wieder relativieren zu können.

Auch Butollo et al. (1999) sprechen in ihrem Therapieansatz für posttraumatische Belastungsstörungen von solchen therapeutischen Schwierigkeiten, emotionale Beziehungskonstellationen in der Therapie zu einer differenzierenden Reifung zu bringen (S. 177, ebenda). Da die Gefahr der Retraumatisierung bei o.g. Patientengruppen sehr groß wäre (S. 172 ff, ebenda), solle man zunächst eine Unterscheidung zwischen sich und anderen – d.h. Innen- von Außenwahrnehmungen – in einer Schrittfolge üben, bevor therapeutischer Kontakt fruchtbar, Konfrontationen möglich und Integrationen erfolgreich sein können.

Auch hier bin ich der Auffassung, dass ein Zwischenschalten von gezielt eingesetzten Übergangs-Übertragungs-Objekten eine trainierende Differenzierungshilfe sein könnte.

Die o.g. Ansprüche in der Realität umzusetzen, bedeutet meiner praktischen Erfahrung nach, wenn man diese körpertherapeutische Arbeit in allen Anforderungsaspekten ernst nimmt, für Patient wie Therapeuten sehr sehr viel interaktionale Feinabstimmung.

Hierfür finde ich wiederum den Begriff „*aktive Resonanz*“ von Schellenbaum (1998, S. 142 ff) recht passend. Dabei geht es zunächst wohl darum, dass der Patient ein „*Spürbewusstsein*“ (S. 103 ff, ebenda) entwickelt, indem er generell seine seelischen Prozesse mit körperlichen Wahrnehmungen in Verbindung zu bringen sucht und auch umgekehrt aus körperlichen Regungen körperliche Bewegungsimprovisationen abzuleiten trainiert.

In einer bestimmten Tiefenschicht gibt es nach Schellenbaum (ebenda) eine gemeinsame archetypische Resonanz, die eine aktive Interaktion spontan hervorruft, die den Therapeuten besser als „Schubladeninterventionen“ anleitet, den Patienten auf geeignete dialogische Handlungsweise zu begegnen, wobei er hier an Imaginativen, Rollenspielvorschläge u.ä. denkt.

Ich möchte diese „*aktive Resonanz*“ als Grundlage der intuitiven Verschränkung von Teilen des Patienten- und Therapeutenunbewussten anführen, aus welchem Wechselspiel sich plötzlich Handlungsdialoge und Spielvorschläge im fortgeschrittenen selbstanalytischen Therapieprozess des Patienten mit den

Symbolisierungsmedien ergeben, die er allein mit dem Objekt („Dialog“) oder mit dem Therapeuten („Trilog“) selbst organisiert.

Durch solche gelungenen Feinabstimmungen in der Medienarbeit entstanden nach und nach in meiner analytisch körperorientierten Praxis Übergangs-Übertragungs-Objekte verschiedenster Eigenschaftsmuster als *Modifikation* schon bekannter Therapiegegenstände der Gestalt- und Familientherapie und *neue Medienkreationen*.

Die Auswahl, das Angebot und die Herstellung erforderten sehr viel Fingerspitzengefühl und prozessnahe Intuition von Seiten des Therapeuten sowie die Rückkopplung von differenzierten und fortgeschrittenen Patienten, damit diese Settingweiterung einem wirklichen analytischen Anspruch gerecht werden kann.

Der erste Schritt des Selbstverständnisses eines analytischen Psychotherapeuten sollte aber meines Erachtens die Eigenanalyse der Gegenübertragungsmotivation sein, wenn man eine Settingweiterung wählt bzw. wie in meinem Fall selbst kreiert.

Diese ist dann Voraussetzung für die Analyse der Gegenübertragungssituation, in welcher die Settingänderung dann vorgenommen werden soll.

Nach diesen Klärungen kann man sich als Therapeut mit geprüftem Handwerkszeug in eine komplexe Übertragungsinteraktion mit dem Patienten einlassen. Interventionen laufen ab diesem Zeitpunkt immer noch nach dem Versuch-Irrtums-Prinzip, weil man letztlich stets nur *Hypothesen* über das Übertragungsgeschehen des Patienten haben kann.

Meine Entscheidung über zusätzliche Objekte mit dem Patienten in Beziehung treten zu wollen, hat nach meiner heutigen Selbstwahrnehmung wohl damit zu tun, dass ich mit dem sprachlichen Bedeutungsverständnis in Therapieinteraktionen oft große Missverständnisse erlebte, die einer gewissen rationalen Ohnmacht gleichkamen.

Ich habe stets ein großes Bedürfnis verspürt, das Gesagte sehr anschaulich und möglichst auch *motorisch zu begreifen*, weil es mir sonst schwer gelang, eine anhaltende innere Schwingung für den Patienten zu entwickeln.

Dieses *konkrete* Abbilden war auch immer verbunden mit einem sehr aus-

gelassenen Spieltrieb, den ich meiner Erinnerung nach schon früh gepflegt habe und aus dem ich viel Eigenenergie beziehe. Zum Anderen habe ich bei der Arbeit mit Patienten auch gewisse Schutz- und Abgrenzungsbedürfnisse bzw. stelle ich fest, dass meine Möglichkeiten meine direkte Körperlichkeit im Handlungsdialog zur Verfügung zu stellen, doch mitunter begrenzt ist. Manchmal bemerkte ich auch bei fortgeschrittenen oder spezifisch strukturierten Patienten, dass meine körperliche Offenheit der Aufgeschlossenheit des Patienten hinterherhinkte, was ich durch „prüfende verbale Beziehungsdeutungen“ zuweilen umzukehren suchte und den Patient damit ausbremste.

Außerdem fühlte ich mich auch manchmal physisch gar nicht in der Lage, bspw. einem Menschen von 70 kg aufwärts ausreichend Halt in Körperschräglagen mit Decken etc. zu geben, so dass ich mir tragfähige Hilfsobjekte wünschte.

Weiterhin bedauerte ich sehr, dass meine Übertragungsangebote im negativen Erfahrungskontext des Patienten als auch in seinen berechtigten positiven Erwartungen nach begrenzten neuen konkreten Beziehungsangeboten in der Therapie doch zu eng ausfielen und mir diese Unzulänglichkeiten – trotz aller dyadischen Erfahrung – mein Stimmungselbstbild drückten.

Im Sinne einer „bewussten Kompromissbildung“ versuchte ich nunmehr, meine schöpferischen Kompensationsfähigkeiten zu einem eigenen Therapiezugang auszubauen und empirisch die Seiten für den Therapieprozess herzustellen, die ich nicht besaß. Ich ließ mich dabei viel von Patientenaussagen, deren Assoziationen und individuellen Objekterfahrungen leiten und entwickelte meine „Hilfstherapeuten“ über viele Jahre.

Um die Essentials der analytischen Psychotherapie einzuhalten (vgl. oben), hieß das, dass zunächst *prinzipiell* die emotionalen, intellektuellen und motivationalen *Grundvoraussetzungen* für die Herstellung von Übertragungsprozessen vorhanden sein mussten. Der Patient hatte also so viel differenziertes Reflexionsvermögen und ausreichend stabile ICH-Strukturen zu besitzen, dass er das Anliegen, die Methodik und den Prozess grundsätzlich erfassen und tragen konnte. Die Beziehung zwischen

Patient und Therapeut musste dabei so weit belastbar, vertrauensvoll und gewachsen sein, so dass alle Grundkategorien interaktioneller Gefühlsqualitäten im sitzenden und liegenden Setting angeklungen bzw. in Beispielen real in der Therapie aufgetreten waren, das hieß, dass Trauer, Wut, Angst und Scham beispielsweise bereits mit sitzenden und liegenden Settings bearbeitet werden konnten.

Ein wahrgenommenes Problem der klassischen Settings war für mich zuvor, dass entwicklungs-genetische Erinnerungsarbeit sowohl für den Patienten als auch für mich sehr mühselig und langwierig erschien, *ohne* dass *schwere* Beziehungsinteraktionswiderstände zu spüren waren und dass ich bemerkte, dass die Bearbeitung der „Übertragungssymptome“ im „Hier-und-Jetzt“ der Beziehung noch lange Zeit nicht möglich gewesen war, weil dies die momentane Reflexionsfähigkeitsreife des Patienten noch nicht zuließ.

Dieses Problem des „Zu-weit-weg und Noch-zu-nah“ hat mich lange Zeit beschäftigt. Natürlich wurde mir in Supervisionen klar, dass es eine Reihe von Berufskollegen gibt, denen die geschickte genetische Deutung besser gelingt als mir und hervorragende Qualitäten im Holding und Containing (Winnicott, 1974) als Grundlage der therapeutischen Atmosphäre sowie gute psychodynamische Beziehungsaueinandersetzungsfächen (vgl. Maaz, 1997) als Motor der therapeutischen Bewegung besitzen.

Dennoch hatten alle Therapeuten auch ähnliche Beobachtungen wie ich gemacht und die Begrenztheit ihrer therapeutischen „Übertragungskünste in Raum und Zeit“ diskutiert.

In diesem Forschungsfeld wollte ich methodische Abhilfe schaffen.

Die Grundaussagen Winnicotts zum Übertragungsobjekt (Winnicott, 1974) und Erfahrungen von Maaz (unveröffentlicht; multimodaler Ansatz – vgl. Maaz et al., 1997) mit der Therapiematte und -sack zur Affektabfuhr und Haltübertragung ließen in mir die Idee entstehen, „*Übergangs-Übertragungs-Objekte*“ zielgerichtet herzustellen und therapiephasenindiziert und patientenspezifisch anzubieten. Weitere Ausführungen zu den Übergangs-Übertragungs-Objekten sowie Gestaltbeschreibungen und konzeptionelle Erfahrungen finden sich in Vogt, 2001a–d.

3. Übertragungskräfte mit Übergangs-Übertragungs-Objekten in einer handlungsorientierten, experimentellen Therapieanalyse

Das klassische psychoanalytische Setting mit seiner Ausrichtung auf den verbalen Dialog und das liegende Therapiesetting sind in den letzten Jahren oft hart kritisiert worden (vgl. Moser, 1987; Pohlen und Bautz-Holzger, 1995; Petzold, 1988, u.v.a.).

Der Vorteil des klassischen Settings lag für den Behandler aber darin, dass die Interaktionen überschaubarer blieben, wodurch aber auch oben beschriebene therapeutische Nachteile mit in Kauf zu nehmen waren. bzw. von Therapeuten als unbewusste „Sicherheitsbank“ organisiert wurden.

Eine Analyse, die den Behandler oft zum Mitakteur in einem Handlungsexperiment macht, verändert den Status und die Rolle des Therapeuten so maßgeblich, dass dann oft „nur noch der etwas erfahrene Teilnehmer“ in der Forschungsinszenierung ist.

Zu ein und derselben Therapie-sitzung, die man wohl jetzt besser Therapiehandlung nennen sollte, erlebt sich der Behandler zum Teil in der Übertragung dieser Therapieinteraktion arbeitend – als auch bei bestimmter Verwendung eines Übergangs-Übertragungs-Objektes an der Übertragung wirkend.

Übertragung und Gegenübertragung können nicht – wie im verbalen Dialog zuweilen angestrebt – so gut auseinandergehalten werden, weil sich die unbewussten Wechselwirkungsprozesse der Interaktionspartner stärker verzahnen. Die stärkere „Vermischung“ von Übertragung und Gegenübertragung in der körperanalytischen Handlungsinteraktion ermöglicht auch eine prozessorientierte Psychoanalyse, die fruchtbare Erkenntnisse der Genese der Störung und Chancen der Veränderung aufzeigen hilft.

Eine prozessorientierte Handlungsanalyse berücksichtigt auch besser die neueren Erkenntnisse der hirneurophysiologischen Forschung (vgl. Hüther, 1997, und Traue, 1998), weil die Interaktionsbetrachtung immer die psychophysiolo-

gischen Verarbeitungsmodi mit berücksichtigt.

Es steht also weniger fest, wie das Übertragungsmodell „sein soll“, weil die gemeinsame Analyse der sichtbar, hörbar und spürbar gewordenen Handlung erst die „Übertragungsvariante“ ergibt.

Dasselbe gilt prinzipiell für die Übertragung auf die einbezogenen Medien. Sie können bspw. sein:

- Eine Übertragungsfigur aus der früheren äußeren Welt, z.B. Mutter, Vater, Geschwister u.a.
- Eine Übertragungssituation des erlebten psychischen Innenlebens in Form von einzelnen Eigenschaften, Eindrücken oder einer spezifischen psychischen Atmosphäre.
- Der derzeit wahrgenommene Teil des Therapeuten, der mit der unter a) genannten Figur zusammenhängt.
- Der individuell in die Beziehung real eingebrachte Teil des Therapeuten.
- Teile des eigenen Selbst des Patienten.
- Eine Mischung aus den beschriebenen Teilen.

Wenn man dann noch die Zeitrahmen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft einbezieht, zeigt sich, wie komplex das Übertragungsgeschehen ausfallen könnte und auch bisweilen ausfällt.

Die generellen Übertragungskräfte bei den Übergangs-Übertragungs-Objekten lassen sich schematisch wie folgt darstellen (vgl. Vogt, 2002):

Fall A: Der Therapeut stellt für einen schwierigen bzw. wichtigen Übertragungsrollenanteil der zu behandelnden Übertragungsbeziehung ein Objekt zur Verfügung, das der Patient emotional annimmt und zur beseelten Arbeit nutzt. Das Objekt besitzt dabei Teil-

eigenschaften der innerseelischen Übertragungsatmosphäre, mit der sich der Patient in Resonanz befindet, sowie wahrgenommene Teileigenschaften des realen Therapeuten. Oder aber der Patient findet das Übertragungsobjekt selbst heraus bzw. beide Interaktionspartner entdecken das geeignete Objekt zusammen.

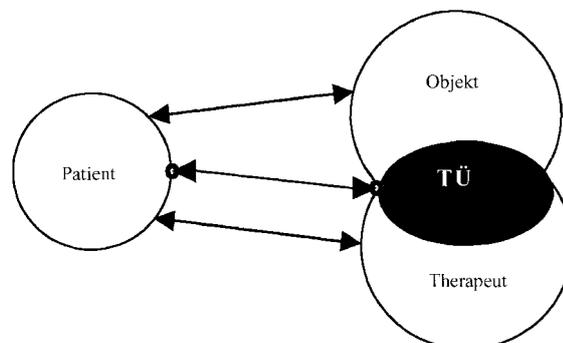
Das Bestätigen und Annehmen dieser beseelten Objektatmosphäre ist entscheidend für die qualitativ wirksame Arbeit. Ein fortgeschrittener Patient kann diese Anmutungsarbeit ohne größere Hilfestellung allein mit noch größerer Prägnanz leisten, was letztlich immer Ziel der therapeutischen Bemühungen ist.

In der Arbeit von Fall A findet oft eine Übertragungsabfuhr für den Patienten statt (Schema Nr. 1).

Fall B: Patient und Therapeut finden bzw. einigen sich auf ein symbolisierungsfähiges Objekt, über welches sie miteinander in Beziehung treten können. Hier übernimmt das Objekt den sichtbar zu machenden Transport der Übertragung des Patienten auf den Therapeuten sowie den Transport der Gegenübertragung des Therapeuten auf den Patienten. Dabei kommt ein Handlungsfluss zustande, der über Blockaden, Impulse oder Resonanzen der Beteiligten die unterschiedlichen Übertragungsprozesse hypothetisch erforschen hilft.

In der Arbeit von Fall B findet oft eine Übertragungsherstellung für den Patienten statt (Schema Nr. 2).

Fall C: Hier wird bei einer guten Grundbeziehung zwischen Patient und Therapeut ein schwieriger/wichtiger Übertragungsanteil durch beide Beteiligten



Der Fall A dient oft zur Übertragungsabfuhr

Schema 1. TÜ Therapieübertragung; ● emotionale Berührtheit; ← → Übertragungsrichtung/ Wechselwirkung

„nach außen in eine Handlung mit Objekten gelegt“. Es öffnet sich so beim Patienten eine Übertragungsseite, die er sonst noch nicht aufsteigen lassen kann und auch beim Therapeuten noch nicht wahrnimmt sowie auch bei sich selbst noch nicht ernsthaft spürt. Der Therapeut unterstützt die Ausbildung der Übertragungsatmosphäre, indem er sich an der „Bearbeitung“ des ausgewählten Objektes durch Resonanz-Verstärkungshandlungen aktiv beteiligt.

In der Arbeit von Fall C findet oft eine Übertragungsermutigung für den Patienten statt (Schema Nr. 3).

In Vogt (2002) sind theoretische Erläuterungen und Praxisvignetten aufgeführt, welche verdeutlichen, dass Objekte helfen können, eine „gute symbolisierte Berührung“ – als Übergang zur realen Berührung oder als hinreichenden Ersatz von „unnötiger Berührung“, z.B. bei Sexualisierungsgefahr – zu ermöglichen.

Die Schwierigkeit bei dem Gebrauch von Objekten ist, diese in der aktuellen Therapiesituation richtig zu beseelen, so dass sie ein „lebendiger Beitrag“ für die gemeinsame Interaktionsarbeit werden können.

Dies bedeutet, dass durch die Übergangs-Übertragungs-Objekte das Pro-

blem des Agierens von unbewussten Bedürfnissen bei den Interaktionspartnern nicht generell aus der Welt geschafft werden kann, sondern eben andere Wege des Ausblendens sucht.

Werden Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse therapeutisch in der Arbeit mit den Therapieobjekten gut genug reflektiert und ergibt sich in der spontanen Interaktion ein intuitiver Wechselwirkungsprozess, so entstehen in etwa folgende Therapiephasen bei der Einbeziehung von Übergangs-Übertragungs-Objekten:

1. Anwärmen

Aufnehmen des Kontakts der beteiligten Personen zur therapeutischen Arbeit.

2. Rahmen geben

Bestimmen des bisherigen Erfahrungsrahmens, des aktuellen Themas und der Suchrichtung unter Abklärung der aktuellen gegenseitigen Arbeitsfähigkeit und der Bedingungen dafür.

3. Form geben

Einrichten des Settings, Bestimmen der Rollenverteilung und der besonderen hilfstherapeutischen Instruktionen, z.B.:

- Haltgeber für Patient
- Unterstützer für Patient
- Gegenspieler für Patient.

4. Beseelen

Emotionales Einstimmen der Beteiligten in den Rollen, Kontaktaufnahme des Patienten mit seiner inneren Konflikt-dynamik (Regressions- oder Progressionsenergie) und den äußeren Objekten sowie ggf. auch den Beteiligten in den Rollen.

5. Beleben

Aktivieren in den therapeutischen Rollen, Dynamisieren der Gefühlsatmosphäre, stimmiges Wiederherstellen des Konflikttypes oder/und Experimentieren mit dem passenden Wechselwirkungskontext.

6. Lösen

Ausdruck von angestauten Affekten und Wahrnehmen der komplexen Gefühlsatmosphäre in der Konfliktstruktur, Aha-Erlebnisse, Evidenzerlebnisse, Auflösen bzw. Lockern aller Strukturen und Ausbilden neuer Strukturelemente.

7. Benennen

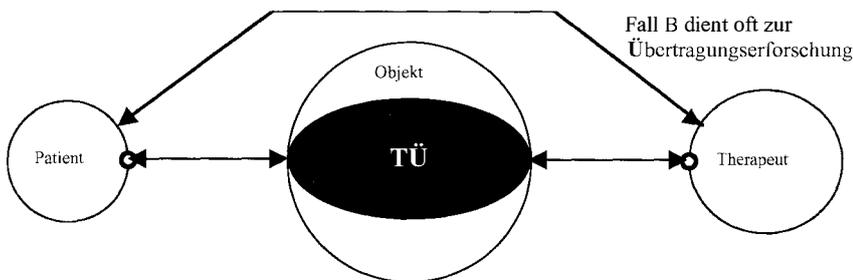
Assoziieren von Zusammenhängen auf verschiedenen Bewusstseinssebenen, Neue Bedeutungen und Begriffe der Struktur finden.

8. Ableiten

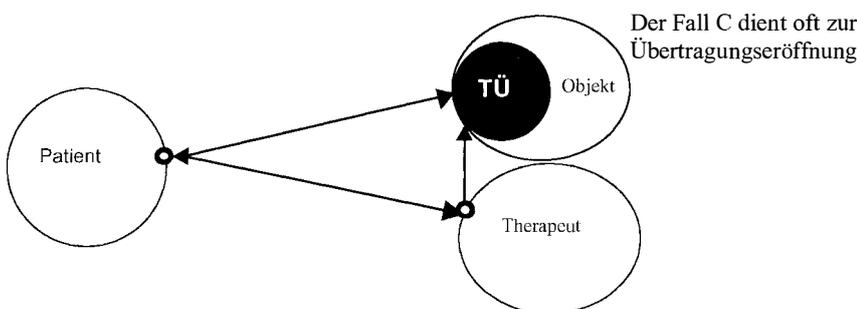
Transferieren des Erlebten in den Alltag, Bestimmen der zu schützenden inneren Strukturen (Havariemaßnahmen definieren), Aufgaben der Nachentwicklung ableiten, Integrieren bisheriger Erkenntnisse und Aufzeigen von Therapieperspektiven.

Das Besondere dieser Abfolge ist im Grunde, dass alle Phasen durch eine gemeinsame bewusste Struktur (vgl. Pessoa, 1986) vereinbart, erläutert und begründet werden, so dass daraus eine klare Abfolge wird, wo der Patient immer mehr *seine Selbsterfahrungskompetenzen trainiert* und dadurch seine erwachsenen und ablösediellen Fähigkeiten entwickelt.

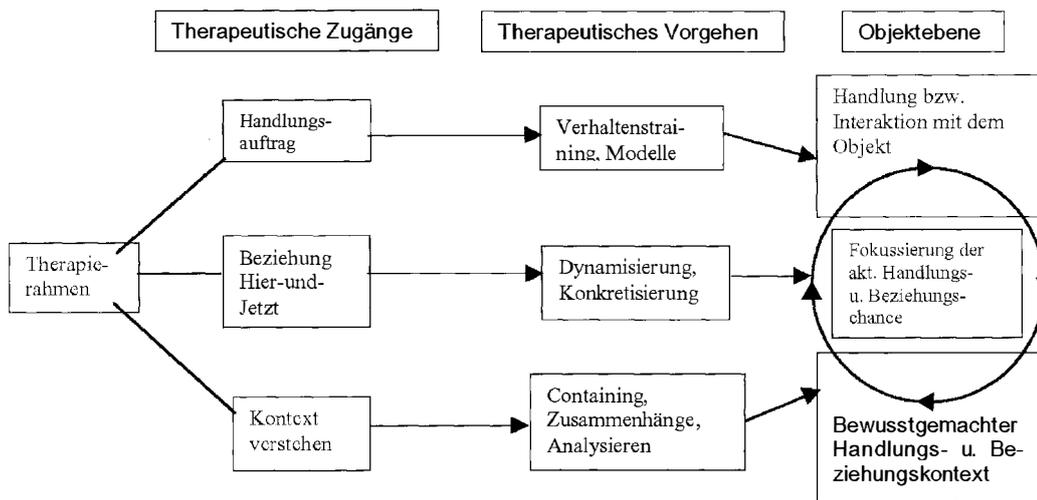
Dieses Therapiepostulat ist ein sehr wesentliches meiner bisherigen praktischen analytischen Erfahrung: Alle Begriffe, die wir später in der analyti-



Schema 2. $T\ddot{U}$ Therapieübertragung; ● emotionale Berührtheit; ← → Übertragungsrichtung/ Wechselwirkung



Schema 3. $T\ddot{U}$ Therapieübertragung; ● emotionale Berührtheit; ← → Übertragungsrichtung/ Wechselwirkung



Schema 4.  Verknüpfung der Therapieebenen

schen Arbeitsbeziehung dringend benötigen, müssen vorher anschaulich und verlässlich trainiert und gegenseitig abgestimmt werden! Diese Palette reicht von seminaristischen Erläuterungen anhand von erlebten oder didaktischen Lehrbeispielen – über ein aktives gegenseitiges Gewährwerden im Hier-und-Jetzt – bis hin zu verbindlichen, schriftlichen Beziehungs- und Therapieverträgen mit Abbruchklauseln für die therapeutische Zusammenarbeit für beide Partner.

Wenn es gelungen ist, diese Therapiephasen für den Patienten förderlich, wie für den Therapeuten adäquat, zu durchlaufen, haben sich im Grunde alle drei Ebenen der ganzheitlichen psychotherapeutischen Arbeit miteinander in produktiver Resonanz und Bewegung befunden, was meines Erachtens eine beste Voraussetzung für wirkliche Verhaltensänderungen ist, die der Patient prinzipiell verstehen, erleben und in seiner Lebensumwelt integrieren lernt.

Dazu das Schema 4 zur Illustration.

Ein positives Durchlaufen der o.g. Therapiephasen mit Übergangs-Übertragungs-Objekten verändert und löst teilweise neurotisch fixierte Verhaltens- und Erlebensschemata, weil die therapeutischen Zugänge vom Verhaltensexperiment und Probehandlung, der therapeutischen Übertragungs- und Realbeziehung sowie der rationalen Konstrukte und abständigen Reorganisation der Verstehensbegriffe alles enthält, was in eine komplexe strukturenverändernde Therapie eben hineingehört.

Als Illustration und Zusammenfassung der oben beschriebenen theoretischen

Ausführungen sollen hier Vignetten aus einem Langzeitbehandlungsfall meiner körpertherapeutisch-analytischen Praxis dargestellt werden, bei welchem zum besseren Verständnis für den Leser die konkreten Interpretationen des Gebrauchs der Übergangs-Übertragungs-Objekte als symboltheoretisches Fazit in der Darstellung mit angeboten wird, damit die therapeutischen Schritte besser nachvollzogen werden können.

4. Vignetten eines Langzeitbehandlungsfalls

Zum Hintergrund des Fallbeispiels

Ein fast 40-jähriger Patient stellte sich in meiner Praxis vor ca. 1 Jahr wegen einer depressiven Symptomatik mit Herzstillstandsphobie und Panikattacken auf dem Boden einer frühen Persönlichkeitsentwicklungsstörung mit existenziellem Geburtstrauma vor.

Er hatte zunächst klassische analytische Therapie vor Jahren bei einer Frau erlebt und grundsätzliche Zusammenhänge seiner gestörten Ursprungsfamilie verstanden – leider aber keine stabile seelische Entlastung und körperliche Gesundung seiner Panikattacken erlebt, weshalb er jetzt einen Körpertherapeuten aufsuchte.

In den anfänglichen Gesprächen zur Kontaktaufnahme kommt es alsbald zu einer akuten Panikattacke, die ich therapeutisch mit „annehmender Ruhe“ und Anleitung zu entspannender Atemtechnik gut begleiten kann, wodurch

der Patient zunehmend Vertrauen für weitere körpertherapeutische Übungen und Forschungen gewinnt.

Fallvignette 1

Der Patient kommt zur 25. Stunde und spürt bei einer Schwingungsresonanzübung mit Stäben (Modell: Mutter und Kind gehen aufeinander spielend ein) plötzlich aggressive Impulse in den Armen aufsteigen. Nach einer Aufforderung zur Körper-Objekt-Assoziation wählt der Patient den roten Klotz, der bei ihm als Vater-Übertragungsobjekt dient (vgl. Vogt, 2001), zum Schlagen aus. Danach entscheidet er sich nach von mir angebotenen Varianten zu seinem Ansinnen für eine Etappe, mit mir zusammen (jeweils ein *Bataca pro Person*) den roten Klotz zu schlagen, weil er sich zunächst allein gehemmt fühlt (vgl. oben Fallvignette 3).

Nach einigen Momenten gemeinsamen Schlagens entscheidet sich der Patient allein mit *beiden* *Batacas* weiterzuschlagen und findet endlich auch einen passenden Ton zu seiner Handlung.

Symboltheoretisches Fazit

Aus der teilweisen Erfüllung im Rahmen der o.g. Schwingungsübung steigen Aggressionen als Boten der frühen Entbehrung auf, die sich zunächst auf den damals gleichfalls versagenden Vater richten, der im roten Klotz aufgesucht wird. Der als besser antizipierte Therapievater wird zu unterstützenden Gleichklanghandlungen aufgefordert, welche zugleich Erlaubnis fördernd wirken, so dass der Patient Stimme und

Kraft (progressive Tendenzen) gewinnt, aggressive Gefühle mit und vor dem Therapeuten zu zeigen. Der Therapeut ist dabei Unterstützer, Begleiter und auch Ziel der Verhaltenssequenz.

Fallvignette 2

Derselbe Patient kommt zur 31. Stunde und meint, dass er im Vorfeld der Therapiestunde ständig Rückenstreckersymptome gespürt habe, welche ihm Angst machten, weshalb er jetzt auf einem Therapiemuttersack (vgl. Vogt, 2001) diese Körperstellung einrichten müsse.

Aus den vorherigen Körpertherapiestunden weiß ich bereits, dass der Patient in einer Art chronischer Parentifizierung lange Zeit die Lasten der Mutter übernommen hat und sich im vereinbarten Fokus der Therapie von dieser verstorbenen Mutter lösen will. In der Mehrdeutigkeit der Anfangssituation scheint es für mich zunächst einen Bruchteil einer Sekunde wie ein symbolisches Strecken eines Säuglings auf der Mutter, was der Ablösung dienen könnte. Nach einigen Sekunden wird aus der Streckbewegung ein immer stärkerer Überstreckerkrampf des ganzen – auf dem rumpfgroßen Sack liegenden – Körpers, der nach meinen bioenergetischen Erfahrungen die Abwehrhaltung einer Körperkatharsis sein könnte. Deshalb lade ich den Patienten nach einigen erfolglosen Versuchen *seines* (Widerstands-)Experimentes, welches beziehungsseitig nach meiner Auffassung immer „Vorfahrt“ hat, ein, das Gegenteil *seiner Idee* zu probieren, weil der Sack so in eine lastähnliche Position an den Rücken des sitzenden Patienten gebracht werden kann.

Aus dieser fokusorientierten Experimentalhaltung ergibt sich beim Patienten sofort ein heftiger Weinanfall mit „Nein“-Rufen.

Im Auswertungsgespräch nach einigen Minuten kann für den Patienten zweifelsfrei verifiziert werden, dass er im Augenblick des Spürens des Muttersackes im Schulter- und Rückenbereich unmittelbar das Bild seiner Mutter vor sich sah und sein großes Allein- und Überfordertsein als kleiner Junge spürte.

Symboltheoretisches Fazit

Durch das intuitive Vorgehen mit dem Muttersack erlebt der Patient zunächst eine Blockade, die wiederum mit Hilfe

des Therapeuten verstanden und prozessdienlich operationalisiert werden kann.

Im fokusorientierten Symboleinsatz als Last wird eine spontane Regressionsvertiefung katalysiert, die in der Kombination von Übergangs-Übertragungs-Objekt und Übertragungshandlung abrufbar war und im gemeinsamen intuitiven Interaktionsprozess entstand und symbolisch durch Weinen und Abschüteln bewältigt wurde.

Fallvignette 3

In einer weiteren Folgestunde Nr. 42 eröffnete dieser Patient die Idee, dass ich als Therapeut die bereitgelegte große Tonne nehmen solle und über seinen Körper von Brust bis Fußende rollen möge. Irgendetwas sei anders mit der Last, die er als beweglicher empfinde als zuvor den großen Sack.

Das Überrollen hatte für mich geteilt spielerischen wie ernsten Charakter. Die erste Gegenübertragung, die er bei mir auslöste, war: „Vati, mach doch mal, wie ich sage ...“; die zweite: „Ich prüfe dich, ob du so etwas fertig bringst.“ Als ich ihm diese Gegenübertragungen mitteilte, stutzte er und forderte mich auf, die Tonne mitten auf seinem Rumpf liegenzulassen, weil er in dieses Gefühl „hineinatmen“ wolle, was er des öfteren schon als nützliches Nachspüren erlebt habe.

Nach kürzerer Zeit weinte er dann und empfand sich wieder als kleiner Junge, der zunächst nur mit der Mutter spielen wollte, und dann wieder von ihr überrollt wurde, indem sie ihm *ihr Spiel* unmerklich aber stetig aufdrückte – nach dem Motto: „Guck mal, das macht doch noch mehr Spaß als deine Idee ...“.

Während dieses Erkenntnisprozesses bewegte sich der Patient folgerichtig spontan und warf dadurch die Tonne vom Rumpf herunter, weil er den Leidensweg endlich verlassen wollte.

Im analytischen Nachgespräch konnte der Patient gut integrieren, dass er wiederholt die Zuwendung der Mutter über masochistische Handlungen erreichte, was hier „belastende Interaktionen, die der Mutter gefielen“ hieß, weil er *nur dafür* wirklich gemocht wurde.

Im späteren Leben hatte er aber unbewusst auch in der Partnerschaft und im Beruf ähnliche Muster entwickelt und andere zu seiner Belastung regelrecht aufgefordert, was seine bisherige

rationale Leidensinterpretation völlig auf den Kopf stellte.

Symboltheoretisches Fazit

Die Tonne als weiteres Muttersymbol (vgl. Vogt, 2001a) erwies sich bei diesem Vorgehen für den Patienten als geeignet, die Kraft, Macht und den übergriffigen Beziehungsgestaltungsprozess dieser wichtigen Elternperson zu symbolisieren. Durch die *konkrete Last* im Atmen mit der Tonne auf der Brust konnte der Patient wiederum relativ schnell katalysiert regredieren und schließlich über Spontanbewegungen im bewussten Körperwahrnehmungsprozess nachträglich progredieren, wozu er das Übergangs-Übertragungs-Objekt aktiv benutzte. In diesem aktiven Selbsterfahrungsprozess hatte der Therapeut Handlanger- und Übertragungsfunktion, der sich der Patient bedienen konnte und die er auch verstehend analysierte und auflöste.

Fallvignette 4

In Stunde 76 wählte der Patient wiederum die Tonne als Muttersymbol aus, wobei er sie dieses Mal senkrecht stellte, seinen Oberkörper dagegen lehnte und die Arme auf dem Tonnenrand zu mir als Gegenüber ausstreckte. Der Patient bat mich darum, dass wir uns – die Arme auf dem Tonnenrand ausgestreckt – die Hände mit den Fingerspitzen vorsichtig entgegenstrecken sollten. Er wünschte sich eine feinfühlig Kontaktübung mit Berühren und wieder Lösen, wie in einem Neuerfahrungsexperiment. Während dieser Experimente weinte er immer wieder mit den Feststellungen: „Dazu war zu Hause nie Zeit“, „Ich konnte nie zum Ausdruck bringen, wieviel Berührung ich will“ u.ä.

Dann hängte er sich wiederholt an die Tonne wie ein Klammeräffchen oder schaukelte seinen Körper mit Brustberührung an der Tonne. Ganz wichtig war für ihn der Schluss der Übung, wo er bemerken konnte, dass er von diesen Berührungen nunmehr genug habe und sich jetzt trennen wolle. Er freute sich, dass er keine Schuldgefühle wie einst zu Hause empfinden musste, weil sein Impuls bestätigte, sich jetzt auch wieder in sein Leben verabschieden zu wollen. Die Finger wurden auf der Tonne wie im Kinderspiel mit lautem gemeinsamen Zählen: „1-2-3“ gelöst.

In der körpertherapeutisch-analytischen Auswertung konnte der Patient

sehr viele Beispiele anführen, wo wieder und wieder die Kommunikationsgrenzen des Kindes von der Mutter überannt wurden – als auch ihre Nichtverfügbarkeit für solcherart Erkundungskontaktexperimente bewusst gemacht werden.

Der Patient schilderte es als durch die Tonne besonders gut gelöst, dass er sich bei aller Scham an die Tonne wie an einen Leib hängen und schaukeln konnte – nachdem er sie vorher in Stunde 70 aggressiv beschimpft hatte. (Da hatte er „Ich bin nicht Schuld!“ wütend in die Tonne als Verbindungsrohr zum Muttergrab geschrien.)

Symboltheoretisches Fazit

Die Tonne erwies sich als verbindendes oder ersetzendes Mutterobjekt wieder als sehr geeignet.

Zum einen regte das „Kommunikationsrohr“ den Patienten an, spontan und kreativ seiner Mutter eine wichtige Botschaft „hinterherzusenden“ und Sequenzen später dasselbe Objekt als positives Ersatzobjekt zum Schaukeln und ruhigen Experimentieren zu verwenden, was mit einem „realen Therapeutenkörper“ wohl nicht in der ausführlichen Ruhe und konzentrierten Zeitlupe möglich gewesen wäre, zumindest *für den Patienten* nicht im Zeitrahmen von 76 Stunden.

Fallvignette 5

In einer Körpertherapiestunde Nr. 84 entstand für den Patienten die fast schon erwartete Bedürfnislage in das Geburtsei bzw. große Gebärmutterhöhle (vgl. Vogt, 2001e) zu krabbeln und mit einem Stück Seil als Nabelschnursymbol mit dem Therapeuten verbunden zu bleiben. Außerdem nahm er einen Stoffpinguin als zusätzliches Mutter-Übertragungsobjekt mit in das Ei und ließ sich embryonal zusammengekauert auf das erinnerbare oder assoziierbare Erspüren seiner Geburtsbilder ein.

Zum Teil sah er für sich echte Bilder von Gesichtern – ohne sie jedoch eindeutig zuordnen zu können, welches aber heftigen Weinschmerz auslöste. Infolge dessen er den Pinguin im hohen Bogen aus dem Ei warf. Danach kletterte er weinend aus der Gebärmutter und wollte sich auf der großen Riesenmatte (vgl. Vogt, 2001a) strecken, da er sich zu lange eingequetscht gefühlt hatte, was der früheren Tatsache entsprach, weil

die Geburt zu einem Atemstillstand geführt hatte und er eigentlich für tot gehalten wurde. Nur eine entschlossene und erfahrene Hebamme hatte ihn mit Heiß-Kalt-Duschen ins Leben zurückgeholt.

Bei dem Liegen auf der Matte konnte über eine angebotene Hand des Therapeuten am Brustbein des Patienten ein erschütternder Weinkrampf mit ohnmächtigen Rufen: „Die hatten mich schon aufgegeben!“ gelöst und über viele Minuten abgeführt werden.

In der analytischen Auswertung hat der Patient seine Reinszenierung so interpretiert, dass er mit dem Wegwerfen von Nabelschnur und Pinguin, die Wut gegenüber der Mutter über sein Geburtstrauma erstmals so gezeigt habe, dass er auch ihr Mitschuld am „zu langen Festhalten“ des Embryos gegeben habe; früher habe er immer nur Dankbarkeit geäußert.

Das Selbsttherauskommen aus dem Ei und die Katharsis durch die Hand des Therapeuten ist hypothetisch als zweite Geburt eingestuft worden; hier fand auch die Annahme seiner verdrängten existenziellen Ohnmacht statt.

Symboltheoretisches Fazit

Das Gebärmutterei konnte den Einstieg des Patienten in sein Geburtstrauma gut szenarisch symbolisieren.

Durch das Lösen von der mütterlichen „Seilnabelschnur“ und dem Übertragungsobjekt Pinguin wurde der Weg frei zur eigenen kathartischen Entladung des gestreckten – d.h. hier des überlebenden – Jungen auf der eigenen Bodenmatte (der Patient bezeichnete die Riesenmatte in vielen Stunden oft als „seine Matte“ – d.h. ein Symbol für sich selbst in der gesunden Teilwahrnehmung). Abschließend konnte die bedrohliche Geborgenheitserinnerung (Mutterei) gegen die zuverlässigere Geborgenheit durch das eigene Selbst (Matte) und den Therapeuten (Hand) „eingetauscht“ werden.

Fallvignette 6

Im Zeitrahmen der Stunden 80 bis 95 konstruiert der Patient eine Reihe von Sequenzen mit Plüschtieren als beseelten Übergangs-Übertragungs-Objekten. Es kristallisiert sich heraus, dass er sich als „kleinen neugierigen und ängstlichen Tiger“ sah, der seine Erkundungen machen wollte. Dem Therapeuten wurde

ein großer Braunbärteddy zugeordnet, der sein Spielgefährte und Begleiter sein sollte. Einmal tauschten sich beide über ihre Erlebnisse, Interessen, Kunststücke, Liebesspeisen u.ä. aus. Ein andermal fragten sie sich nach ihrer Vergangenheit oder ein drittes Mal vertrieben sie gemeinsam eine gefährliche Spinnenameise durch Schläge mit einem Ausklopfer.

Dabei wurde das gemeinsame Schlagen zuvor auf dem schlaffen, schwarzen Sack – als Muttersymbol – gemeinsam „vorbereitet“, wonach es später gemeinsam gegen die „konkrete Spinne“ zu Felde ging oder gehen konnte. Schließlich wurden der Vater als roter Klotz, die Mutter als schwarzer Sack und der Bruder als kleiner gelber Sack übereinander gelegt und lautstark verdroschen. Der Therapeut sollte den Patienten dabei – auf dessen Geheiß – mit einem um die Patientenbrust gebundenen Seil begleiten und haltend Anteil nehmen. Interessant dabei war, dass das Schaukelobjekt in Form der Tonne jetzt zum blauen Hängebeutel, der einem kugeligen Boxsack ähnelt, als Mutterersatz wanderte, weil der Patient hier noch besser schwingen konnte und auch dem Therapeuten noch näher sein konnte (Abstand ca. 40 cm, was ca. die Halbierung des Tonnenabstandes bedeutet).

Jetzt hielt der Patient beide Hände des Therapeuten aus eigenem Bedürfnis fest und konnte ihn auch relativ ruhig und lange anschauen, was vorher sehr mühsam und sehr schambesetzt gewesen war.

In den therapeutischen Auswertungsgesprächen konnte der Patient immer wieder feststellen, dass die verwendeten Medien ihm Angst nahmen, sich mit unbewusstem Verhalten zeigen zu können oder bewusste Reinszenierungen seiner emotional bewegenden Erinnerung an seine Kindheitsentwicklung darzustellen, wo sonst seine „bloßen Worte“ versagen würden.

Mit der integrierbaren Stufe der Annäherung an den Therapeuten veränderten sich dabei auch die Symbolisierungsgestalten. Hierzu gaben meist *gemeinsame* Aktivitäten zwischen Patient und Therapeut den Ausschlag.

Symboltheoretisches Fazit

Plüschtiere können als schon sehr konkrete Symbolisierungsmedien für Pati-

enten angesehen werden. Vielleicht sind aber auch gerade deshalb die großen und größeren Übergangs-Übertragungs-Objekte so gut für den Beginn einer Therapie geeignet, archaisch und unspezifisch konfliktrelevante Wahrnehmungs- und Verhaltensimpulse auszulösen?

Während der schwarze, schlaffe Sack zunächst wohl die nicht erreichbare, schwer fassbare Mutter symbolisieren konnte, ist es wohl später die großen Raum einnehmende gewaltige Tonne, an die sich der Junge klammerte; bis schließlich der größere Junge nur noch einen, seinem eigenen Körper entsprechenden blauen Sack in Assoziation zu seiner – möglicherweise *neuen* – Mutter (bzw. seinem eigenen mütterlichen Anteil) beseelt.

Durch die Übergangs-Übertragungs-Objekte kann man quasi diesen Weg der Beziehungsentwicklung im Sinne von Diagnostik und Wachstum mitverfolgen. Somit können die Plüschtierszenen als symbolisches Nachreifungszeichen gewertet werden.

Fallvignette 7

Stunde Nr. 97 beginnt der Patient damit, dass er sich auf „seine grüne Matte“ (als gewachsenes Symbol für seinen Platz in der Therapie) legt und weint. Er spricht dabei aus, dass er jetzt wirklich einen guten Papa wie den Therapeuten als Ersatz nehmen möchte, sich aber jetzt schon für die Bedürfnisse des Jungen schäme und sie gar nicht zeigen wolle.

Als ich mich in einem Abstand von ca. 2 m mit einem Kissen unter dem Kopf seitlich auch auf die Matte lege, weint der Patient weiter und sagt, dass er nicht wolle, dass jemand weggehe, den er gern habe und aber sogleich auch Schuldgefühle bei Zuwendung bekomme. Diese Gefühle lähmten ihn dann so schwer, dass er das Positive aus einem quasi „Selbstschutz“ zerstören – ja richtig kaputt machen – müsse, um sein Gleichgewicht halten zu können.

Ich habe als Therapeut durchweg positive Gegenübertragungsgefühle und keine Furcht vor Zerstörung. Ich äußere, dass ich solcherart Beieinanderliegen aus dem Kinderferienlager kenne, wo man sich stundenlang in einträchtiger Ruhe und ohne Druck Geschichten und Einfälle erzählen könne.

Der Patient erinnert, dass er solcherart Nähe nur zwischen seinem jüngeren

Bruder und seinem Vater beobachtet habe und jetzt irgendwie Angst vor homosexuellen Verschmelzungen aufsteigen spüre.

Ich bin mir nicht ganz sicher, ob ich diese Bemerkung als durch mich überschrittene Angstgrenze oder als Näheabwehr interpretieren soll. Als der Patient keinerlei Panik entwickelt und keine körperliche Spannung ausstrahlt, entschieße ich mich zu einem Experiment.

So mache ich daraufhin den Vorschlag, dass wir die Finger einer Hand vorsichtig aufeinander zulaufen lassen können – wie kleine Ameisen, die sich begrüßen oder interessiert angucken und erforschen. Der Patient äußert nach einigen Hin- und Zurückbewegungen der Hände, dass er diese Fingerbewegungen schön finde und ihm das Spiel zwischen Ankommen und Abschiednehmen richtigen Spaß mache.

Im beziehungsanalytischen Nachgespräch meint der Patient, dass er diese vorsichtige Nähe der Hände und Finger sehr genossen habe. Er wäre auch besonders froh darüber, dass der Therapeut nur mit dem Oberkörper und Kopf auf *seiner Matte* gelegen habe und der übrige Körper auf dem Fußboden verblieben sei, weil er dadurch sich nicht überrollt fühlen musste, wie früher in seiner Familie. Überhaupt genieße er zunehmend das Loslassen von Verbindungen, was er sonst nur wegen der Angst- oder Schuldgefühle vermeiden wollen.

Symboltheoretisches Fazit

Zur Anwendung gelangte die große Riesenmatte, die der Patient über die Sitzungen zunehmend als seine seelische Repräsentanz benutzen und lieben lernte; wie ich vermute als Zwischenschritt seiner nachwachsenden Identitätsbildung. Er konnte von dieser „sicheren, beseelten Matte“ aus wichtige Ängste und Schamgefühle äußern, die ihm im sitzenden Stuhlsetting bis dato nicht möglich waren. Das gleichzeitige Liegen des Therapeuten bedeutet eine Art mutuellem Regression des Therapeuten (nach Ferenczi, 1932) und bekundet ein empathisches Näheangebot für den Patienten (Oberkörper auf der Matte) wie auch ein respektvolles und erwachsenes Teil-ICH des Behandlers (restlicher Körper auf dem Fußboden).

Durch das mutuelle Einlassen auf eine gemeinsame Regressionsstufe un-

ter Wahrung von therapeutischen Rollendifferenzierungen konnte eine feinfühligere Neuerfahrung eingeleitet werden.

Fallvignette 8

Diese Art schwingende Babyexperimente füllen einige Stunden, wo immer wieder länger Scham- und quasi Schuldgefühle integriert werden müssen.

In Stunde 101 möchte der Patient kniend mit dem Therapeuten Seilziehen und immer weiter die Handabstände verkürzen, wobei er fortwährend leicht vor und zurück schaukelt. Danach möchte er mit einem Ball und schließlich im Austausch mit mir, mit einem Kissen spielen.

Das Kissen bekommt plötzlich für den Patienten eine andere Funktion, so dass es ihm als Schlaginstrument knallend imponiert. Sogleich schiebt er seine Familie als die bisher bekannten Übertragungsobjekte herbei: Den Vater – als großen roten Klotz, die Mutter – als schwarzer, schlaffer Sack und den Bruder – als gelben Wurfsack. Er schlägt dann auf jedes Objekt in einer unterscheidbaren Weise und findet die passende Tonlage seiner Stimme dazu; die Auseinandersetzung wirkt in der Abhandlung der Mutter am stärksten, dann mit dem Vater, dann mit dem Bruder. Danach äußert er, dass er bisher immer unter andauerndem Druck (vorrangig in der Brust) gestanden habe, der ihm „Leben wie eine Kontrolllampe signalisiert“ habe, und dass er jetzt den Druck nicht mehr brauche, um sich gut zu spüren. Er weint dabei erst heftig – dann leise.

Im therapeutischen Nachgespräch kann der Patient die Aktionen der Schwingungsspiele als kumulierendes Nachnähren einschätzen und immer besser genießen. Der Patient konnte mit der Stärkung aus den Schwingungsexperimenten neue Kraft zur Abgrenzung und zum individuellen Loslassen seiner Ursprungsfamilie schöpfen und kreativ in Handlung und Stimmung (Töne) umsetzen.

Symboltheoretisches Fazit

Wie in einigen Vorstunden wird durch den *gemeinsamen Gebrauch* eines Objektes (hier ist das Kissen gemeint) durch Patient und Therapeut – ein Objekt „neugierig eröffnet“ und dann impulsartig mit einer neuen Funktion versehen (hier vom Spiel- zum Schlaginstrument).

Bei der spielerischen und ernstesten Auseinandersetzung mit den Übergangs-Übertragungs-Objekten wird erstmals eine zweidimensionale differenzierte Beziehungsgestaltung entwickelt (Schlagform und Tonform), die die emotionale Nachreife fördert.

Fallvignette 9

In Stunde 113 hat es beim Patienten einen Wechsel in der Zuordnung der Übergangs-Übertragungs-Objekte gegeben, indem der schwarze schlaffe Sack nunmehr mit einer schwer fassbaren und schwachen Seite des Vaters in Verbindung gebracht wurde. Zunächst beschimpft er den Sack als „Memme und Flasche“ und schlägt auf ihn mit der Keule ein. Er erkannte, dass er vorher nie die Schwächen des Vaters richtig wahrgenommen habe und deshalb sich früher immer einschüchtern ließ. Nachdem der Patient schließlich den Vater auch gegen die „weiße Wand“ geworfen hatte, was symbolisch seine übergroße unspezifische Macht verkörperte, zog er den Vater abschließend in eine Raumecke, die er als Grab bezeichnete und weinte.

Danach saß er zufrieden und verheult auf seiner grünen Riesenmatte und freute sich immer auffälliger und ansteckender mit der Begründung, dass er jetzt den Therapeuten einmal wirklich nur als „er selbst und sonst nichts“ wahrnehmen und erkennen könne und er weder Projektionsphantasien noch irgendeinen Erwartungsdruck verspüre.

Im analytischen-körpertherapeutischen Nachgespräch konnte der Symbolwandel auch als Gemeinsamkeit zwischen Vater und Mutter verstanden werden, wo sie quasi in derselben Art und Weise den Sohn belastet und einschüchtern hatten; andererseits entsprach dieser Wechsel dem Abbau des Bildes des früheren Angstvaters, was natürlich in einem bestimmten Teil auch die Beziehung zum Therapeuten einschloss.

Symboltheoretisches Fazit

In den Schwingungsexperimenten fungieren die Kontaktobjekte austauschbar beziehungsstiftend. Interessant ist nach meiner Ansicht, wie aus einem Spielobjekt durch die gemeinsame Beseelung, was analytisch gesehen auch eine Erlaubnis oder Eröffnung durch den Therapievater sein könnte, ein

nützliches Schlaginstrument wird, was dann die zuvor begrifflich schon geprägten Familienangehörigen in die Auseinandersetzung bringt – als wäre es ein fortgesetztes Rollenspiel einer vorherigen Therapiestunde oder eine momentane, spontane Ableitung auf seine Lebenssituation als gewachsenes Kind.

Diese gewachsene emotionale Differenzierung, welche durch die beseelten Objekte erleichtert wird, trägt offensichtlich zum Abbau von Übertragungen schrittweise bei.

Fallvignette 10

Abschließend möchte ich einen Auszug aus der Stunde 115 vorstellen, in welcher der Patient zunächst mit der Keule das Vater- und Muttersymbol schlägt und beschimpft mit dem zentralen Satz: „Ich bin nicht für Euch verantwortlich!“ Dazu hat er ein Seil um die Brust geschlungen, was der Therapeut wie bei einem Taucher als Sicherheitsleine hält bzw. unterstützend halten soll.

Nach dem Abflauen der Welle steht er plötzlich ratlos und beschämt vor mir und sagt, dass er gerade eine böse Phantasie mir gegenüber habe, die ihn auffordere, mich gleichfalls mit der Keule zu peinigen. Während er dieses ausspricht, sind seine Augen und Oberkörperhaltung jedoch weich und offen wie bei einer atmosphärischen Umarmung. Als ich ihm meine Wahrnehmung als Doppelbotschaft zwischen verbalem und nonverbalem Ausdruck mitteile, löst diese in ihm ein „Aha-Erleben“ aus. Er kann sich sofort an eine Reihe ähnlicher Widersprüche beim Kontakt zu anderen Personen erinnern und erkennt, dass er offenbar Sehnsucht nach Körpernähe und Angst vor Verschlungenwerden und Verschlungenwollen mit zerstörerischen Wutphantasien in der Beziehung abwehre und so die Situation abwenden wolle. Er habe bisher aber noch keine Lösung für dieses Problem gefunden, was ihm erst durch die „Fingerexperimente“ (s.o.) so richtig bewusst geworden sei.

Er fühlte sich durch das Erkenntnis- und Verstandesein aufgelockert und ermutigt, jetzt einen Schritt weiterzugehen. Als Vorschlag entstand ein Setting, wo der Patient den blauen Schwungsack als Therapeuten definierte, an den er sich stellvertretend anuscheln wolle und den Therapeuten dazu fest an den Hän-

den halten und in die Augen schauen möchte (Abstand ca. 40 cm).

Die danach folgende Sequenz war für den Patienten wieder sehr bewegend mit Weinen, leichtem Summen und freudigem Lachen gemischt. Seine Hände waren kribbelnd warm und der Blick offen und gut beseelt.

Im analytischen Nachgespräch würdigte der Patient besonders, dass er endlich eine wichtige Ursache für seine mitunter plötzlichen Zerstörungsimpulse gefunden habe und diese jetzt als Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach unendlicher Berührung und Angst vor Verschmelzung verstanden habe. Erlösend sei auch das Erkenntnis durch den Therapeuten und die Hinführung zu stufenweiser Nähe durch die Objekte gewesen.

Symboltheoretisches Fazit

Durch die aktive Auseinandersetzung mit den Objekten kommt es im Patienten möglicherweise zu überschießenden Aggressionsphantasien auf den Therapeuten, die der Patient eventuell ohne Handlungsexperimente nicht, nicht so konkret oder später bekommen hätte.

Die nachfolgend verwendete Symbolik des blauen Schwungsackes als verfügbarer Therapeutenkörper gestattet dem Patienten hier eine relativ furchtarme und sofortige Umsetzung seines vollen Anschmiegegewunsches bei gleichzeitiger Wahrung von sichernder Distanz und Aufrechterhaltung der therapeutischen Übertragungsbeziehung, wobei hier konkreterweise vom Arbeiten in und an der Übertragungsbeziehung zur selben Zeit gesprochen werden könnte. Mit Hilfe des nahen Hand- und Blickkontaktes sind wesentliche reale Näheangebote in dem heilenden Übertragungsrahmen durch das „Heraushalten des ganzen Therapeutenkörpers“, aber auch begleitende Arbeiten an der Übertragung gegeben und möglicherweise verklärende Beziehungsverwischungen und Grenzüberschreitungen zwischen Patient und Therapeut vermieden worden. Damit kann auch der Rückkehr in die Progressionsrollen etwas besser Vorschub geleistet werden.

Das Objekt ist eingesetzt worden, um dem Patienten Stufen für seine autonome Annäherung zu bieten als auch um möglichst lange in „Zeitlupe“ mit dem Patienten das Übertragungsgeschehen durch emotionale Differenzierungs-

Übergangsmedien effektiv und bewusst bearbeiten zu können.

Nachtrag zum Therapieverlauf

Der Patient konnte im Rahmen seiner Gesamtbehandlung, wozu die o.g. Fallvignetten einen für ihn, nach eigenen Aussagen, wesentlichen Beitrag leisteten, eine Reihe von Erlebens- und Verhaltensänderungen beginnen und umsetzen. So sind die Herzphobie und die Panikattacken völlig abgeklungen. Seine Stimmung und Leistungsfähigkeit wuchsen mit seinem verbesserten Selbstverlehen und Selbstbewusstsein.

Er hat gelernt, sich aggressiver auseinanderzusetzen und sich besser abzugrenzen. So kann er jetzt seinen Studenten adäquate Leistungsanforderungen stellen und sie auch bei Verweigerungshaltungen effektiv konfrontieren, was er vorher nicht vermochte.

Mit seiner Frau führt er eine reifere Partnerschaft mit gesünderer Kommunikation, Individualität und Zielgerichtetheit. Beide sind soeben, in eine neue Wohnung mit mehr Lebensqualität und Komfort gezogen und seine Frau ist seit zwei Monaten schwanger (was beide sehr freut).

Von seinem Vater ließ sich der Patient in einigen Schlüsselsituationen, wie einseitig aufgedrängten Besuchen oder Beziehungsritualen zur familiären Unterordnung nicht mehr erpressen und benutzen. Bei einem Besuch quartierte er ihn im Hotel ein, um sich so besser abzugrenzen.

Resümee

Als Zusammenfassung der symboltheoretischen Aussagen zu den Fallvignetten lässt sich folgendes konstatieren:

Übergangs-Übertragungs-Objekte können regressive Prozesse katalysieren und fokussieren, nachdem sie vom Patienten auf seine individuelle Art beseelt und somit begrifflich integriert wurden.

Die Symbolisierungsmedien führen im günstigen Fall an den ungelösten Konfliktpunkt, an den unbearbeiteten Konflikt oder das nicht wahrgenommene Defizit usw. zurück und laden dabei zu spontanen Progressionen ein bzw. eröffnen sie den Raum – möglicherweise erstmals – mit Handlungen zu experimentieren, was einer positiven Verhaltensänderung oder -entwicklung vorausgehen kann.

In der therapeutischen Beziehungsgestaltung ermöglichen die o. g. Objekte eine angezielte Entlastung *und* Vertiefung der interaktionellen Beziehungsarbeit. Der Therapeut kann sich durch die Aufspaltung in Subjekt- und Objektanteile der Übertragung sowohl in als auch an dieser Beziehungsqualität vielfältiger und geschützter arbeiten. Mit dieser dinglichen Sicherung kann sich der Therapeut dann intensiver auf mutuelle analytische Regressionsprozesse besser einlassen und auch die notwendigen Progressionsprozesse experimentell beobachten, sich förderlich und abgegrenzt einbeziehen lassen oder mit schöpferischen Kräften beim Patienten anregend wirken.

Es muss nun über weitere Fallbeispiele untersucht werden, inwieweit solcherart Symbolisierungsprozesse allgemeingültigen Charakter besitzen oder welche störungsspezifische Gebrauchswerte bzw. der Medien bestehen bzw. auch welche Objekte für welche Therapeuten unterstützend zum Einsatz gelangen können.

Autor

Dr. Ralf Vogt, selbständiger Psychotherapeut in Deutschland (Bundesland Sachsen); Durchführung von Einzel- und Gruppenkörperpsychotherapien; abgeschlossene Ausbildung in: tiefenpsychologischer Therapie und Psychoanalyse (MIP), analytischer Körperpsychotherapie (DGAPT), Katathymem Bilderleben (MGKB), Familientherapie (NIK); seit 6 Jahren Arbeit mit dem Ansatz: Symbolisierungsmedien in der Körperpsychotherapie.

Literatur

- Bauriedl T (1994) Auch ohne Couch. Klett-Cotta, Stuttgart (3. Aufl 1999)
- Becker H (2001) Konzentrierte Bewegungstherapie – Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozess. Psycho-sozial-Verlag, Gießen
- Bettighofer S (1998) Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozeß. Kohlhammer, Stuttgart (2. Aufl 2000)
- Boadella D (1994) Befreite Lebensenergie – Einführung in die Biosynthese. Kösel, München
- Bocian B, Staemmler F-M (Hrsg) (2000) Gestalttherapie und Psychoanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Boyesen G (1987) Über den Körper die Seele heilen. Kösel, München

- Butollo W, Hagl M, Krüsmann, M (1999) Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung; Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Dietz M, Kreutzer E-M (1998) Verbindung Jung'scher Psychoanalyse und Tanztherapie. Unveröffentlichter Vortrag auf dem 1. Kongress der Dt. Gesellschaft für Körperpsychotherapie, Berlin, 1998
- Dornes M (1993) Der kompetente Säugling. Fischer, Frankfurt/M (8. Aufl 1998)
- Dornes M (2000) Affektspiegelung – zur symbol- und identitätsbildenden Funktion früher Interaktion. In: Streeck (Hrsg) Erinnern, Agieren und Inszenieren. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Downing G (1996) Körper und Wort in der Psychotherapie. Kösel, München
- Geißler P (1994) Psychoanalyse und bioenergetische Analyse im Spannungsfeld zwischen Abgrenzung und Integration. Peter Lang, Berlin
- Geißler P (Hrsg) (1998) Analytische Körperpsychotherapie in der Praxis. Pfeiffer, München
- Geuter U (1996) Körperbilder und Körper-techniken in der Psychotherapie. Psychotherapeut 41: 99–106
- Gräff Ch (1989) Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis. 2. überarb. Aufl. Hippokrates, Stuttgart
- Groddeck G (1966) Psychoanalytische Schriften zur Psychosomatik. Limes, Wiesbaden
- Gudat U (1997) Bioenergetische Analyse als ambulante Psychotherapie – Anwendungsbereiche und Wirkungen. Psychother Forum 5: 28–127
- Heisterkamp G (1993) Heilsame Berührungen. Pfeiffer, München
- Heisterkamp G (2000) Die leibliche Dimension in psychodynamischen Psychotherapien. In: Reimer C, Rieger U (Hrsg) (2000) Psychodynamische Psychotherapien. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Hüther G (1997) Biologie der Angst. Vandenhoeck, Göttingen
- Jung CG (1989) Theoretische Überlegungen zum Wesen des Psychischen. Ges. Werke, Bd 8. Walter, Olten Freiburg
- Jung CG (1996) Über die Archetypen des kollektiven Unbewußten. Ges. Werke, Bd 19. Walter, Olten Freiburg
- Jung CG (1997) Archetypen. 7. Aufl. dtv, München
- Keleman S (1990) Körperlicher Dialog in der therapeutischen Beziehung. Kösel, München
- Kohler Ch, Kiesel A (1972) Bewegungstherapie für funktionelle Störungen und Neurosen. Barth, Leipzig
- Krüger A (1998) Energie oder Beziehung. Forum der Bioenergetischen Analyse Heft 1
- Krüger A (2001) „Energie oder Beziehung“ – Zum multimodalen Verständnis von

- Energie und Beziehung und die psychotherapeutischen Konsequenzen für die Arbeit mit frühen Störungen. In: Maaz H-J, Krüger AH (Hrsg) *Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie*. Pabst, Lengerich
- Laplanche J, Pontalis JB (1991) *Das Vokabular der Psychoanalyse*. 10. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Lichtenberg JD (1991) *Psychoanalyse und Säuglingsforschung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Lowen A (1967) *The betrayal of the body*. Macmillan, New York
- Luborsky L (1999) *Einführung in die analytische Psychotherapie*. 3. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Maaz H-J, Hennig H, Fikentscher E (Hrsg) (1997) *Analytische Psychotherapie im multimodalen Ansatz*. Pabst, Lengerich
- Maaz H-J (2001) *Integration des Körpers in eine analytische Psychotherapie*. In: Maaz H-J, Krüger AH (Hrsg) *Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie*. Pabst, Lengerich
- Moreno JL (1946) *Psychodrama*. New York
- Moser T (1987) *Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe*. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Moser T, Pessa A (1998) *Strukturen des Unbewußten*. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Moser T (1996) *Der Erlöser der Mutter auf dem Weg zu sich selbst*. Suhrkamp, Frankfurt/M
- Perls FS (1976) *Grundlagen der Gestalttherapie*. Pfeiffer, München
- Pessa A (1986) *Dramaturgie des Unbewußten*. 2. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- Peters UH (1988) *Psychiatrie und Medizinische Psychologie von A bis Z*. 3. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München
- Petzold H (1988) *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Bd I u II. Junfermann, Paderborn (3. Aufl 1996)
- Pfannschmidt H (1998) *Der „Gebrauch der Lüste“ in der Analysestunde*. *Forum Psychoanalyse* 14: 364–384
- Pohlen M, Bautz-Holzmann M (1995) *Psychoanalyse – das Ende einer Deutungsmacht*. Rowohlt, Reinbek
- Reich W (1933) *Charakteranalyse*. Selbstverlag, Wien
- Satir V (1973) *Familienbehandlung – Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie*, 8. Aufl. Lambertus, Freiburg i.B.
- Schellenbaum P (1998) *Träum dich wach; Lebensimpulse aus der Traumwelt*. dtv, München (2. Aufl 2000)
- Sollmann U (Hrsg) (1984) *Bioenergetische Analyse*. Synthesis-Verlag, Essen
- Stern DN (1991) *Tagebuch eines Babys*. Piper, München (8. Aufl 2000)
- Traue H (1998) *Emotion und Gesundheit*. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg
- Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) (1996) *Bewegte Augenblicke im Leben eines Säuglings – und welche therapeutischen Konsequenzen? Richter, Köln*
- Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) (1998) *Bewegung ins Unbewußte*. Brandes und Aspel, Frankfurt/M
- Vogt R (2001a) *Analytische multimodale Körperpsychotherapie mit Übergangs-Übertragungs-Objekten als Symbolisierungsmedien*. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B (Hrsg) *Bewegung und Bedeutung*. C. Richter, Köln
- Vogt R (2001b) *Zum Einsatz und zur Konstruktion von Übergangs-Übertragungs-Objekten als Symbolisierungsmedien in der analytisch-multimodalen Körperpsychotherapie*. In: Maaz H-J, Krüger A (Hrsg) *Integration des Körpers in die analytische Psychotherapie*. Pabst, Lengerich
- Vogt R (2001c) *Zur körpertherapeutischen Regressionsförderung mit Übergangs-Übertragungs-Objekten*. *Zeitschrift Forum der Bioenergetische Analyse*, Heft 1
- Vogt R (2001d) *Übergangs-Übertragungs-Objekte in der multimodalen analytischen Körperpsychotherapie*. In: Bahrke U, Rosendahl W (2001) *Psychotraumatologie und Katathymimaginative Psychotherapie*. Pabst, Lengerich
- Vogt R (2002) *Wie aus einem analytischen Spielrahmen durch Übergangs-Übertragungs-Objekte ernsthaft beseelte Therapieräume werden*. In: Trautmann-Voigt S, Voigt B. *Analytische Spielräume (Arbeitsstil des Sammelbandes zum 4. Bonner Symposium f. Körpertherapie, Bonn, 2002) (in Vorbereitung)*
- Ware R (2000) *Die Befreiung des Eros im Spielraum der Therapie*. Unveröffentl. Vortrag auf dem II. Wiener Symposium „Psychoanalyse und Körper“, Wien
- von Wyl A (2000) *Erzählen und Inszenieren – zur narrativen Konfliktdarstellung von Patientinnen mit EBstörungen*. In: Streek (Hrsg) *Erinnern, Agieren und Inszenieren*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Winnicott D (1974) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Kindler, München