



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter  
[www.klett-cotta.de/schattauer](http://www.klett-cotta.de/schattauer)

von Arnim | Lahmann | Johnen (Hrsg.)

# Subjektive Anatomie

Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie

3., aktualisierte Auflage

Mit Originaltexten von Thure v. Uexküll und Marianne Fuchs

Mit einem Geleitwort von Wulf Bertram

## Mit Beiträgen von

Angela von Arnim

Rolf Johnen

Peter Cluß

Claas Lahmann

Marianne Fuchs †

Liselotte Löhlein †

Barbara Hickmann †

Hans Müller-Braunschweig †

Barbara Hahn

Wolfram Schüffel

Horst Haltenhof

Thure von Uexküll †

Gabriele Janz

Teodora Woelk

**Dr. med. Angela von Arnim**  
Viktoria-Luise-Platz 8,  
10777 Berlin-Schöneberg  
arnim.angela@web.de

**Prof. Dr. med. Claas Lahmann**  
Hauptstr. 8, 79104 Freiburg  
claas.lahmann@uniklinik-freiburg.de

**Dr. med. Rolf Johnen**  
Eduard-Conz-Str. 20/1, 75365 Calw  
rolf.johnen@gmail.com

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissenstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.  
In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Waren Namen handelt.

Schattauer  
[www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

© 2022 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart  
Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart  
unter Verwendung einer Abbildung von © iStock / MarsBars  
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell  
Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck  
Lektorat: Marion Drachsel  
Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani  
ISBN 978-3-608-40066-3  
E-Book ISBN 978-3-608-11660-1  
PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20530-5

3. Auflage, 2022

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Die Einführung des Subjekts in die Anatomie

## Zum Geleit

Lehrbücher und Atlanten der Anatomie waren seit jeher ein besonderes Programmsegment des Schattauer Verlages. Da gibt es die nahezu legendären Werke des inzwischen 100-jährigen Erlanger Anatomieprofessors Johannes Rohen und seiner engsten Mitarbeiterin Elke Lütjen-Drecoll und den brillanten fotografischen Atlas, den beide unter Mitarbeit des japanischen Anatomen Chihiro Yokochi herausgegeben haben. Er zeigt den menschlichen Körper so, wie er den Studierenden, den Ärztinnen und Ärzten in Präpariersaal und bei chirurgischen Interventionen erscheint. Ohne die schön blau gemalten Venen und roten Arterien wie in herkömmlichen Atlanten, sondern in den naturgetreuen, eher wenig variierenden Farbtönen, die wir im Körperinneren vorfinden, wenn wir es mit dem Skalpell eröffnen. Das erfordert eine schärfere Wahrnehmung der natürlichen anatomischen Strukturen und kann so besser auf die Arbeit im Präpariersaal oder im OP vorbereiten.

Als Referenz-Verlag für Anatomie war der Verlag also sehr aufgeschlossen, als er 1994 das Angebot bekam, ein weiteres Lehrbuch zu verlegen, das die Anatomie im Titel führte. Für Überraschung und Befremden sorgte allerdings bei näherem Hinsehen das Attribut dieses Titels: Subjektive Anatomie? War das nicht ein Oxymoron, ein Widerspruch in sich? Gibt es denn etwas Objektiveres als die Anatomie, die keine Interpretation ihres Gegenstandes, sondern nur eine scharfe Wahrnehmung und die umfassende Aneignung der Strukturen verlangt, mit denen sie sich wissenschaftlich und handwerklich beschäftigt?

Es gab Stimmen, die von der Publikation eines solchen Buches vehement abrieten, weil es sich nicht verkaufen lassen würde. Der Titel würde nur verwirren, könnte als Unsinn angesehen werden und als ein somit scheinbar exotisches Buch dem Ruf eines Verlages, der sich einen Namen mit der »objektiven Anatomie« gemacht hatte, eventuell sogar schaden. Es waren die Namen zweier herausragender Persönlichkeiten in der Medizin und der körperorientierten Therapie unter den Herausgeberinnen und Herausgebern, die dann den Ausschlag gaben, dieses Buch doch zu verlegen: Marianne Fuchs, welche die Funktionelle Entspannung entwickelt hatte, und Thure von Uexküll, dem Nestor der psychosomatischen Medizin in den deutschsprachigen Ländern.

Die Unkenrufe erwiesen sich als gegenstandslos. Das Buch erweckte innerhalb von kurzer Zeit so viel Aufmerksamkeit und fand so viele Interessierte, dass bereits drei Jahre später eine neue Auflage erscheinen konnte.

Wie erklärt sich der Erfolg dieses Buches? Die zunehmende Spezialisierung in der Medizin, das Florieren medizinischer Hightech-Verfahren und die rasanten Einführungen neuer pharmakologischer Präparate führten zu zweifellos segensreichen Entwicklungen in der Heilkunde, aber auch zu einem zunehmenden mechanistischen

Verständnis der Medizin mit ihrem Maschinenmodell, dessen Wurzeln schon auf Descartes zurückgehen. Der französische Philosoph sah bekanntlich keinen Unterschied zwischen einer schlecht gemachten Uhr und einem kranken Menschen (Descartes 1662) und bahnte den Dualismus von einer »Medizin für kranke Körper ohne Seelen und einer anderen für leidende Seelen ohne Körper«, wie Thure von Uexküll es plakativ formuliert hat. In dialektische Weise rief die Deutungshoheit der mechanistischen Medizin allerdings auch eine Reihe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in Medizin und Geisteswissenschaften auf den Plan, welche der Überzeugung waren, dass diese Spaltung nicht der menschlichen Natur in Gesundheit und Krankheit entspreche.

Dem Körper begegnen die Studierenden der Medizin im Präpariersaal zum ersten Mal als lebloses Objekt. Dadurch wird ein medizinisches Verständnis induziert, in dem die Ärztin oder der Arzt als handelndes Subjekt erscheinen, die Patientin oder der Patient als zu behandelnder Gegenstand. Angesichts dieser einseitigen ärztlichen Sozialisation forderte schon während der 40er-Jahre des 20.Jahrhunderts der Neurologe und spätere Lehrstuhlinhaber für Psychosomatik an der Universität Heidelberg, Viktor von Weizsäcker, die »Einführung des Subjekts« in die Medizin. Das bedeutet, den kranken Menschen nicht als Objekt der ärztlichen Tätigkeit anzusehen, sondern als Subjekt anzuerkennen, das in einer wechselseitigen Beziehung zu den Handelnden steht.

Dieses Buch liefert nun also eine Einführung des Subjekts in die Anatomie. Seine erste Auflage wurde von einer Gruppe von 13 »Neugierigen« verfasst, wie sie sich selbst bezeichneten: Autorinnen und Autoren, die aus verschiedenen Bereichen der Medizin kamen. Mithilfe der von Marianne Fuchs in enger Zusammenarbeit mit Viktor von Weizsäcker entwickelten »Funktionellen Entspannung« versuchte die Gruppe, eine Begegnung mit dem eigenen Körper zu erreichen, die eigene Körper-Erfahrung zu schärfen und gleichzeitig eine Sprache zu finden, die diese Erfahrung auszudrücken in der Lage ist.

Ich behaupte, dass das bewusste Erleben des eigenen Körpers, seine sinnliche Erfahrung und das Erspüren seiner Funktionen entscheidende Voraussetzungen für eine wahre Begegnung mit dem Körper des Anderen als Patientin oder Patient sind. Je tiefer diese Erkenntnis ist, desto besser kann es gelingen, sich in die Wahrnehmung der Empfindungen eines anderen Menschen einzufühlen, den Bezug zu dessen Schmerzen, Missemmpfindungen, Einschränkungen, dysfunktionalen oder heilsamen Emotionen zu finden. In einem zweiten Schritt ist der Erwerb einer treffenden Sprache für die wahrgenommenen Empfindungen bei sich selbst und anderen zu fördern, um eine Kommunikation über diese Befindlichkeit zu ermöglichen. Insofern wäre es ein großer Gewinn, wenn die »Subjektive Anatomie« ihren Platz neben den Lehrbüchern der »objektiven« Medizin finden würde. Anders als die Initiation der Studierenden über die Konfrontation mit dem leblosen, formalingetränkten und wächsernen Leichnam im Präpariersaal könnte so eine Resonanz zwischen Untersuchenden und Untersuchten, Behandelnden und Behandelten entstehen, die eine entscheidende Voraussetzung für eine adäquate Diagnostik und Therapie ist.

Ein Gastroenterologe, der mit den Jahren große Erfahrung und Routine in dem scheinbar primär technisch orientierten Vorgehen der Endoskopie erworben hatte, sagte mir einmal, dass seine endoskopischen Befunde umso aussagekräftiger seien, je besser er vor der Untersuchung im Gespräch einen Zugang zum Patienten und dessen Befindlichkeit und Erleben gefunden hätte.

Thure von Uexküll und Marianne Fuchs, die *primi inter pares* des Autorenteams der ersten beiden Auflagen, wurden beide 1908 geboren, Uexküll verstarb 2004 im Alter von 96 Jahren, Marianne Fuchs wurde 101 Jahre alt und verstarb 2010. 1997 war die zweite Auflage der »Subjektiven Anatomie« erschienen. Es mag an dem Verlust der »Eltern« der Gruppe gelegen haben, die die Familie der Autorinnen und Autoren zusammengehalten hatten, dass danach bis heute keine weitere Auflage erschien. Umso mehr ist es Angela von Arnim und Rolf Johnen als Mitautorin und -autor der ersten Stunde zu danken, dass sie sich jetzt, fast ein Vierteljahrhundert nach Erscheinen der zweiten Auflage und nachdem das Buch lange vergriffen war, der dritten Auflage angenommen haben. Als Koherausgeber konnten sie Claas Lahmann, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Freiburg, gewinnen, der, nach Lebensjahren gerechnet, ein Enkel von Thure von Uexküll und Marianne Fuchs sein könnte und sich als einem seiner Schwerpunkte in Forschung und Praxis besonders der Körperpsychotherapie und dem Embodiment gewidmet hat. Auf diese Weise wird eine Brücke zu den Pionieren der Körperwahrnehmung um Uexküll und Fuchs geschlagen und eine Verbindung zu den mittlerweile reichhaltigen Ergebnissen der einschlägigen aktuellen Forschung in Medizin, Psychologie und Neurowissenschaften geknüpft.

Der Titel des Buches, »Subjektive Anatomie«, wird vermutlich auch heute noch zunächst als Oxymoron angesehen werden und irritieren können. Gut so, wenn die kognitive Dissonanz den Wunsch und die Neugier erweckt, zu erfahren, was dahintersteckt. Es lohnt sich.

Hornberg im Schwarzwald, im Januar 2022

Wulf Bertram

## **Vorwort zur dritten Auflage**

Im Jahr 1994 erschien im Schattauer Verlag die Erstauflage der »Subjektiven Anatomie«. Herausgeber waren Thure von Uexküll, Marianne Fuchs, Hans Müller-Braunschweig und Rolf Johnen. Der Titel war als Provokation gemeint und wurde auch als provokant wahrgenommen, weil er sich entschieden gegen die »objektive Anatomie« der Schulmedizin richtete.

Das seit Längerem vergriffene Buch entstand in einem siebenjährigen Gruppenprozess (1987–1994) von 13 Psychosomatikern und Körperpsychotherapeuten aus dem Bereich der Funktionellen Entspannung und der Konzentrativen Bewegungstherapie. Diese Gruppe suchte auf der Grundlage eines gemeinsamen Körperwahrnehmungsprozesses (bei dem es in »Selbstversuchen« darum ging, Körpererfahrungen sprachlich zum Ausdruck zu bringen) nach theoretischen Modellen, um zu verstehen, wie die Einbeziehung des Körpers und der Körperwahrnehmung in die Psychotherapie sowie in ärztliches Handeln Heilungsprozesse unterstützen kann.

Im Gruppenprozess erarbeiteten die Beteiligten ihre eigene subjektive Anatomie mithilfe der Methode der Funktionellen Entspannung nach Marianne Fuchs, was besonders anregend und fruchtbar war, weil Marianne Fuchs auch an dem Gruppenprozess teilnahm. Die Funktionelle Entspannung ist eine tiefenpsychologisch fundierte und wahrnehmungsorientierte Körperpsychotherapiemethode, die einen erlebnishaften Zugang zur eigenen subjektiven Anatomie ermöglicht und besondere therapeutische Möglichkeiten für die Behandlung von Patienten mit Entwicklungstraumatisierungen aufweist. Um zu einem umfassenderen Verständnis des auf diese Weise erlebten Körpers zu kommen, griff die Gruppe auf weitere theoretische Modelle zurück, insbesondere auf die Systemtheorie, die Theorie der autopoietischen Systeme, den Konstruktivismus, die Entwicklungspsychologie, die empirische Säuglings- und Pränatalforschung sowie die Biosemiotik.

Die Beschäftigung mit der eigenen subjektiven Anatomie, dem erlebten eigenen Körper, hat in unserer gegenwärtigen Lebenssituation, die in besonderer Weise durch die Covid-19-Pandemie geprägt ist, eine bedeutsame Aktualisierung erfahren. In der gesellschaftlichen Debatte, die um die Möglichkeiten der Bewältigung dieser Bedrohung und deren Folgen geführt wird, geht es direkt oder indirekt immer auch um den Umgang mit dem Körper: Was macht das »social distancing« mit uns? Was bewirken die in Zeiten des Lockdowns fehlenden Kontakte und guten Berührungen mit den Beziehungen zu uns wichtigen Menschen? Wie können wir in derart schwierigen Zeiten Lebendigkeit und einen »inneren Kompass« spüren? Wo finden wir »inneren Halt«, um mit einer uns eigenen »inneren Sicherheit« gut zu überleben? Wie können wir uns, falls die Grenzen unserer Belastbarkeit erreicht sind, wirksam schützen und wieder regulieren? Und wie geht es uns mit diesen Themen als Therapeuten in unseren Psychotherapien?

In der körperbezogenen Therapie mit der Methode der Funktionellen Entspannung geht es primär um Selbstwahrnehmung, Selbstregulation, Halt, Grenzen und Rhythmen der Lebendigkeit. Diese Methode legt den größten Wert auf einen vorsichtigen, feinspürig erkundenden, eher spielerischen Umgang mit dem eigenen Körper, weil dieser besondere Umgang auch zum Gefühl eines »inneren Kompasses« im Sinne einer verbesserten Selbstfürsorge verhelfen kann.

Die in der Nachkriegszeit an der Psychosomatischen Klinik der Universität Heidelberg von Marianne Fuchs in enger Kooperation mit Viktor von Weizsäcker entwickelte »Funktionelle Entspannung« verwendet behutsame, eher kleinschrittige Körperwahrnehmungsangebote – verbunden mit der Wiederentdeckung von im Körper enthaltenen Ressourcen. Aus der »verkörperten« Selbstwahrnehmung sowie dem Bemerkern und Zulassen von körpereigenen Rhythmen kann sich ein funktionell bedeutsamer, d.h. auf Regulierung der Körperfunktionen bezogener Entspannungsvorgang entwickeln.

Durch eine Art »propriozeptiven<sup>1</sup> und affektiven Körper-Dialog mit sich selbst und mit dem Anderen, ebenso durch die Umsetzung des Erlebten in Sprache, werden immer auch biografische Aspekte der »Einverleibung« der eigenen Körper- und Gefühls-Geschichte Inhalt dieses Selbsterfahrungsangebotes sein. Auf dem Boden einer Verbesserung der körperlichen Selbstberuhigungs- und Emotionsregulierungs-kompetenz wird außerdem das Bemerkern körperlicher Resonanzphänomene in der Begegnung gefördert. Auf der leiblichen Ebene spüre ich eine stärkere Verbindung zu mir selbst und mit dem Anderen, was Merleau-Ponty bereits 1945 als »Zwischenleiblichkeit« beschrieb (Merleau-Ponty 1945 [1976]).

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt zeichnet sich deutlich ab, dass die Zukunft schon begonnen hat. Deshalb müssen wir uns neue Fragen stellen, z.B.: Wie verändert sich unser Körpererleben in durch eine Pandemie geprägten Zeiten und welche Neuentdeckungen machen wir? Was bedeutet das für unser Selbstempfinden und im beruflichen Bereich für unser psychotherapeutisches und ärztliches Handeln?

Insbesondere wird für viele Menschen die Notwendigkeit, online zu kommunizieren, auch nach Ende der Pandemie fortbestehen. Die anfangs recht neuen Möglichkeiten von »Homeoffice« und sogar von »Onlinetherapien« werden weiter an Bedeutung gewinnen.

Hier zeichnen sich schon jetzt spannende Fragen ab: Kann es wirksame (Körper-) Psychotherapie online geben? Können wir körperliche Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene auch online bemerkern und in die Therapie einbeziehen? Was ist anders bei Telefontherapie als bei Onlinetherapie, d.h. welche Phänomene bei der Fokussierung auf den auditiven vs. visuellen Sinneskanal treten auf und was beobachten wir? Wie geht es uns dabei und was brauchen wir, um uns angesichts des Umgangs mit den neuen Techniken, wie z.B. Videokonferenzen, sicher und lebendig zu

---

1 »Propriozeptiv« ist abgeleitet von »Propriozeption«, was so viel bedeutet wie »den eigenen Körper in Besitz nehmen« (→Glossar).

## 10 Vorwort zur dritten Auflage

fühlen? Diese Fragen, die auch intensiv beforscht werden, könnten den Titel erhalten: »Subjektive Anatomie in einer veränderten Umwelt – die Zukunft hat schon begonnen«.

Der ehemalige Geschäftsführer des Schattauer Verlages, Wulf Bertram, hatte vor einigen Jahren den Vorschlag gemacht, das Pionierwerk »Subjektive Anatomie« in überarbeiteter Form neu herauszugeben. 28 Jahre nach dem Erscheinen der Erstaufgabe ist das kein einfaches Unterfangen, da in dieser Zeit auf dem Gebiet der Forschungs- und Publikationsaktivitäten zu den Themen »Körper«, »Körperwahrnehmung«, »Embodiment<sup>2</sup>«, »Körperpsychotherapie« und »Einbeziehung des Körpers in verbale Psychotherapien« viel passiert ist. »Der Körper« ist heute auch im großen Bereich der nicht direkt körperpsychotherapeutisch orientierten Psychotherapien »in aller Munde«.

Wir, d.h. die Autorinnen und Autoren der beiden ersten Auflagen dieses Werkes, die heute noch leben und beruflich aktiv sind, haben deshalb diese Auflagen noch einmal gründlich durchgesehen.

Wir würdigen an dieser Stelle besonders die Bedeutung der Beiträge der inzwischen verstorbenen Erstautoren Marianne Fuchs, Lieselotte Löhlein, Hans Müller-Braunschweig und Thure von Uexküll.

Dabei sind wir zu der Überzeugung gekommen, dass der überwiegende Teil der Texte, die wir innerhalb der siebenjährigen Entstehungszeit des Buches von 1987 bis 1994 geschrieben haben, noch heute erstaunlich aktuell ist.

Deshalb haben wir uns entschlossen, den Text der Erstaufgaben so weit wie möglich unverändert zu lassen und den einzelnen Kapiteln lediglich kurze erklärende Einleitungen und in Einzelfällen auch Kommentare, jeweils von 2021 und 2022, hinzuzufügen. Der notwendigen Aktualisierung und Ergänzung der ursprünglichen Texte tragen wir auch in den hinzugefügten Kapiteln Rechnung. Dies gilt gleichfalls für einige Stichworte des Glossars. Zusätzlich haben wir für die interessierten Leser eine Liste mit aktueller und weiterführender Literatur beigelegt.

**Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir im Text überwiegend die männliche Form gewählt. Selbstverständlich beziehen sich die Angaben jeweils auf alle Geschlechter.**

Mit Sicherheit trifft die Einschätzung Wulf Bertrams sowie vieler Fachkollegen zu, dass die »Subjektive Anatomie« einer Art Pionierwerk ist und dass es sich auch heute noch lohnt, darin zu lesen, um auf diese Weise immer wieder einmal »zu den Wurzeln zurückzugehen«. Nun haben wir Sie hoffentlich neugierig gemacht. Wir wünschen Ihnen beim Lesen viel Freude.

Berlin, Freiburg, Calw im Winter 2021/2022

Angela von Arnim, Claas Lahmann, Rolf Johnen

---

<sup>2</sup> Embodiment ist ein neuer Begriff der Kognitionswissenschaften. Er baut darauf auf, dass Bewusstsein immer einen Körper voraussetzt.

## **Vorwort zur zweiten Auflage**

Das Buch hat rasch eine interessierte Leserschaft gefunden, sodass bereits nach zwei Jahren eine zweite Auflage erforderlich wird. Neben Psychotherapeuten der verschiedensten Schulen ist ein zunehmendes Interesse an der subjektiven Anatomie bei Ärzten festzustellen, die mit dem »Maschinenmodell vom Menschen« der naturwissenschaftlichen Medizin nicht zufrieden sind.

Aufgrund des kurzen Zeitabstandes zwischen den beiden Auflagen konnte die zweite Auflage gegenüber der ersten bis auf wenige Korrekturen und Ergänzungen unverändert gelassen werden.

Frühjahr 1997

Thure von Uexküll  
Marianne Fuchs  
Hans Müller-Braunschweig  
Rolf Johnen

## Vorwort zur ersten Auflage

Die **Geschichte dieses Buches** ist die Geschichte einer Gruppe von Neugierigen. Ein Teil der Gruppe sind Ärzte; sie fühlten sich in ihrer täglichen Arbeit mit kranken Menschen von einem ungelösten Problem bedrängt: Weder die somatische noch die psychologische Medizin konnte ihnen sagen, was der Körper ist – der Körper, der sich wohl oder krank fühlt, mit dessen Leiden sie ständig konfrontiert sind. Den anderen Teil der Gruppe bilden »Körper-Psychotherapeuten«. Sie wollten wissen, warum die Sprache, die sie erfinden mussten, um die Phänomene dieses Körpers zu beschreiben, eine Art Geheimsprache blieb, die kaum jemand außer ihnen selbst versteht.

Die Begegnung dieser Neugierigen mit ihren gewissermaßen »komplementären« Interessen war, wie Marianne Fuchs im Juni 1993 in einem Brief an Thure von Uexküll geschrieben hat, »ein glücklicher Zufall«: Im März 1986 entstand in Schömberg im Rahmen einer Tagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), zu der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft für Funktionelle Entspannung (AFE) als Referenten eingeladen waren, der Plan, Körper-Selbsterfahrung mit dem Ringen um eine Sprache zu verbinden, die dem, was jeder bei sich selbst erfährt, dem »Selbsterfahrenen« also, Namen geben sollte, die auch von Außenstehenden verstanden werden. Schon ein halbes Jahr später – im Rahmen der 25. Arbeitstagung des DKPM im November 1986 – traf sich auf Einladung von W. Schüffel in Marburg eine Gruppe von Neugierigen, um diese Idee zu verwirklichen. Das Projekt entwickelte sich zu einem spannenden Abenteuer, das die Interessierten zu Mitgliedern einer Gruppe werden ließ, die sich sieben Jahre lang, in jedem Jahr drei- bis viermal für mehrere Tage, traf.

Für die Ärzte dieser Gruppe brachte die Erfahrung des eigenen Körpers eine Überraschung: Sie entdeckten, dass sie ein unbekanntes Land betreten hatten. Das war nicht der Kontinent der somatischen Medizin, auf dem sie sich auskannten. Das war auch nicht der Kontinent der psychologischen Medizin, zu dem die psychotherapeutisch Erfahrenen Zugang hatten und dessen Verbindung zu dem Kontinent der somatischen Medizin seit jeher ungelöste Rätsel aufgibt. In dem Land des eigenen Körpers lernten sie Empfindungen kennen und Räume entdecken, die sie nie beachtet und nie betreten hatten. Sie lernten die Weite einer geheimnisvollen Landschaft mit unbekannten Grenzen spüren.

Handelte es sich bei dieser Landschaft um einen neuen Kontinent zwischen den bekannten Kontinenten der somatischen und der psychologischen Medizin oder um das Grenzland zwischen beiden? Das war eine spannende Frage. Zwei Beobachtungen sprechen dafür, das letztere anzunehmen:

1. Die Grenze zwischen dem Körper der somatischen Medizin, der unserem Erleben verschlossen ist, und unserem erlebten Körper ist durchlässig: In unserem erlebten Körper werden die wechselnden Spannungen des vegetativen Nervensystems als Erfahrungen eines Rhythmus spürbar, und »sprachlose Zwiegespräche« zwischen

Zellen, Geweben und Organen werden in Gefühle umgesetzt, in denen sich der Körper »zu eigen nimmt« und als psychisch erlebtes »Körper-Selbst« erzeugt und bestätigt.

2. Die Grenze zwischen dem Land des erlebten Körpers und dem Kontinent der psychologischen Medizin erweist sich als permanentes Transformations- oder Übersetzungsunternehmen: Gespürte und gefühlte Empfindungen drängen nach Namen und Begriffen, die sie mit dem Kontinent der psychologischen Medizin verbinden.

Im Verlauf ihrer Erkundung von Grenzen zwischen Körper-Selbsterfahrung und den Kontinenten der somatischen bzw. psychologischen Medizin stieß die Gruppe immer wieder auf das Problem der Sprache. Als ein Beispiel für diese Begegnung kann das Protokoll einer Arbeitstagung im November 1989 dienen:

»Die Einigung auf die Definition: ›Funktionelle Entspannung (FE) ist kontrollierte Fokussierung auf Körper-Erspürnisse‹ konfrontierte uns wieder mit dem Sprachproblem der Beziehung zwischen dem bezeichnenden Wort und der bezeichneten Körpersensation (Körper-Erspürnis). Diese Beziehung muss als eine Zeichenbeziehung bzw. semiotische Beziehung verstanden werden. Damit werden zwei Punkte deutlich:

1. Die Worte, die in der FE gefunden werden müssen, sollen Körper-Erspürnisse bezeichnen. Sie sind mit diesen ebenso wenig identisch wie das Wort ›Baum‹ mit dem gemeinten Baum (z. B. im Garten). Das Wort Baum ›bezeichnet‹ den Baum im Garten, wie die gesuchten Worte das im Körper Gespürte bezeichnen sollen. Anders formuliert: Die Worte sollen die gespürten Phänomene nicht repräsentieren, sondern bezeichnen (Worte wie ›oberes‹ und ›unteres Kreuz‹, ›Öffnung‹ usw. sind nicht identisch mit dem, was wir als Kreuz oder Öffnung etc. spüren).
2. Die Stimmigkeit der Bezeichnung ruft, wenn sie gefunden wird, eine Befreiung, ja eine Art Glücksgefühl hervor. Ein Mitglied der Gruppe schilderte, wie das Finden einer (für ihn) stimmigen Bezeichnung (›Drehtür‹) für eine neue Körperselbsterfahrung diese befreiende, beglückende Wirkung hatte. Wir erklärten dieses Phänomen mit der Fähigkeit eines Wortes, als Metapher eine Einheit zwischen bis zu diesem Augenblick (dem Auftauchen des Wortes oder der Metapher) getrennt erlebten Eindrücken zu schaffen. Loewald (1986) spricht von einer ›magisch-beschwörenden Funktion des Wortes‹ und deutet das Erleben der Stimmigkeit als ein gefühlsmäßiges Wiederanklingen eines frühen Erlebens des Zusammenpassens von Erspürtem des Säuglings (als ›Sachvorstellungen‹) mit der mütterlichen ›Begleitmusik‹ (als ›Wortvorstellungen‹), womit nach Freud Primärprozesshaftes (Unbewusstes) in Sekundärprozesshaftes (Bewusstes und Vorbewusstes) überführt wird. Danach wäre das glückhafte Erleben der Stimmigkeit eines Begriffs ein Wiederempfinden einer geglückten frühen Kommunikation mit der Mutter.«

Das Problem der Sprache hatte in der Gruppe noch in einem anderem Zusammenhang eine Bedeutung: In dem Maße, wie die Selbsterfahrung unter den Mitgliedern einen gemeinsamen Erfahrungsschatz geschaffen hatte, begannen sich engagierte und oft

kontroverse Diskussionen um terminologische Probleme zu entwickeln. Es ging um eine gemeinsame Sprache, in der sich die aus heterogenen Berufen kommenden Mitglieder der Gruppe verständigen können.

Es handelt sich hierbei um ein bekanntes Gruppenproblem, das bei Versuchen eine Rolle spielt, aus Mitgliedern verschiedener medizinischer Berufe in einer Klinik oder einer Krankenstation ein therapeutisches Team zu bilden. Für uns war es eindrucks- voll zu erleben, wie viel Zeit und Geduld notwendig waren, um unser Ziel zu erreichen. Fast noch eindrucksvoller war aber die Unvorhersehbarkeit des Zeitpunktes, zu dem der Konsens gefunden war und die Plötzlichkeit, mit der er »da« war.

Dieser Zeitpunkt war im November 1990 – nach einer DKPM-Tagung in Hamburg – gekommen, also 4½ Jahre nach dem Entschluss, eine Arbeitsgruppe zu bilden! Hand in Hand mit diesem uns alle überraschenden Vorgang ging der spontane Entschluss, an einem Buch über das unbekannte Land des lebenden Körpers zu arbeiten. Im Laufe der folgenden Jahre wurde deutlich, dass die gefundene Übereinstimmung Ausdruck einer langsam gewachsenen gemeinsamen Sprache war. Deren Wachstum war wiederum ein Zeichen dafür, dass sich die Gruppe in den langen Diskussionen auf eine Theorie oder – bescheidener ausgedrückt – auf ein gemeinsames theoretisches Konzept für den lebenden Körper und seine erlebte, das heißt subjektive Anatomie verndigte. Dieses Konzept wird in unserem Buch entwickelt.

Das Buch beginnt mit dem Märchen von einem Schatten, der die magische Kraft besitzt, unser Erleben des eigenen Körpers Schritt für Schritt zu entwerten, bis wir schließlich den Schatten für Realität und unser Erleben für Täuschung halten. Das Märchen soll dem Leser einen Ariadne-Faden in die Hand geben, der ihm hilft, seinen Weg aus den oft bewundernswerten und oft erschreckenden Katakomben einer Schattenwelt, die von dem Erleben ausgeschlossen ist, zu sich und seinem erlebten Körper zu finden.

Die **körperliche Selbsterfahrung**, auf der die Konzeptualisierungen dieses Buches beruhen, sowie die kasuistischen Beispiele wurden mithilfe der Funktionellen Entspannung (FE) gewonnen. Diese Methode zählt zu den körperbezogenen Psychotherapieverfahren. Vertreter verbaler Psychotherapierichtungen sehen oft mit einer gewissen Geringschätzung auf körperbezogene Psychotherapie herab. Der Grund hierfür liegt wohl vor allem in einer oft drf tigen theoretischen Begründung der einzelnen Methoden. Dieser Vorwurf trifft aber nicht auf alle körperbezogenen Verfahren zu; so können z.B. die Bioenergetik, die Konzentrativen Bewegungstherapie und auch die FE Veröffentlichungen vorweisen, in denen die jeweilige Methode detailliert erläutert, die Theorie dargestellt und Behandlungsverläufe geschildert werden (z.B. Becker 1981; Ehrensperger 1991; Juhnen 1992). Es bleiben aber weiterhin viele Fragen offen. Um nur einige zu nennen: Warum wirkt das Einbeziehen des Körpers, das »Spüren«? Warum und wie wirken Bewegung und Berührung? Was unterscheidet diese Verfahren grundsätzlich von verbalen Verfahren wie Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, und wo gibt es Übereinstimmungen?

Unser Buch erhebt nicht den Anspruch, alle diese Fragen zu klären. Es führt den Leser in das geheimnisvolle Grenzgebiet zwischen den bekannten Kontinenten der

somatischen und der psychologischen Medizin. Auch für die Autorengruppe handelte es sich bei diesem Projekt um Neuland. Von daher versteht es sich, dass manche Formulierungen und Aussagen wissenschaftlich noch nicht ausreichend abgesichert sind und den Charakter von Hypothesen tragen, auch wenn das nicht jedes Mal kenntlich gemacht ist. Das Buch möchte aber einen Beitrag zur besseren theoretischen Fundierung der körperbezogenen Psychotherapieverfahren erarbeiten, und es liefert dazu Beispiele aus der Praxis.

Es gab verschiedene Gründe, die Funktionelle Entspannung als Selbsterfahrungs- und als therapeutische Methode (zur Illustration der Wirkungen auf die subjektive Anatomie) zur Vorbereitung des Buches heranzuziehen. Im Vergleich zu anderen Methoden (etwa den beiden oben genannten) liegt ihr Schwerpunkt weniger auf der Auslösung von Emotionen und bisher unbewussten Fantasien (auch wenn diese Vorgänge durch die Körperarbeit hervorgerufen werden können, wie die Falldarstellungen zeigen werden). In der FE führt ein rhythmusorientierter Entspannungsvorgang nicht primär zum Freiwerden von Gefühlen und Fantasien, sondern zur vertieften sinnlichen Selbstwahrnehmung: Gesunde Anteile und Störungen werden erlebbar und in ihrer Bedeutung verstehbar. Die Methode verhilft außerdem zu einer »Umstimmung« der autonomen, vegetativ gesteuerten Körperfunktionen, die gerade bei Erkrankungen mit bedeutenden psychischen Anteilen eine besondere Rolle spielen. Die Umstimmung gelingt – mit den Worten von Marianne Fuchs – durch das leibhaft erfahrbare rhythmusorientierte Wiederholen, das der Patient selbst erinnern, das heißt körperlich verinnerlichen und damit sich aneignen kann. In der FE-Arbeit kommt es also zu einer besonderen Begegnung mit dem eigenen Körper. Solche Begegnungen sind zwar auch im Rahmen der verbalen Psychotherapie möglich, in der FE-Arbeit sind sie jedoch der zentrale methodische Bestandteil.

Das Buch soll einen Beitrag zu dem längst fälligen **Paradigmenwechsel der Medizin** leisten. Die subjektive Anatomie als Lehre vom erlebten Körper ist einerseits Ergänzung und Korrektur für das »Maschinenparadigma vom Menschen« (v. Uexküll und Wesiack 1990), das die naturwissenschaftliche Medizin beherrscht. Diese hat zweifellos bewundernswerte Leistungen hervorgebracht; sie erreicht aber oft – wie wir darstellen werden – nur den Schatten des lebendigen Menschen, nämlich das, was mit naturwissenschaftlichen Mitteln erfasst werden kann. Andererseits ist die subjektive Anatomie auch der Boden, ohne den die psychologische Medizin ihre Lebendigkeit verliert. Auch das Paradigma der Seele als »psychischer Apparat«, das Freud dem »Maschinenparadigma« entgegengesetzt hat, wird ohne ständigen »Rückgriff« auf den erlebten Körper zum Schattenreich; entsteht doch das Seelenleben ursprünglich und ständig immer wieder neu aus dem Körpererleben.

Ein Grundgedanke des Buches ist folgender: Zum Verständnis der pathologischen Physiologie ist das Verständnis der normalen Physiologie erforderlich. Voraussetzung für das Verständnis der pathologischen Anatomie ist das Verständnis der normalen Anatomie. Entsprechend ist eine subjektive Anatomie nötig, um Verständnis für eine subjektive Pathologie zu gewinnen. Das Buch wird seinen Beitrag zu einem Paradigmenwechsel leisten, wenn sich Menschen aus beiden »Lagern« – dem der somati-

schen und dem der psychologischen Medizin – durch seine Lektüre dazu verlocken lassen, selbst Erfahrungen mit dem eigenen Körper zu machen und diese zu reflektieren.<sup>3</sup>

Das Buch ist ein **Gemeinschaftswerk von dreizehn Autoren**, sieben Frauen und sechs Männern. Neun von ihnen sind in Praxis oder Klinik psychosomatisch, psychotherapeutisch bzw. psychoanalytisch tätige Ärztinnen und Ärzte – zum Teil mit internistischer, pädiatrischer oder psychiatrischer Weiterbildung. Mehrere arbeiten therapeutisch auch mit der FE. Weiterhin zählen ein Psychologe (Psychoanalytiker), zwei FE-Therapeutinnen (Gymnastiklehrerin bzw. Krankengymnastin) und eine KBT-Therapeutin (Krankengymnastin) zu der Gruppe.

In diesem Buch gibt es keine Autoren im üblichen Sinne. Natürlich sind die Entwürfe für die einzelnen Kapitel jeweils von einzelnen oder wenigen Personen verfasst worden, deren Handschrift auch im vorliegenden Text zu erkennen ist. Insgesamt handelt es sich aber um Konzeptualisierungen und Ausformulierungen dessen, was die Gruppe in vielen Stunden körperbezogener Selbsterfahrung und jahrelangen Diskussionen erarbeitet hat. Insbesondere in den ersten drei Jahren hat es eine große Zahl von Konzeptualisierungsversuchen gegeben, die immer wieder verworfen oder modifiziert und weiterentwickelt wurden. Auch die Entwürfe zu den vorliegenden Kapiteln sind in der Regel aufgrund vieler Diskussionen mehrmals überarbeitet worden. Daher ist häufig nicht mehr auszumachen, wessen Gedanken sich in den einzelnen Kapiteln finden: Wurden sie in der Gruppe erarbeitet, haben sie den Verfasser des Entwurfes angeregt, sind es seine eigenen, oder sind sie Ergebnis des Überarbeitungsprozesses? Diese Erfahrung entspricht einem Grundprinzip lebendiger Systeme: Bei sich selbst organisierenden Systemen – und eine auf freiwilliger Basis zielorientiert zusammenarbeitende Gruppe ist ein solches System – ist das Ganze mehr als die Summe seiner Teile oder Subsysteme. Aber das Ganze kann nicht ohne intakte und aktive Subsysteme existieren. Dennoch haben mehrere Autoren der Gruppe verschiedene Kapitel oder Kapitelabschnitte selbstständig verfasst, was in einer Nennung der Autorennamen im Inhaltsverzeichnis seinen Ausdruck findet.

---

3 Als ein Erfolg der Arbeit dieser Gruppe ist zu werten, dass im Herbst 1992 auf Initiative von W. Schüffel 40 Medizinstudenten zusammen mit FE-Therapeuten und Mitgliedern des Fachbereichs Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg ein Unterrichtsprojekt »Subjektive Anatomie – Funktionelle Entspannung« starteten. Die Studenten lernen in diesem Projekt – zum Teil parallel zum Sezierkurs – ihre eigene subjektive Anatomie kennen. Das Projekt wird vom Hessischen Ministerium für Wissenschaft im Rahmen des Programmes »Verbesserung der Lehre an den Hessischen Universitäten« gefördert. – Der Leser wird im Laufe der Lektüre dieses Buches eine Vorstellung bekommen, welche Auswirkungen ein solcher Kurs auf die Praxis der späteren Ärzte haben kann.

## Autorinnen und Autoren

**Dr. med. Angela von Arnim**

Viktoria-Luise-Platz 8  
10777 Berlin-Schöneberg

**Dr. med. Peter Cluß**

Schloßgasse 8  
74172 Neckarsulm

**Barbara Hahn**

Strahlenbergstr. 11  
69198 Schriesheim

**Prof. Dr. med. Horst Haltenhof**

Am Sattelbach 9  
08547 Plauen

**Gabriele Janz**

Burgunder Str. 8  
14129 Berlin

**Dr. med. Rolf Johnen**

Eduard-Conz-Str. 20/1  
75365 Calw

**Prof. Dr. med. Claas Lahmann**

Hauptstr. 8  
79104 Freiburg

**Prof. Dr. med. Wolfram Schüffel**

Kaffweg 17a  
35039 Marburg

**Teodora Woelk**

Liebigstr. 15  
35390 Gießen

**Verstorbene Autorinnen und Autoren**

Marianne Fuchs  
Barbara Hickmann  
Dr. med. Liselotte Löhlein  
Prof. Dr. phil. Hans Müller-Braunschweig  
Prof. Dr. med. Thure von Uexküll

# Inhalt

<b>Vorwort zur dritten Auflage .....</b>	8
<b>Vorwort zur zweiten Auflage .....</b>	11
<b>Vorwort zur ersten Auflage .....</b>	12
<b>Einleitung (Thure von Uexküll) .....</b>	23
<b>1 Schattenmärchen (Jakob von Uexküll) .....</b>	26
<b>2 Der Schatten als Bedrohung der Lebendigkeit .....</b>	29
2.1 Die beiden Bedeutungen der Schatten-Metapher (Thure von Uexküll) .....	29
2.2 Begegnung mit einer Patientin, die sich selbst beschädigt (Bericht einer Therapeutin) (Angela von Arnim) .....	30
2.3 Die Blindheit der Medizin einem kranken Menschen gegenüber (Bericht eines Therapeuten) (Rolf Johnen) .....	32
<b>3 Die Bedeutung des Schattenmärchens für die Medizin .....</b>	35
3.1 Der eigene Körper und der Körper der Naturwissenschaft (Thure von Uexküll) ....	36
3.2 Ein Konzept für den lebenden Körper (Thure von Uexküll) .....	39
3.2.1 Sensation als »Zeichen« und Gefühl als »Kode« .....	39
3.2.2 Das »Körperschema« als Kode .....	40
3.2.3 »Gleitende Gegenwart« oder die Zeit als Werden, in der wir »sind« .....	41
3.2.4 Der Raum, der ich bin und den ich habe .....	43
3.3 Die »subjektive Anatomie« des eigenen Körpers (Thure von Uexküll) .....	44
3.4 Folgerung (Thure von Uexküll) .....	45
3.5 Asthma und Angst (Bericht einer Therapeutin) .....	45
3.5.1 Begegnung mit dem Schatten (Lieselotte Löhlein) .....	45
3.5.2 Der gemeinsame Weg zum lebendigen Körper (Lieselotte Löhlein) .....	48
3.5.3 Kommentar (Hans Müller-Braunschweig) .....	51
<b>4 Frühe Entwicklung, technische Welt und Körper-Selbst</b> (Hans Müller-Braunschweig) .....	58
4.1 Einflüsse in der frühen Lebenszeit. Selbst und Körper-Selbst .....	59
4.2 Zur Auswirkung störender Einflüsse in der frühen Lebenszeit .....	64
4.3 Gesellschaft und psychosomatische Entwicklung .....	68
4.3.1 Symptomwandel .....	68
4.3.2 Einflüsse der technisierten Welt auf die Entwicklung .....	69
4.4 Technik, Umweltzerstörung und Selbst .....	71
4.4.1 Entzinnlichung .....	73

4.4.2 Historische Tendenzen .....	75
4.4.3 Krankheit als Entfremdung vom lebendigen Körper .....	78
4.5 Konsequenzen für die Erziehung .....	82
4.6 Folgerung .....	85
<b>5 Skulpturengeschichte .....</b>	<b>87</b>
5.1 Einleitung (Lieselotte Löhlein) .....	87
5.2 Subjektive Anatomie – an Skulpturen dargestellt (Lieselotte Löhlein) .....	90
5.3 Kommentar (Hans Müller-Braunschweig) .....	103
<b>6 Autonomie, Körper-Selbst und soziales Selbst .....</b>	<b>110</b>
6.1 Die Aufgabe der Medizin in einer durch die Technik entsinnlichten Welt (Thure von Uexküll) .....	111
6.2 Autonomie und Körper-Selbst (Thure von Uexküll) .....	112
6.2.1 Die Paradoxie des Autonomie-Begriffs .....	112
6.2.2 Autonomie und Kommunikation .....	114
6.2.3 Der neurologische Hintergrund .....	116
6.2.4 Das Körper-Selbst als »Propriozeption« .....	116
6.2.5 Physische Umwelt als ökologische Nische .....	118
6.3 »Mündigkeit« und »soziales Selbst« (Thure von Uexküll) .....	119
6.4 Der Hintergrund der frühen Kindheit (Thure von Uexküll) .....	121
6.5 Folgerung (Thure von Uexküll) .....	122
6.6 Rückzug in die Autarkie .....	123
6.6.1 Bericht einer Therapeutin (Angela von Arnim) .....	123
6.6.2 Kommentar (Hans Müller-Braunschweig) .....	128
<b>7 Entwicklung als Verwicklung .....</b>	<b>131</b>
7.1 Begriffsbestimmung (Thure von Uexküll) .....	132
7.2 Systemtheorie (Thure von Uexküll) .....	134
7.3 Zeichentheorie (Semiotik) (Thure von Uexküll) .....	135
7.4 Episoden aus einer Behandlung (Bericht einer Therapeutin) (Angela von Arnim) ...	137
<b>8 Das Wunderknäuel .....</b>	<b>140</b>
8.1 Zur Entstehung der »Subjektiven Anatomie« (Angela von Arnim) .....	141
8.2 Das Modell der Verwicklung: das »Wunderknäuel« (Angela von Arnim) .....	142
8.3 Der Kern des Wunderknäuels: die Fähigkeit zu leben (Angela von Arnim) .....	142
8.4 Intrauterine Funktionskreise: die erste Stufe der Verwicklung (Angela von Arnim) .....	144
8.5 Atem-Funktionskreis: der erste Schrei (Angela von Arnim) .....	149
8.6 Symbiotischer Funktionskreis: die erste Beziehung (Angela von Arnim) .....	152
8.7 Situationskreis: die »innere Bühne« (Angela von Arnim) .....	154
8.8 Vom Zeichen zum Symbol: Sprache (Angela von Arnim) .....	155
8.9 Störungen der Autonomie-Entwicklung (Gabriele Janz) .....	157

8.9.1 Schwangerschaftskomplikationen (Bericht einer Therapeutin) .....	157
8.9.2 Infertilität (Bericht einer Therapeutin) .....	158
<b>9 Die ersten beiden Lebensjahre – Das Modell der Ver-Wicklung aus der Sicht der Kleinkindforschung (Horst Haltenhof) .....</b>	<b>161</b>
9.1 Der kompetente Säugling .....	162
9.2 Angeborene Motivationssysteme .....	164
9.2.1 Physiologische Bedürfnisse .....	165
9.2.2 Nähe, Bindung und Verbundenheit .....	166
9.2.3 Selbstbehauptung und Exploration .....	166
9.2.4 Aversive Reaktionen .....	167
9.2.5 Sinnliches Vergnügen .....	167
9.3 Die Bedeutung der frühen Bezugspersonen .....	168
9.4 Selbst- und Beziehungsentwicklung .....	171
9.4.1 »Welt der Gefühle« .....	171
9.4.2 »Welt der Kontakte« .....	174
9.4.3 »Welt der Gedanken« .....	176
9.4.4 »Welt der Wörter« .....	177
<b>10 Die vorgeburtlichen Verwicklungen und der Rhythmus (Angela von Arnim) .....</b>	<b>179</b>
10.1 Einleitung .....	182
10.2 Überblick über die intrauterine Entwicklung .....	183
10.3 Die Bedeutung der Befunde für die subjektive Anatomie .....	184
10.4 Die Rolle des Rhythmus in der intrauterinen Entwicklung .....	186
10.4.1 Exkurs: Der Rhythmus in der Kultur .....	186
10.4.2 Exkurs: Der Rhythmus in der Biologie .....	186
10.4.3 Die Bedeutung des Rhythmus für die pränatale subjektive Anatomie .....	188
10.4.4 Eigene und fremde Rhythmen in der Unterscheidung von Selbst und Nicht-Selbst .....	189
10.5 Folgerung .....	191
<b>11 Die Methode der Funktionellen Entspannung .....</b>	<b>192</b>
11.1 Wie entstand die Methode der FE? (Angela von Arnim, Gabriele Janz, Barbara Hahn) .....	193
11.2 Das methodische Vorgehen in der Funktionellen Entspannung .....	195
11.2.1 Der Organismus und seine Bereiche (Angela von Arnim, Gabriele Janz, Barbara Hahn) .....	196
11.2.2 Der Rhythmus (Angela von Arnim, Gabriele Janz, Barbara Hahn) .....	197
11.2.3 Die Spielregeln (Angela von Arnim, Gabriele Janz, Barbara Hahn) .....	197
11.2.4 Die Sprache (Angela von Arnim, Gabriele Janz, Barbara Hahn) .....	198
11.2.5 Das »therapeutische Anfassen« .....	199
11.2.6 Die Hand als Spür- und Beziehungshilfe (Bericht einer Therapeutin) (Barbara Hahn) .....	199

11.3 Eine Theorie als Rahmen für die Methode (Thure von Uexküll) .....	201
11.3.1 »Behälter« und »Gehalt« .....	201
11.3.2 Zwei Integrationsebenen: Zeichen und Symbol .....	202
11.3.3 Die dynamische Struktur des »Selbst« .....	204
11.3.4 Folgerung .....	206
11.4 Exemplarische Behandlungsepisoden (Gabriele Janz) .....	207
11.4.1 Der »alttestamentarische Patriarch« (Bericht einer Therapeutin) (Gabriele Janz) .....	207
11.4.2 Der Asthmaanfall (Bericht einer Therapeutin) (Theodora Woelk) .....	208
11.4.3 Der Stotterer (Bericht einer Therapeutin) (Gabriele Janz) .....	209
11.5 Ein Modell des FE-Therapieprozesses (Angela von Arnim) .....	211
11.5.1 Die Ebene der Regelmäßigkeitskreise (»vegetative Ebene«) .....	212
11.5.2 Die Ebene der Funktionskreise (»animalische« Ebene) .....	213
11.5.3 Die Ebene der Situationskreise (»humane« Ebene) .....	213
11.6 Neurophysiologische Aspekte der FE (Angela von Arnim) .....	217
11.7 Weiterbildung in FE (Arbeitsgemeinschaft Funktionelle Entspannung e. V.) .....	221
<b>12 Wirkfaktoren der verbalen und der körperbezogenen Psychotherapie (Hans Müller-Braunschweig)</b> .....	224
12.1 Einleitung .....	225
12.2 Allgemeine Wirkfaktoren der Psychotherapie .....	226
12.3 Wirkfaktoren analytischer Psychotherapie .....	229
12.4 Wirkfaktoren körperbezogener Psychotherapie .....	230
12.5 Zum Verhältnis von psychoanalytischer und körperbezogener Psychotherapie ...	233
<b>13 Krankengeschichten</b> .....	243
13.1 Behandlung einer 39-jährigen Patientin mit Asthma bronchiale und kombiniertem Mitravitium (Lieselotte Löhlein) .....	243
13.2 Behandlung einer 27-jährigen Patientin mit Morbus Crohn (Gabriele Janz) .....	246
13.3 Entspannen ↔ Erinnern: Behandlung eines 38-jährigen Patienten mit Angstsymptomatik (Barbara Hickmann) .....	254
13.4 »Es ist, als ob etwas Verfestigtes aufgebrochen ist!«: Behandlung einer 30-jährigen Patientin mit Colitis ulcerosa (Theodora Woelk) .....	257
13.5 Behandlung einer 49-jährigen Patientin mit somatisierter Depression und Konversionsneurose (Peter Cluß) .....	263
13.6 Schmerz und Depression: Behandlung einer 39-jährigen Patientin (Rolf Johnen) .....	267
<b>Glossar</b> (Horst Haltenhof, Thure von Uexküll, Angela von Arnim) .....	275
<b>Literatur</b> .....	287
<b>Weiterführende Literatur</b> .....	304
<b>Biografische Angaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</b> .....	306
<b>Sachverzeichnis</b> .....	312

## **Einleitung**

Die Vorstellungen über »den Körper« sind bei den meisten Menschen unbestimmt und widerspruchsvoll. Jeder meint, genau zu wissen, was der Körper ist, um dessen Wohlergehen er sich mehr oder weniger intensiv kümmert. Wenn er dieses »Wissen« aber in Worte fassen soll, stellt sich heraus, dass ihn diese Aufgabe überfordert. Der Grund dafür ist, dass er nicht zu wenig, sondern zu viel und zu Widersprüchliches über den Körper gehört und gespeichert hat. Bei den Angehörigen der Berufe, deren Aufgabe die Sorge um den gesunden und kranken Körper ist, sieht es nicht viel besser aus. Der Unterschied ist nur, dass jeder Berufsvertreter zwar eine mehr oder weniger genaue Vorstellung hat, dass diese Vorstellung aber bei jedem Beruf eine andere ist. Das ist eine Folge der Entwicklung unserer Wissenschaften, die sich dem Prinzip der analytisch zergliedernden Methode verschrieben haben und die Antwort auf die Frage nach dem lebenden Körper als einheitlicher Ganzheit von der Molekularbiologie erwarten. Die Konsequenz dieser Haltung ist die Aufsplittung der Wissenschaft in immer zahlreichere Einzeldisziplinen, von denen jede ihre eigenen Begriffe, ihre eigene Sprache und ihre eigenen Konzeptionen entwickelt hat.

Bei den Versuchen, diese verschiedenen Vorstellungen durch »interdisziplinäre« Diskussionen zu integrieren und den Weg der analytischen Zerstückelung zurückzugehen, stellt sich heraus, dass es nicht gelingt, die Teile wieder zusammenzufügen. Diese Bemühungen scheitern bereits daran, eine gemeinsame Sprache als Voraussetzung für eine gegenseitige Verständigung zu entwickeln.

Unsere Gruppe aus 13 Mitgliedern mit verschiedenartigen Aus- und Weiterbildungen, Berufserfahrungen und Interessen sah sich den gleichen Schwierigkeiten und Gefahren gegenüber, die den Misserfolg interdisziplinärer Diskussionen vorprogrammieren. Das Geheimnis, dass es trotzdem gelang, eine breitgefächerte Diskussion der mit dem Thema zusammenhängenden theoretischen und praktischen Fragen zustande zu bringen, war die klare, eindeutige und konkrete Aufgabenstellung, der sich alle Teilnehmer verpflichtet fühlten: Jeder sollte lernen, den eigenen Körper mithilfe einer genau definierten Methode und Situation zu erleben und die Sensationen, Erspürnisse und Gefühle so zu benennen, dass er sie wiedererkennen und mitteilen konnte. Damit war der gemeinsame Gegenstand erschaffen, über den dann mit den anderen Gruppenmitgliedern diskutiert werden konnte. Dabei konnte jeder Teilnehmer auch die verschiedenen Aspekte seiner Aus- und Weiterbildung, seiner Berufserfahrung und seiner theoretischen Konzeptionen einbringen.

Bei der Erörterung der mit dem Thema zusammenhängenden praktischen und theoretischen Fragen wurde hinsichtlich der therapeutischen Praxis v.a. die Diskussion zwischen der Funktionellen Entspannung und der Psychoanalyse wichtig. Für den übergreifenden theoretischen Rahmen erwiesen sich besonders die Systemtheorie und die Semiotik als hilfreich (vgl. Kap. 7), aber auch Begriffe und Befunde der Psycho-

analyse (vgl. Kap. 4), der Pränatal- und Kleinkindforschung (vgl. Kap. 9 und 10) sowie der Neurophysiologie (vgl. Kap. 11). Ihren Bezugspunkt fanden die Diskussionen immer wieder in dem Versuch, ein Konzept für den Körper, der sich spürt und dessen Sich-spüren erlebt werden kann, zu entwickeln sowie in der Frage, wie ein organisatorisches Prinzip aus heterogenen Zeichen die Einheit unseres erlebten Körpers zustande bringt (vgl. Kap. 3, 6 und 11).

Die Summe der bewussten und unbewussten Empfindungen aus dem Körperinnern und der Körperoberfläche führt zum Körper-Selbst (vgl. Kap. 4). Aus den verschiedenen Gefühlen, Fantasien und Gedanken in der von Beginn des Lebens bestehenden Interaktion mit der Umwelt entsteht unser soziales Selbst. Genügend gute Erfahrungen der frühen Kindheit (vgl. Kap. 9), insbesondere die gelingende Abstimmung in der ersten Beziehung zwischen Säugling und Mutter oder einer anderen primären Pflegeperson, vermutlich aber auch schon der Pränatalzeit (vgl. Kap. 10), schaffen die körperliche und seelische Basis für die weitere Entwicklung. Am Modell des »Wunderknäuels« (vgl. Kap. 8) wird dieser eigentlich als Ver-Wicklung zu bezeichnende Prozess verdeutlicht.

Das Erleben von Körper-Selbst und sozialem Selbst kann aus verschiedenen Gründen gestört werden und eine Selbst-Entfremdung zur Folge haben, die hier mit der Metapher des »Schattens« (vgl. Kap. 1) bezeichnet und besonders gut in – kurzen und ausführlichen – Fallberichten (vgl. Kap. 2, 3, 5–8, 11 und 13) verdeutlicht wird. Bei der Entstehung dieses »Schattens« spielt ein Misslingen früher Beziehungs erfahrungen eine besondere Rolle. Derartige frühe, im Bereich vegetativer Vorgänge liegende Einwirkungen verschwinden nicht, sondern bleiben – z. B. als erhöhte Vulnerabilität bestimmter Organsysteme – bestehen und werden in die folgenden Entwicklungsstufen »eingewickelt« (vgl. Kap. 7 und 8), die u. a. das willkürliche Nervensystem und schließlich die Symbolisierungsfähigkeit mit der Sprachbildung betreffen. Zur Schattenbildung trägt aber auch die technische Entwicklung wesentlich bei (vgl. Kap. 4).

Störungen der frühen Entwicklungsebenen werden im Folgenden besonders beachtet, da sie bei körperlichen Erkrankungen mit stärkeren psychischen Anteilen eine wichtige Rolle spielen. In solchen Fällen ist auch die Integration der frühen und der nachfolgenden Ebenen gestört. Eine Re-Integration kann aber nicht selten durch die hier beschriebene Funktionelle Entspannung (vgl. Kap. 11), aber auch durch andere körperbezogene Methoden erleichtert werden, da rein verbale Psychotherapieverfahren häufig die vegetative Ebene – und oft auch die frühe affektive Ebene – nicht erreichen. Eine frühe Störung des Körper-Selbst ist, wie erwähnt, nicht von den ersten Erfahrungen mit der Umwelt, besonders mit der primären Pflegeperson zu trennen. Körperzonen können aufgrund ungünstiger Erfahrungen schon früh eine negative Bedeutung erhalten oder nicht mehr gespürt und erlebt werden. Auf diese, durch die Psychoanalyse und die Kleinkindforschung beschriebenen Prozesse wird in Kapitel 12 besonders eingegangen. Dabei wird deutlich, dass die prinzipielle Möglichkeit der Re-Integration bio-psychosozialer Ebenen der wesentliche Faktor einer psychosomatischen Therapie ist. Durch mehrere in den Text eingestreute Fallvignetten und

einige ausführliche Kasuistiken (vgl. Kap.13) werden Wege aus dem »Schatten« illustriert. In welchem Sinn wir die Metapher des »Schattens« verwenden, wird im folgenden »Schattenmärchen« deutlich.

# 1 Schattenmärchen<sup>1</sup>

Jakob von Uexküll, der das Fundament der Biosemiotik, d. h. der Anwendung der Kommunikationstheorie auf lebende Systeme, entwickelt und den Begriff der Umwelt in die Biologie eingeführt hat, hat das folgende »Schattenmärchen« bekannt gemacht. Er belegt mit diesem Zitat seine konstruktivistische Sicht der Welt. In dieser Sicht stehen empirische Aussagen entsprechend der Subjektivität aller Erkenntnis in einer besonderen Beziehung zum jeweiligen Beobachter. Sie hängen insbesondere von seinem Erkenntnisapparat, seinen gegenstandsbezogenen Unterscheidungen und den damit korrespondierenden Forschungsmethoden ab (Stumm und Pritz 2000).

(Rolf Johnnen)

»Ein anmutiges Kindermärchen berichtet von einem Manne, der eines Tages auf seinen eigenen Schatten aufmerksam wurde und ihn für ein lebendiges Wesen hielt. Anfangs schien es ihm wohl, dass der Schatten sein Diener sei und allen seinen Befehlen getreulich nachkam, indem er seine Bewegungen nachahmte. Aber allmählich kamen ihm Bedenken, ob der Schatten nicht zuerst die Bewegungen vormache und er es sei, der seinen Schatten nachahme. Er begann, auf seinen Schatten Rücksicht zu nehmen, und er sorgte dafür, dass der Schatten nicht etwa auf scharfe Steine oder Glassplitter fiele, die ihn verletzen könnten. Er selbst nahm die unbequemsten Stellungen ein, wenn nur der Schatten gemächlich sitzen konnte. So wurde er schließlich zum getreuen Diener seines Schattens – ja, er sank zum Schatten seines Schattens herab.

Die Lehre aus dieser Geschichte ist leicht zu ziehen. Leider haben die meisten Naturforscher sie nicht beherzigt und haben in der von ihnen verkündeten Weltanschauung den Schatten zum Herrn der Wirklichkeit gemacht.

Wie kam es dazu?

Jeder Mensch, der in der freien Natur um sich schaut, befindet sich in der Mitte eines runden Eilandes, das von der blauen Himmelskuppel überdacht ist. Das ist die ihm zugewiesene anschauliche Welt, die alles für ihn Sichtbare enthält. Und dieses Sichtbare ist entsprechend der Bedeutung, die es für sein Leben hat, angeordnet. Alles, was nah ist und unmittelbar auf den Menschen einwirken kann, steht in voller Größe da; das Ferne und daher Ungefährlichere ist klein. Die Bewegungen der fernen Dinge

---

<sup>1</sup> Das Schattenmärchen ist dem Buch »Nie geschaute Welten« von Jakob von Uexküll (1936, S.11ff.) entnommen. Die weitere Herkunft des Märchens ist unbekannt. Es gibt in der Literatur eine Reihe von Schattenmärchen. Keinem dieser Märchen lässt sich das Schattenmärchen Jakob von Uexkülls eindeutig zuordnen.

können ihm unsichtbar bleiben, während die Bewegungen der nahen Dinge ihn aufschrecken. Wenn wir im Schatten eines Baumes ruhen, so bleibt uns das Wandern seines Schattens, das durch das Vorüberziehen der fernen Sonne hervorgerufen wird, verborgen. Dagegen gibt sich jede Bewegung der Blätter des Baumes, die durch den Wind oder einen auffliegenden Vogel veranlasst wird, deutlich im Schattenbilde kund. Dinge, die sich dem Menschen unsichtbar nähern, weil sie durch andere Gegenstände verdeckt sind, verraten sich seinem Ohr durch Geräusche oder seiner Nase als Geruch und, wenn sie ganz nahe herangekommen sind, erkennt er sie durch den Tastsinn. Die Nähe ist durch einen immer dichter werdenden Schutzwall der Sinne ausgezeichnet. Tastsinn, Geruchsinn, Gehörsinn und Sehsinn umgeben den Menschen wie vier Hülle eines nach außen hin immer dünner werdenden Gewandes.

Diese Sinnesinsel, die jeden Menschen wie ein Gewand umgibt, nennen wir seine Umwelt. Sie zerfällt in verschiedene Sinnessphären, die beim Herannahen eines Gegenstandes nacheinander in Erscheinung treten. Alle in weiter Ferne gelegenen Gegenstände sind für den Menschen nur Sehdinge, nähern sie sich, so werden sie auch Hördinge, dann Riechdinge und schließlich Tastdinge. Die mit allen Sinneseigenschaften versehenen Dinge kann der Mensch noch zum Munde führen und zu Geschmacksdingen machen.

Die mit allen erdenklichen Sinneseigenschaften ausgestatteten Gegenstände bleiben ihrem Wesen nach immer Erzeugnisse des menschlichen Subjekts und sind keine Dinge für sich selbst, die ohne Subjekt allein bestehen könnten. Erst wenn sie alle Sinneshüllen, die das Eiland zu verleihen hat, sich übergeworfen haben, stehen die Objekte dieser Welt in ihrer vollen Gegenständlichkeit vor uns.

Was sie vorher sind, solange sie noch völlig hüllenlos dastehen, das werden wir nie ergründen. In diesem Zustand sind sie für den Biologen nur dann von Interesse, wenn sie als Reizquellen auftreten und durch ihre Wirkungen auf die Sinnesorgane diese zur Erzeugung von Eigenschaften veranlassen. Denn die Aufgabe der Sinnesorgane besteht immer darin, Reize in Eigenschaften zu verwandeln.

Jedem Sinnesorgan ist, wie wir sehen, eine Sinnessphäre der Umwelt zugeordnet. Die Sinnessphäre des Auges ist die umfassendste, denn sie reicht vom Körper des Menschen bis zum Horizont. Viel kleiner ist die Tastsphäre, denn sie reicht nicht weiter als die tastende Hand.

Da die Sinnessphären der einzelnen Menschen sich in allen Grundzügen gleichen, gleichen sich auch die Gegenstände in ihren verschiedenen Umwelten. Daraus hat man den voreiligen Schluss gezogen, die Gegenstände seien für sich allein bestehende Wirklichkeiten, die auch unabhängig von den Subjekten ihr eigenes Dasein führen. Es wird kaum einen gebildeten Menschen geben, der nicht bereit ist, darauf zu schwören, dass die gleiche Sonne, der gleiche Mond und die gleichen Sterne auf alle Lebewesen herabscheinen – anstatt vorsichtigerweise zu urteilen, dass die Gestirne in gleicher Weise nur in den Umwelten unserer Mitmenschen auftreten [...].

Die Lehren der Positivisten, die sich auf die Eigengesetzlichkeit der Objekte gründen und mit Vorliebe von den Sinnestäuschungen der Subjekte handeln (um nicht die Wandelbarkeit der Objekte zuzugeben), erhalten durch zwei für die menschlichen Um-

welten charakteristische Eigentümlichkeiten eine scheinbare Unterstützung: das sind die Erweiterung des Raumes und die Verlegung des Weltmittelpunktes, die eng miteinander zusammenhängen [...].

Der Mensch zeigt nämlich, wenn er weite Wanderungen unternimmt, die Neigung, den Raum, in dem er sich befindet, von seinen Sinnessphären loszulösen und ihn entsprechend den von ihm durchmessenen Wegen nach allen Seiten zu erweitern. Das Himmelsgewölbe muss sich zugleich immer mehr ausdehnen und wird in Gedanken immer höher aufgebaut. Den Mittelpunkt, über den die Himmelsglocke gestülpt ist, bildet dann nicht mehr der umherwandernde Mensch, sondern sein Heimatort. Der Mensch bewegt sich nicht mehr gemeinsam mit dem ihm getreulich folgenden Raum, wie es der Augenschein lehrt, sondern der Mensch bewegt sich in einem ruhenden Raum, der sich völlig von ihm freigemacht hat und seinen eigenen Mittelpunkt besitzt. Der Raum ist dann autonom geworden wie die Gegenstände in ihm.

Im Lauf der Jahrhunderte hat der Mittelpunkt des immer weiter anschwellenden Raumes seinen Platz mehrfach gewechselt. Auf den geozentrischen Raum, in dem die Erde den Mittelpunkt bildete, folgte nach heißen Kämpfen der heliozentrische Raum mit der Sonne als Mittelpunkt, der bis in unsere Tage hinein gedauert hat [...].

Es ist nichts als eine Denkbequemlichkeit, von der Existenz einer einzigen objektiven Welt auszugehen, die man möglichst seiner eigenen Umwelt angleicht, welche man nach allen Seiten räumlich und zeitlich erweitert hat. Die individuellen Abweichungen vom konventionellen Weltbild, die man bei seinen Mitmenschen feststellt, werden aus ihren Denkfehlern und Sinnestäuschungen erklärt. Dabei bildet nur allzu leicht die eigene Persönlichkeit das Maß aller Menschen und Dinge.

Die positivistische Lehre von der einen alles umfassenden objektiven Welt gipfelt in der sogenannten **Milieutheorie**, die den einzelnen Menschen für ein Produkt seiner näheren Umgebung erklärt. Damit hat man endgültig den Schatten zum Herrn der Wirklichkeit gemacht. Denn die objektive Welt ist nichts als ein sehr durchsichtiges Schattenbild aller menschlichen Umwelten und besitzt nicht die mindeste eigene Realität.«

## 2 Der Schatten als Bedrohung der Lebendigkeit

### 2.1 Die beiden Bedeutungen der Schatten-Metapher

Die Metapher des Schattens im Märchen hat für die Medizin zwei Bedeutungen:

In der **ersten Bedeutung** ist der Schatten Metapher für ein düsteres Schicksal, das einen Menschen dazu verdammt, sich nur als Schatten seines Selbst und seinen Körper nur durch Verletzungen erleben zu können. Ähnlich wie der Schatten im Märchen erst durch die Gefahr, sich an spitzen Steinen zu verletzen, körperliche Realität gewinnt, kann die Patientin, die als erste dargestellt wird, den eigenen Körper nur erleben, wenn er verletzt wird. Dieses Schicksal kann auf eine frühe Störung der Kommunikation mit der Welt in Gestalt der ersten Bezugspersonen hinweisen: Wenn keine Interaktion zu stande kommt, in der Aktivität und Passivität in den naturgegebenen Rhythmen erlebt und eingeübt werden können, weil die »Gegenleistung«, das »Echo« des Außen, d. h. die »Antwort« der Pflegeperson ausbleibt (vgl. Kap. 8), ist die Folge mitunter ein Rückzug in eine Fantasie falscher Selbstgenügsamkeit, in »Autarkie«, um neue Enttäuschung und Unlust zu vermeiden. »Autarkie« wird mit »Autonomie« verwechselt, die den lebendigen Austausch mit der Umgebung voraussetzt. In einer solchen Isolation der Gefühle kann auch die »Propriozeption« (vgl. Kap. 3) des sich fühlenden und erlebenden Körper-Selbst misslingen. Für die erste Patientin ist der Schatten eine Metapher für diese Bedrohung ihres Lebendigseins. Bei Patienten mit Anorexie kann man das Schattenhafte des Autarkieideals als Weltanschauung finden: Der Schatten ist immateriell wie der Geist. Er braucht nichts von seiner Umgebung. Essen ist Sünde gegen den Geist, den die Patienten als Schattengespenst zu »verkörpern« suchen.

In der **zweiten Bedeutung** ist der Schatten eine Metapher für die Vorstellung der Ärzte vom Körper als Maschine. In dieser Vorstellung verwandelt sich der lebendige Körper in ein Produkt der technisch-industriellen Welt, die von den Naturwissenschaften geschaffen wurde. Maschinen sind beliebig manipulier- und reparierbar: Als Prinzip des Unlebendigen, von außen gesteuerten und perfekt funktionierenden Apparats können sie zum Vorbild eines Menschen werden, der wie der Mann im Märchen von seinem Schatten gesteuert wird.

Die Psychoanalyse nimmt an, dass hinter einem solchen Verhalten die Abwehr übermächtiger Wünsche nach Abhängigkeit und Passivität steht. Ein Beispiel für diese

Einstellung ist die »Risikopersönlichkeit«, deren zwanghafte Tendenz zu Aktivität und perfektem Funktionieren bei gleichzeitiger Abwehr von Passivität und Hingabe zum Herzinfarkt disponiert. Diese Einstellung verkörpert die Ideale der technischen Welt von Perfektion und Tüchtigkeit. In ihrem Überangepasstsein sieht sie im Körper eine Maschine, deren »Pumpe« der Arzt wieder in Ordnung zu bringen hat.

Für beide Bedeutungen bringen wir als Beispiele aus der ärztlichen Praxis Krankengeschichten von Patienten. Dabei bewegt uns die Frage nach einem inneren Zusammenhang zwischen dem persönlichen Schicksal eines Patienten und der gesellschaftlich bestimmten Sicht eines Menschen und seines Körpers. Diese Frage drängt sich in den letzten Jahren vor allem durch die enorme Zunahme dieser Krankheitsbilder auf, deren Behandlung nicht nur Kapazitätsprobleme aufwirft, sondern auch Schwierigkeiten, die auf den unzulänglichen Modellvorstellungen der Medizin für den lebendigen Körper beruhen (Plassmann 1989).

## 2.2 Begegnung mit einer Patientin, die sich selbst beschädigt (Bericht einer Therapeutin)

### FALLBEISPIEL Erster Eindruck

Die 22-jährige Patientin wirkt auf den ersten Blick selbstbewusst, mit festem Händedruck, sportlich, intelligent, eine Studentin, die ihr geisteswissenschaftliches Studium gut meistert. Sie lebt in einer eigenen Wohnung, hat einen festen Freund und scheint sicher im Leben zu stehen. Sie erweckt also den Eindruck einer »gestandenen Frau«, die ihr Leben im Griff hat.

Erst bei genauerer Betrachtung ist ihre sehr geschickt, aber stark geschminkte Gesichtshaut zu bemerken. Im Sitzen kommt es schon nach kurzer Zeit zu einer für sie typischen Haltungsänderung: Sie entfernt die Füße vom Boden, winkelt die Beine an, umschließt sie vor dem Oberkörper fest mit den Armen und hält die Füße auf den Sitz geklemmt. In dieser Kauerstellung wirkt sie, besonders bei für sie belastenden Gesprächsthemen, wie eine verschlossene Festung oder aber wie ein frierendes Kind, das sich selbst zu wärmen versucht. Der sportliche Eindruck einer »gestandenen« jungen Frau, »die ihr Leben fest im Griff hat«, erweist sich immer deutlicher als eine kunstvoll und mühsam aufgebaute Fassade, hinter der sich ein verwundetes und verzweifeltes kleines Kind versteckt. Statt einen vitalen Körper in seinem Sich-fühlen und Sicherleben aufzubauen, müssen die der Welt zugekehrten Teile zerstört und von einer Schattenwand zugedeckt werden.

Die Einsicht, dass der Körper kein problemloser Besitz ist, den man mitbekommen hat und über den man nach Belieben verfügen kann, steht am Anfang jeder körperbezogenen Psychotherapie. Sie muss vielmehr davon ausgehen, dass wir unseren Körper, den wir erleben und fühlen, ständig in diesem Erleben und Fühlen erschaffen. Diese Leistung muss in der frühesten Kindheit erlernt und eingeübt werden.

Das kann – wie die Tragödie der Patientin zeigt – misslingen. Dann tritt an die Stelle des lebendigen Körpers sein Schatten, der nun das Leben und die Begegnung mit der Umwelt regiert.

### Die Beschwerden der Patientin

In Phasen der Ruhe, besonders wenn sie allein ist und sich einsam fühlt, bekommt die Patientin einen unwiderstehlichen Drang, das Gesicht zu »glätten«. Wenn sie davon berichtet, verkrampfen sich die Finger der rechten Hand zu Krallen und bewegen sich immer näher auf ihr Gesicht zu.

Zur **Anamnese** soll hier zunächst nur angemerkt werden, dass sich die Mutter der Patientin durch diese Tochter von Geburt an überfordert gefühlt habe. Sie habe sie nur als Belastung empfunden und zu ihr nicht zärtlich sein können. Das habe sich erst geändert, als ihre Tochter – noch als Säugling – eine schwere Verbrennung erlitt und mehrere Wochen auf einer Kinderintensivstation verbringen musste.<sup>1</sup>

Diese **Symptomatik** führt uns wieder zur Metapher des »Schattens«. Die Patientin will »Unebenheiten« und »Unreinheiten« im Gesicht beseitigen. Sie hört damit erst auf, wenn Blut fließt und ist »beruhigt«. Der Drang zum Kratzen tritt besonders dann auf, wenn sie sich einsam fühlt. Zu den vielfältigen Bezügen der Symptomatik hier nur zwei Hinweise:

1. Bei dem Gefühl der Einsamkeit, das für sie besonders bedrohlich ist, verstärkt sie durch Kratzen die körperliche Rückmeldung. Bei ihr – wie bei anderen Patienten mit einer ähnlichen Problematik – wird das Gefühl oft tödlicher Einsamkeit durch den »eigenen Körper als Objekt« (Hirsch 1993; vgl. Eckhardt 1989; Plassmann 1993) gemildert.
2. Zur Beseitigung der »Unebenheiten« und »Unreinheiten« sagt sie, dass sie ihr Gesicht so »glatt«, »schön«, »unauffällig« und »angepasst« haben wolle, wie sie selbst der Umwelt gegenüber erscheinen wolle. Das heißt, sie muss in ihrem Leben eine Fassade aufrechterhalten, weil die abgespaltenen, zerstörerischen und destruktiven Selbstanteile aus Gründen des Selbst-Schutzes nicht erscheinen dürfen. Sie konnte sie auch nicht, wie viele Borderline-Patienten, externalisieren, sondern projiziert die abgespaltenen »bösen« Anteile in den eigenen Körper. »Der Körper, da er als fremd und als Nicht-Ich erlebt wird«, wird zum Gefäß für diese negativen Persönlichkeitsanteile (Plassmann 1993, S. 275).

In derart abgespaltenen Anteilen können gewaltige Kräfte gebunden sein, aber diese Vitalität ist durch ängstigende Destruktivität belastet. Deshalb steht die Energie dem Selbst nicht mehr zur Verfügung, sondern unterstützt das von der Person dissoziierte Symptom. Wenn auch aus anderen Gründen als dem eingangs erwähnten »Maschi-

---

<sup>1</sup> Weitere Angaben zu dieser Patientin werden in Kapitel 6.6.1 dargestellt.

nenparadigma« wird damit auch hier das eigene Erleben reduziert zugunsten eines unauffälligen Funktionierens.

Das Resultat ist partielle Unlebendigkeit, also ein Schattenleben. Die Lebendigkeit ist im Symptom gebunden, sie wird erst im fließenden Blut wieder bewusst gespürt. Die dick aufgetragene Schminke schließlich soll die Zerstörungsarbeit, das Destruktive, zudecken. Dabei wird das Gesicht noch einmal konkret verhüllt und dadurch zur Maske. Der Vorgang erinnert an die Novelle »Tod in Venedig« von Thomas Mann. Unter der Schminke sind Zerstörung und Tod verborgen. Der »Schatten« ist hier also das entleerte Leben. Die unbewussten und unintegrierten Anteile der Persönlichkeit übernehmen dann die Führung des zum Schatten gewordenen Selbst.

## 2.3 Die Blindheit der Medizin einem kranken Menschen gegenüber (Bericht eines Therapeuten)

### FALLBEISPIEL

Der 54-jährige Oberpolier, der bis zu seiner Krankschreibung vor etwa einem Jahr als Leiter von Autobahngroßbaustellen mit 200 bis 300 Arbeitern tätig war, ist verheiratet und hat zwei erwachsene Töchter. Er leidet seit etwa vier Jahren an einer zunehmenden Schwäche und Atrophie der rechten Bein- und der Glutäalmuskulatur. Außerdem wurde er in den letzten Jahren mehrmals wegen starker Angina-pectoris-Beschwerden ins Krankenhaus gebracht, ohne dass ein Herzinfarkt nachgewiesen wurde. Er kommt in eine Psychosomatische Klinik, da Untersuchungen in einer kardiologischen und einer neurologischen Fachklinik keinen organischen Befund als Ursache für seine Beschwerden erbracht haben. Die Einweisungsdiagnose lautet »Psychogene Muskelatrophie des rechten Beines und herzphobisches Syndrom«, und es wird der Verdacht auf ein neurotisches Rentenbegehrten erhoben.

Im **ersten Gespräch** formuliert der Patient, er leide an einer »Angstneurose« mit immer heftiger werdenden Angina-pectoris-Anfällen und starkem Ziehen bis in die linke Hand. Eigentlich sei er aber nicht davon überzeugt, dass alle diese Beschwerden psychisch bedingt seien, obwohl die durchgeföhrten Untersuchungen (siehe oben) keinen pathologischen Organbefund erbracht hätten. Von Haus aus sei er ein fröhlicher und hastiger, aber auch harter Mann. In den letzten drei bis vier Jahren sei er jedoch zweimal jährlich unter Herzinfarktverdacht mit Blaulicht ins Krankenhaus gebracht worden. Außerdem habe er eine zunehmende Gehbehinderung im rechten Bein. Dieses sei in den letzten Jahren dünner und kürzer geworden und bleibe beim Gehen hängen. Er habe im Oberschenkel Muskelzuckungen, die sehr lästig seien. Daneben träten immer wieder Herzrhythmusstörungen auf. Er leide unter starken Schmerzen in den Nackenwirbeln, die sehr steif seien, und er spüre das Herzklopfen in diesen Wirbeln. Die Beeinträchtigung des rechten Beines sei wechselnd ausgeprägt.