

Der Körper in der Psychoanalyse

Helmut Thomä

Am Anfang war nicht das Wort, sondern der Körper: „Das Ich ist vor allem ein körperliches, ...” (Freud 1923b, S. 253). Dem Kontext dieser oft zitierten Stelle können wir entnehmen, was Freud mit dieser entwicklungspsychologischen Aussage, also doch mit dem Wort, gemeint hat:

„Der eigene Körper und vor allem die Oberfläche desselben ist ein Ort, von dem gleichzeitig äußere und innere Wahrnehmungen ausgehen können. Er wird wie ein anderes Objekt gesehen, er gibt aber dem Getast zweierlei Empfindungen, von denen die eine einer inneren Wahrnehmung gleichkommen kann. Es ist in der Psychophysiologie hinreichend erörtert worden, auf welche Weise sich der eigene Körper aus der Wahrnehmungswelt heraushebt” (Freud 1923b, S. 253).

Dem Schmerz wird von Freud, wahrscheinlich unter dem Einfluß von Brentano (s. hierzu Schmitz 1982, S. 60), eine wichtige Rolle bei der Art und Weise zugeschrieben, wie man zur Vorstellung seines eigenen Körpers komme.

Der Körper und die „exzentrische Position”

Der Kontext des Zitats, daß das Ich vor allem ein körperliches sei, gibt an, worum es in der psychoanalytischen Methode nur gehen kann: Um das Körpererleben. Freuds Beschreibung impliziert jene exzentrische Position, die in der phänomenologischen Anthropologie Schelers (1954) und Plessners das Ich dem Körper gegenüber einnehmen kann. Die „exzentrische Position” des Menschen wird häufig durch die Gegenüberstellung von Haben und Sein zum Ausdruck gebracht: „Ich habe einen Körper, und ich bin ein Leib”.

Plessner hat die in seinem Werk „Lachen und Weinen” (1941, zit. n. 1982) getroffene Unterscheidung „Leib sind wir, und Körper haben wir” später in der Arbeit

„Zur Frage der Vergleichbarkeit tierischen und menschlichen Verhaltens“ (1965, zit. n. 1982) revidiert. Diese Korrektur betrifft nicht die phänomenologisch und anthropologisch bedeutungsvolle Beschreibung der „exzentrischen Position“, die zum Körper in gradueller Abstufung besteht und beispielsweise in Lachen und Weinen und noch mehr in allen pathischen Zuständen, also im Leiden, aufgehoben sein kann.

„Die pathischen Kategorien“ nehmen im *Personverständnis des modernen medizinischen Denkens* geschlossen einen hervorragenden Platz ein (Christian 1952).

Im Vergleich mit Sprache, Gesten und mimischen Ausdrucksbewegungen dienen Lachen und Weinen als Beispiele einer „unübersehbaren Emanzipiertheit des körperlichen Geschehens von der Person“ (Plessner, zit. n. 1982, S. 236). Lachen und Weinen lassen an andere Reaktionen oder an reflektorische Vorgänge denken, die einer mehr oder weniger großen Abspaltung vom Bewußtsein unterliegen können (wie Erröten, Erbleichen, Schweißsekretion, Erbrechen, Husten). Diesen abspaltbaren Vorgängen fehle der bewußte Antwortcharakter, obwohl diese situativ ausgelöst werden können. Der Patient verliere seine personale Verfügungsgewalt über seinen Körper bei allen neurotischen und erst recht bei allen körperlichen Erkrankungen.

Seine frühere Aussage „Leib sind wir, Körper haben wir“ werde, so sagt Plessner später, durch die Erfahrung widerlegt.

„Das Zusammen von Leib und Körper als Verschränkung dieser beiden physischen Daseinsmodi läßt sich bald im Ausdrücken des Seins, bald in Ausdrücken des Habens und Gehabtwerdens bezeichnen ...“ (1983, S. 291).

Leib und Körper, das Sein, das Haben und das Gehabtwerden können also durch ihr Verhältnis zur exzentrischen Positionalität gekennzeichnet werden. Alle Formen von Psychotherapie wenden sich an die Person mit dem Ziel, den eingeschränkten Freiheitsspielraum zu vergrößern. Die Konsequenzen des Verlusts der exzentrischen Position im Gehabtwerden durch den Körper sind unmittelbar evident.

Wortspiele über den „subjektiven Leib“ und den „objektiven Körper“ sind übrigens auf unsere Sprache beschränkt. Im Englischen und Französischen umfassen „the body“ und „le corps“ den gesamten subjektiven und objektiven Bedeutungsgehalt von „Leib“ und „Körper“. So lautet der Titel des Meisterwerks von Kantorowicz „The king's two bodies“. Der mystische Leib (des Königs) wird sprachlich im Englischen nicht von seinem sterblichen und konkreten Körper unterschieden. Zum deutschen Titel „Die zwei Körper des Königs“ (1990) ist eine redaktionelle Anmerkung aufschlußreich, welche die wörtliche Übersetzung - neben der Mehrdeutigkeit von „body“ für „Körper“ und „Leib“ - mit dem Bezug zur institutionellen, als ewig gedachten „Körperschaft“, im Bild des Königs vereint, begründet.

Die exzentrische Position des Menschen zu seinem Körper kann nicht soweit gehen, daß er, ohne sein Leben zu riskieren, ganz aussteigen könnte. Jede Entfremdung vom eigenen Körper bricht bei einem einschießenden Zahnschmerz ebenso zusammen wie nach einer unfallbedingten Fraktur. „Einzig in der engen Höhle des Backenzahnes weilt“, nach Wilhelm Busch, „die Seele“. Kein Psychoanalytiker und auch kein Körpertherapeut käme als betroffener Patient auf den Gedanken, solche Schmerzen als unbewußte Körpersprache aufzufassen. Trotz unserer Sehnsucht nach Ganzheit sind wir im Ernstfall dankbar, einen Spezialisten zu finden, der sein Handwerk beherrscht. Spezielle Behandlungstechniken gehen allerdings mit Einschränkungen einher, die zu Skotomen führen können und das Problem der Integration aufwerfen.

Die Einheit der Person und ihre Störung von der seelischen und körperlichen Seite her läßt sich an Freuds Metapher über das Verhältnis von Es und Ich im Bild von Pferd und Reiter verdeutlichen. Einheit stellt sich in harmonischer Bewegung und im natürlichem Rhythmus dar. Es und Ich befinden sich beim Gehen im Gleichklang. Reiter und Pferd sind auf das gleiche Ziel ausgerichtet. Störungen recht unterschiedlicher Art können durch Variationen der Metapher ausgemalt werden. Hierbei klingen bereits recht komplizierte Fragen an: Ist das Pferd von sich aus gestolpert, oder hat der Reiter ungeschickt gezügelt? Und wie ist es mit der exzentrischen Position beim Sturz? Kommt der Hochmut auch hier vor dem Fall? Wer seinen Körper übermäßig beobachtet und kontrolliert, ist auf dem Weg zum Hypochonder. Durch Variationen dieser Metapher ließe sich ein großes Spektrum der Psychopathologie beschreiben.

Das psychoanalytische Es ist im körperlichen Unbewußten verankert, auch wenn dieses der Methode selbst unzugänglich ist. Das Pferd in Freuds Metapher, das psychoanalytische Es, ist nicht der bewußtlose Körper als Gegenstand der naturwissenschaftlichen Medizin. Wie tiefgreifend auch immer die Auswirkungen unbewußter Phantasien im Spannungsfeld zwischen Es, Ich und Realität, also im Konfliktfall sein und das körperliche Befinden bestimmen mögen, die *direkte* Reichweite der psychoanalytischen Methode endet bei den unbewußten Phantasien und dort, wo Physiologie und Neurophysiologie beginnen. Insoweit ist von Uexküll zuzustimmen, wenn er sagt, daß

„wir den Körper in seiner prinzipiell unbewußten, niemals bewußtseinsfähigen Tiefendimension nicht in den Blick bekommen“ (v. Uexküll 1985, S. 100).

Diese Begrenzung ist methodisch begründet, und sie gilt für alle psychotherapeutischen Techniken. Läßt man sich durch die Nomenklatur nicht täuschen, gilt auch für alle Körperpsychotherapien, daß sie sich mit dem Körpererleben oder mit dem „Körperbild“ befassen.

Es gibt keine ganzheitliche Methode, die gleichzeitig der Seele und dem Körper gerecht würde. Die ganzheitliche psychosomatische Einstellung des Arztes zum Patienten als Person führt nicht zu einer einheitlichen psychosomatischen Methode, sondern bestenfalls zur Integration von Befunden, die durch heterogene Techniken gewonnen werden. Diese methodische Beschränkung ist unvermeidlich. Der Methodenvielfalt entspricht die Komplexität der Krankheitslehre. Es gilt eben nicht nur der alte Satz: *mens sana in corpore sano*; gültig ist auch: *mens aegrotat in corpore sano*. Das seelische Befinden kann jedoch auch in einem kranken Körper ungestört bleiben. Deshalb gilt es als besondere menschliche Tugend, daß die Seele sich über den Körper erheben kann: *mens sana in corpore aegrotat*.

Das Körperbild

Geht man vom Körpererleben aus, gelangt man zu den subjektiven Krankheitstheorien und zu Vorstellungen über den Körper, die weit entfernt von der Krankheitslehre der naturwissenschaftlichen Medizin liegen können. Von Uexküll hat Freuds berühmte Aussage, daß die Trieblehre sozusagen unsere Mythologie sei, dahingehend verallgemeinert, daß in ihr die mythologischen Vorstellungen der Psychoanalyse über den Körper zum Ausdruck kommen (v. Uexküll 1985, S.100). Ohne hier auf das Problem der Triebmythologie eingehen zu können, so ist von Uexkülls Kritik bei allen Aussagen zu beherzigen, die Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Körpererleben und körperlichen Störungen und Krankheiten feststellen (Thomä u. Kächele 1985, 1988).

Es gehört zu den grundlegenden Erkenntnissen Freuds, daß sich unbewußte Absichten auf ein äußeres Objekt oder auf dessen Abbild richten. Das letztere kann sich im eigenen Körper als Selbstbild einprägen. Welche unbewußten Phantasien sich - im tiefen Sinn des Wortes verstanden - „einzubilden“ vermögen, variiert von Fall zu Fall. Man ist gut beraten, bei allen Dismorphophobien - also bei allen Körperbildstörungen, bei denen irgendwelche Deformitäten oder Mißbildungen, die tatsächlich nicht vorhanden sind, aber erlebt werden - abgewehrte, also unbewußt gewordene aggressive Impulse zu vermuten. Diese regelmäßige Beobachtung wird verständlich, wenn man zur Kenntnis nimmt, daß bei Identifizierungen der Schatten aufgegebenen Objekte auch auf das Körperbild fällt, um Freuds bekannte Metapher zu modifizieren. Hierbei wird eine aggressive Auseinandersetzung, bei der dem Kontrahenten (dem „Objekt“) ein vermeintlicher oder ein tatsächlicher Schaden zugefügt wurde, am eigenen Körperbild dargestellt, indem man sich unbewußt partiell an die Stelle des anderen setzt. Dieser Prozeß kann einfachen Imitationen ebenso zugrunde liegen wie der mystischen Partizipation.

Bei spontanen Handlungen, und im unreflektierten Lebensvollzug sind wir mit uns selbst identisch. Das Selbsterleben in Einheit mit dem Körper kann unterbrochen und gestört werden, wenn die tastende Hand den Körper zum Objekt macht. Im Tastakt wird die Reflexion vorbereitet, die es später dem Ich ermöglicht, dem eigenen Körper gegenüberzutreten. Die taktile Selbstwahrnehmung unterscheidet sich von der Fremdwahrnehmung eines anderen menschlichen Objekts, richtiger eines Subjekts. Deshalb sollte von „Subjekt“- anstatt von „Objektbeziehungstheorien“ gesprochen werden. Hierbei konstituieren sich Abgrenzungen auf der Grundlage von Gemeinsamkeiten in der Wahrnehmung des eigenen und des anderen Körpers. Freuds Entdeckung, daß die Identifizierung als früheste Äußerung einer Gefühlsbindung an eine andere Person aufzufassen ist (1921c, S. 115), kann nicht wörtlich genug genommen werden: Was die Hand dem Objekt zufügt, betrifft unbewußt auch den eigenen Körper und umgekehrt. Es gibt keine Störung des Selbstgefühls ohne Objektbeziehungsstörung. Keine phobische oder hypochondrische Symptomatik beschränkt sich auf irrationale Befürchtungen, die nur der eigenen körperlichen Existenz gelten, obwohl die selbstbezogenen Klagen diesen Eindruck machen können. Bei genauerer Untersuchung der Struktur solcher Symptome kann nachgewiesen werden, daß die unbewußte Verbindung zu den bewußt aufgegebenen Objekten bei deren Verinnerlichung erhalten bleibt - trotz aller Abwehrprozesse. In der Übertragung manifestieren sich diese Verbindungen wieder. Die phobischen und hypochondrischen Befürchtungen gelten nun auch wieder dem bedeutungsvollen Anderen, als Subjekt. Das neurotische passive Erleiden läßt sich in der Wiederholung der Übertragung als Folge des unbewußten aktiven Zufügens von Leiden begreifen, also als Wendung gegen die eigene Person oder als Identifizierung mit dem deformierten Objekt, das ins eigene Selbst, ins Körperselbst internalisiert wurde.

Der Begriff des Körperbildes ist von Schilder (1933, 1935) in eine umfassende Theorie des Körpererlebens eingebettet worden, in die heute viele humanwissenschaftliche Erkenntnisse von der Psychoanalyse bis zum symbolischen Interaktionismus integriert werden müßten. Die Lehre von der Entstehung des Körperbildes und dessen Wandlungen im Lebenszyklus reicht vom Thema der subjektiven Krankheitstheorien bis zum Coping. Wegen der grundlegenden Bedeutung von Körperschema und Körperbild in der Krankheitslehre überhaupt erläutere ich diesen Begriff in Anlehnung an Joraschky (1983) .

Schilder hat in die neurologische Theorie des Körperschemas psychologische und tiefenpsychologische Befunde integriert, so daß er im späteren Buch „The image and appearance of the human body“ vom „body image“ sprach (Schilder 1935). Von besonderer bedeutungstechnischer Relevanz ist seine Auffassung, daß Körper und Welt Korrelatbegriffe sind.

Das Bewußtsein der Körperlichkeit, das dreidimensionale Bild unserer selbst, das wir in uns tragen, muß ebenso aufgebaut werden wie die Kenntnis von der

Außenwelt. Es wird aus den taktilen, kinästhetischen und optischen Rohmaterialien konstruiert.

„... Das erlebte Körperbild wird so zur Landkarte der Triebregungen“ (Schilder 1933, S. 368).

Die beständige Wechselwirkung zwischen dem eigenen Körperbild und dem anderer Personen geht selbstverständlich weit über das Vergleichen nach ästhetischen Gesichtspunkten hinaus. Zur sozialen Spannung gehört das Verhältnis von Nähe und Distanz. Von klinischen Beobachtungen ausgehend, hat Schilder die sozialpsychologischen Dimensionen der Körperbildentwicklung hervorgehoben. Gemüts- und Ausdrucksbewegungen sowie Handlungsfragmente im Sinne hysterischer Symptome haben also stets eine enge Beziehung zu Aspekten des Körperbilds, die mehr oder weniger unbewußt sind. Wegen seiner vielen Schichten kann man das Körperbild mit einem Gemälde vergleichen, das mehrmals übermalt wurde, so daß sich auf derselben Leinwand Bilder befinden können, die zueinander passen - oder auch nicht. Die Person ist als Maler insofern Teil ihres Körperbilds, weil sie lebenslang an das gebunden ist, was da eingezeichnet wurde. Zwischen Idee und Abbild kann eine produktive oder eine destruktive Spannung herrschen.

Die Bilder, die wir von uns selbst haben, und die sich unsere Umgebung von uns macht, beziehen sich nicht nur auf persönliche Eigenschaften und Verhaltensweisen oder auf den Charakter, sondern stets auch auf die leibliche Existenz. Selbst- und Fremdbilder umfassen wie die persönliche Identität das Körperbild, das keineswegs einschichtig ist, sondern - in sich spannungsreich - die erlebte Selbstsicherheit wesentlich mitbedingt.

Krause (1990) hat eine umfassende Übersicht gegeben, wie es im Kontext interaktioneller, affektiver und kognitiver Erfahrungen Schritt für Schritt zum Aufbau des Körperbildes kommt. Störungen des Affektsignalsystems finden dementsprechend auch ihren Niederschlag im bewußten und unbewußten Körpererleben. In Fortentwicklung der Auffassung von Darwin kann man die Primäraffekte als die Ankündigung von Handlungen charakterisieren. Selbstverständlich gibt es unvollkommene, im vorbewußten oder unbewußten Gefühl steckenbleibende Ausdrucksbewegungen schon vor der ödipalen Entwicklungsphase. Das Aufgeben der triebökonomischen Hypothesen des Konversionsbegriffs erleichtert die Einbeziehung primärer Affekte in die psychoanalytische Abwehrtheorie. Nebenbei bemerkt wurden unter „Prägenitale Konversionsneurose“ Syndrome und Erkrankungen subsumiert, die in Ätiologie und Verlauf nichts miteinander gemein haben. Psychogene Tics, Stottern, extrapyramidale Bewegungsstörungen, wie das Gilles de la Tourette-Syndrom und das Asthma bronchiale liegen nosologisch weit auseinander. Zentral ausgelöste Bewegungsanomalien bei neurologischen Systemerkrankungen haben keinen

Ausdrucksgehalt. Deshalb ist es falsch, diesen Erkrankungen unter Ausdehnung des Regressionsbegriffs eine Präsymbolik zu unterstellen und ihm ätiologisch eine averbale Affektabfuhr zuzuschreiben.

Die Renaissance des Körpers

Die Renaissance des Körpers in den Körpertherapien und in der Psychoanalyse (Müller-Braunschweig 1986; Schöpf 1988) bezieht sich, wie man dem informativen Buch von Brähler (1986) über Körpererleben und dem Untertitel „Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele“ entnehmen kann, auf das Körperbild. Um dieses geht es T. Moser (1987) in seiner Begeisterung für die Körpertherapien, zu deren Entstehen auch der Ausschluß des Körpers in einer besonderen Form psychoanalytischer Abstinenz beigetragen haben mag, die leider nicht nur in der Karikatur von Moser existiert. Ich teile seine Kritik, plädiere aber im Gegensatz zu Moser für eine Reform der psychoanalytischen Technik auf dem Boden der psychoanalytischen Methode. Erfolge oder Mißerfolge von Analysen sind von so vielen Bedingungen abhängig, daß es unmöglich ist, das Scheitern der klassischen Technik bei Patienten mit „psychosomatischer Struktur“ auf eine hypothetische frühe Störung zurückzuführen. Noch nicht einmal auf der phänomenologischen Ebene der Diagnostik besteht hier ein Konsens - ganz zu schweigen von der Rekonstruktion der Entstehungsbedingungen. Ich mache mein therapeutisches Handeln davon abhängig, ob die zugrundeliegenden Theorien wenigstens plausibel sind. In diesem Zusammenhang ist es bedenklich, daß die heterogenen Körpertherapien bisher zur Ätiologie psychosomatischer Erkrankungen keine überzeugenden Studien vorgelegt haben.

Nicht nur wegen der Anleihen, die in der Bioenergetik und in der psychomotorischen Therapie bei den psychoanalytischen Theorien, insbesondere bei Reich und Ferenczi, gemacht werden, ist es unerläßlich, daß ich mich mit einigen Aspekten der Körpertherapien befasse. Die Körpertherapien oder Körperpsychotherapien begründen ihre Gegenposition zur Psychoanalyse mit dem Argument, daß das Wort trotz seiner magischen Kraft zu schwach sei, um den Körper zu erreichen. Die Körpertherapien versprechen einen direkten Zugang zum Körper, um über den Leib die Seele zu heilen, wie im Programm des Dritten Internationalen Kongresses für Somatotherapie angekündigt wird.

Die aus der Psychoanalyse abgeleiteten Körperpsychotherapien bleiben weit hinter den theoretischen und methodischen Ansprüchen zurück, die seit Alexanders Unterscheidungen (s. unten) und in der modernen Verlaufs- und Ergebnisforschung erfüllt werden müßten. Nun gibt es glücklicherweise hilfreiches Handeln, das auf

eine falsche Theorie zurückgeht. Wurde beispielsweise ein Patient jahrelang schwer frustriert, halte ich es für denkbar, daß Berührungen Wunder wirken können. Mit Traumatisierungen im 1. Lebensjahr und deren Ausgleich anlässlich eines solchen fiktiven Neubeginns hat das Ganze wenig oder nichts zu tun. Offenkundig wird hierbei, daß es schädlich ist, Patienten zu frustrieren, ohne ihnen die Gelegenheit zu geben, das zu meistern, was ihnen angetan wurde. Was immer die Heilwirkung von Berührungen ausmachen mag, so sind das Erleben und die Entstehung von Mängeln oder Defekten des körperlich verankerten Selbstgefühls eine recht komplexe Angelegenheit. Bedenklich ist schließlich, daß der psychoanalytische Körpertherapeut auf einer „Als-ob-Ebene“ agiert, aber angeblich an der passenden Stelle mütterliche oder väterliche Dinge tut, denen ein besonders tiefer Realitätsgehalt zugeschrieben wird. Wie kommt man vom „Als-ob“ zur tieferen Realität?, ist die Frage! Denn es sind ja nicht die faktischen Berührungen, sondern ihr Bedeutungsgehalt, der für das Erleben wesentlich ist.

Konversion

Hält man sich an Darwins Beschreibung von Gemütsbewegungen, die für moderne Affekttheorien wegweisend geblieben ist, entfällt das Problem der Konversion, d. h. die Hypothese der Umwandlung von seelischer in körperliche Energie bzw. Erregung. Es genügt für das diagnostische und therapeutische Verständnis vieler funktioneller Symptome, wenn wir in ihnen einen unbewußten Ausdruck von Gemütsbewegungen sehen.

Die Konversion wurde von Freud dem Darwinschen Prinzip der „Ableitung der Erregung“ (Freud 1895d, S.147) zugeordnet. So heißt es beispielsweise in der Krankengeschichte Frau Elisabeth von R.:

„All diese Sensationen und Innervationen gehören dem Ausdruck der Gemütsbewegungen an, der, wie uns Darwin gelehrt hat, aus ursprünglich sinnvollen und zweckmäßigen Leistungen besteht“ (Freud 1895d, S. 251).

Bereits in Freuds Krankengeschichten finden sich viele Beispiele von Symptomen, in denen beispielsweise aggressive Strebungen unbewußt zum Ausdruck gebracht werden. Der Ausdrucksgehalt hysterischer Symptome ist nicht auf die Sexualität eingeschränkt. Ohne auf die Annahme über die Umwandlung von seelischer in körperliche Energie zurückgreifen zu müssen, können wir festhalten: Hysterische Symptome sind nichts anderes als zur Darstellung gebrachte unbewußte Phantasien (Freud 1895d, S. 194).

Hysterische Symptome und viele funktionelle Syndrome sind fragmentarische, sensorische oder motorische Akte, die aufgrund von Abwehrprozessen nur noch partiell, also parsprototo zum Ausdruck gebracht werden. Der ideatorische Anteil, also die Vorstellung und die Zielrichtung, ist dem Patienten selbst nicht mehr zugänglich. Daraus ergeben sich eindeutige kausale und prognostische Kriterien für die Therapie und die klinische Beweisführung im Sinne von Grünbaums (1984) Forderung. Das empirisch ohnedies nicht lösbare Leib-Seele-Problem kann man hierbei ebenso auf sich beruhen lassen wie den dazugehörigen „rätselhaften Sprung vom Seelischen ins Körperliche“ (Freud 1916/17, S. 265; 1926d, S. 141). Denn hysterische Symptome als rudimentäre und ursprünglich sinnvolle Leistungen sind in ihrer Psychophysiologie nicht rätselhafter als zielgerichtete Handlungen (Rangell 1959).

Um die Sprache der Hysterie verstehen und Symptombildungen erklären zu können, kommt man mit der psychoanalytischen Methode auf der Grundlage der tiefenpsychologischen Theorie Freuds aus:

„Indem wir das Unbewußte zum Bewußten fortsetzen, heben wir die Verdrängungen auf, beseitigen wir die Bedingungen für die Symptombildung, verwandeln wir den pathogenen Konflikt in einen normalen, der irgendwie eine Entscheidung finden muß. Nichts anderes als diese rein psychische Veränderung führen wir beim Kranken hervor: So weit diese reicht, so weit trägt unsere Hilfeleistung. Wo keine Verdrängung oder ein ihr analoger psychischer Vorgang rückgängig zu machen ist, da hat auch unsere Therapie nichts zu suchen (Freud 1916/17, S. 451).“

Bei hysterischen und manchen funktionellen Symptomen werden Affekte an ihrer vollen Expressivität gehindert. Ein Teilausdruck steht für das Ganze. Bei solchen pars-pro-toto-Darstellungen fehlt dem Kranken v. a. ein Zugang zu seinen Absichten. Diese werden, um Freuds Worte zu wiederholen, „von der bewußten Verarbeitung abgehalten“. Wesentlich ist, daß die Unterbrechung des Zusammenhangs durch Verdrängung als kausal notwendige Bedingung rückgängig gemacht werden kann. Anders verhält es sich bei den Symptomen körperlicher Erkrankungen.

„Es ist ein methodischer Irrtum“, sagte Alexander bereits 1935, „wenn man ein organisches Symptom psychologisch zu deuten versucht, obwohl es erst das Endergebnis eines physiologischen Zwischenprozesses ist“ (Alexander 1935, S. 192).

Die unmittelbare Reichweite von Psychotherapien endet unabhängig von der Landessprache vermutlich in allen Kulturen dort, wo die Körpersprache aufhört oder beim „Gehabtwerden“ durch eine körperliche Erkrankung niemals ein averbales Ausdrucksphänomen vorlag. Verlaufen körperliche Prozesse eigengesetzlich

und ohne jeden unbewußten Ausdrucksgehalt, also ohne Symbolik im weitesten Sinn des Wortes, ist auch keine Übersetzung oder Rückübersetzung in die Sprache von Affekten möglich, weder analytisch noch körpertherapeutisch.

Diese Auffassung entspricht Freuds klaren methodischen Richtlinien bezüglich symbolisch deutbarer körperlicher Störungen (Freud 1910i, S. 101). Damit kann man Anschluß an moderne Handlungs- und Affekttheorien finden. Daraus ergibt sich, unter welchen pathogenetischen Bedingungen ein unbewußter Ausdrucksgehalt mit Symptomen verknüpft ist. Fehlt diese Voraussetzung, läßt sich nichts reinszenieren. Manche Richtungen der jüngeren psychoanalytischen Psychosomatik und nun auch einige Körpertherapien sind jedoch in die Zeit der Symboldeutungen allen körperlichen Geschehens, also hinter die methodische Klärung Alexanders, zurückgefallen. Als abschreckendes Beispiel hierfür sei Canzlers (1990) Interpretation von Wirbelsäulen- und Rückenerkrankungen im Rahmen der „Orthotonie“ genannt. Rückenschmerzen werden kurzerhand nach dem Modell der prägenitalen Konversion symbolisch gedeutet. Seelische Fehlhaltungen werden hierbei in direkte Beziehung zum Auftreten von Rückenschmerzen gesetzt. Daß sich Fehlhaltungen ganzheitlich äußern können, gehört zum ärztlichen Allgemeinwissen, auch wenn immer wieder um eine psychosomatische, ganzheitliche Einstellung gekämpft werden muß. Diese Einstellung in konkrete Diagnostik und Therapie umzusetzen und den Nachweis zu führen, daß eine Fehlhaltung diese Beschwerden verursacht oder mit diesen in einem gewissen Zusammenhang steht, ist eine Sache, die nicht durch Symboldeutungen zu lösen ist. Rückenschmerzen und Bandscheibenbeschwerden gehören zum Berufsrisiko von Analytikern, wenn diese keinen Ausgleich für ihren sitzenden Beruf finden oder keine körpergerechten Sessel haben. Psychoanalytiker mögen auch die eine oder andere Fehlhaltung aufweisen. Eine ihrer Berufskrankheiten, ihre Rückenbeschwerden, möchte ich nicht nach dem Konversionsmodell buchstabieren und, was mich selbst angeht, rein körpertherapeutisch behandelt wissen.

Regression und frühe Störung

Mit der Zurückdatierung der Pathogenese in die früheste, präverbale Lebenszeit hat sich die Psychoanalyse als „talking cure“, als Gesprächstherapie anscheinend selbst in ein Dilemma gebracht. Der Schein trügt, wie Bittner (1988) gezeigt hat. Auf den ersten Blick scheint es freilich konsequent zu sein, daß präverbal entstandene Störungen nicht durch das Wort, sondern durch heilende Körpererfahrung behandelt werden müßten. Nehmen wir also an, es gäbe sehr früh entstandene Selbst- oder Ich-Defekte, und gehen wir weiterhin davon aus, daß strukturschwache Grenzfälle

ebenso wie die Ich-Defekte, durch Mängel der verschiedensten Art in der intrauterinen und frühen Kind-Mutter-Beziehung entstanden seien. Dann läge der Gedanke nahe, diesen Mangel auszugleichen und sich nicht durch das Scheitern Ferenczis von neuen und besseren Versuchen abhalten zu lassen. Wir haben also ein vielfältiges Problem vor uns, das sich allerdings rasch auflöste, wenn eine Wiedergutmachung des erlittenen Mangels gar nicht möglich wäre, weil eben die Uhr der Lebenszeit nicht zurückzudrehen ist.

Die mir bekannten kasuistischen Darstellungen von Körpertherapeuten, die psychoanalytische Ideen integriert haben, lassen erkennen, daß das Wesentliche nicht die körperliche Interaktion ist, sondern deren Metaphorik oder Symbolik, also die interpretative Bedeutungszuschreibung. Es geht also um die *Psychomotorik* oder um unvollständige emotionale Ausdrucksbewegungen, ganz im Sinne Darwins, Freuds und der modernen Affekttheorien (Krause 1983, 1990).

Der angenommene Mangel kann nicht konkret behoben werden. Möglich ist es hingegen, in jeder Psychotherapie Affekte und Handlungspotentiale freizusetzen und mit unbewußten Phantasien, die mit dem eigenen Körper zu tun haben, zu verknüpfen.

Zusammenfassend möchte ich mit Bittner (1988) dem Glauben entgegenreten, in körperlichen Aktionen lasse sich mehr und Tieferes ausdrücken als in der analytischen Imagination.

„Es ist genau umgekehrt: Die seelisch/symbolischen Ausdrucksmittel sind unendlich viel differenzierter als die sinnlich/körperlichen, und darum zur Entfaltung der 'zentralen Körperphantasie' um vieles geeigneter“ (Bittner 1988, S. 141).

Ganz abgesehen von der Ätiologie stellt sich das diagnostische Problem der Klassifikation seelischer und psychosomatischer Erkrankungen. Mosers (1986, 1990) essayistischen Darstellungen kann ich nicht entnehmen, daß bei den beiden Patientinnen eine schwere seelische Erkrankung vorgelegen hat - ganz zu schweigen von der Ätiologie und der hypothetischen Annahme einer frühen Störung. Die vage Diagnose einer „psychosomatischen Struktur“ und andere spekulative Annahmen über das Psycho/Soma bei den Fällen von McDougall (1985) rechtfertigen in erster Linie eine Kritik an Auswüchsen der psychoanalytischen Psychosomatik. Moser übernimmt indes diese wahrscheinlich theoretisch falschen und methodisch irreführenden Spekulationen. Gleichzeitig karikiert er die von McDougall vertretene psychoanalytische Technik. Publikumswirksame Schlagwörter gelten der ganzen psychoanalytischen Berufsgemeinschaft als den „Hintercouchlern“ mit „Berührungängsten“, die als „sprechende Attrappe(n)“ figurieren. In der Psychoanalyse ist scharfe, ad hominem gerichtete Kritik, die im Mißverhältnis zu sachbezogener Auseinandersetzung steht, gang und gäbe. Ich kenne aber keinen Autor in der psychoanalytischen Literatur, der so weitreichende

theoretische und methodische Veränderungen mit einigen wenigen feuilletonistischen Darstellungen aus eigenen Behandlungen, im wesentlichen aber mit „körpertherapeutischen Phantasien“ (1989) im Dienste sarkastischer Kritik an der Behandlungsführung von Kollegen begründet, wie Moser. Selbst Freuds Novellen als Krankengeschichten haben als Darstellungen von „Behandlungsberichten“ heute ausgedient (s. hierzu Thomä u. Kächele 1988). Mit Moser teile ich die Auffassung, daß vieles in der Psychoanalyse reformiert werden müßte (Thomä 1991a). Revolutionäre Ideen sollten aber, soweit es um Therapie geht, durch Kranken- und Behandlungsberichte begründet werden, die sich heutigen wissenschaftlichen Ansprüchen wenigstens annähern.

Es mag dahingestellt bleiben, inwieweit McDougall dem Körpererleben ihrer Patienten therapeutisch gerecht geworden ist. Körpertherapeutische Verbesserungsvorschläge treffen ins Leere, wenn die Modellvorstellungen über die Entstehung körperlicher Erkrankungen unter seelischen Einflüssen falsch sind, oder durch eine Mystik des Leibes ersetzt werden.

Ein weiteres Beispiel für irreführende Ausdehnungen der Regressionstheorie ist die Konzeption Schurs (1974) über den Zusammenhang psychosomatischer Störungen mit Reifungs- und Regressionsvorgängen, wobei die Entwicklung eines gesunden Kindes von ihm als Prozeß der „Desomatisierung“ aufgefaßt wird. Aus der undifferenzierten und unentwickelten Struktur des Neugeborenen, in dem Psychisches und Somatisches untrennbar miteinander verbunden seien, und das aufgrund seines Entwicklungsstands vorwiegend körperlich und unbewußt reagiere, entwickle sich durch die Reifung eine eher bewußte und seelische Reaktionsweise. Somatische Reaktionsformen treten in den Hintergrund, das Kind lerne, kognitiv-psychisch anstelle von somatisch, d. h. durch körperliche Erregungszustände zu reagieren. Diesen Prozeß der Desomatisierung bringt Schur mit der Ich-Leistung der Neutralisierung von Triebenergien in Zusammenhang. Im Falle einer psychosomatischen Erkrankung seien Konfliktsituationen nicht mehr mit frei verfügbaren, neutralisierten Energien durch das Ich zu bewältigen. Durch die damit einhergehende Angst komme es zu einer Regression auf die Ebene früher Verhaltensmuster, also auf die Ebene der somatischen Reaktionsform (psychophysiologische oder psychosomatische Regression). Energien, die vorher durch den Abwehrprozeß der Neutralisierung gebunden waren, werden durch den partikularen Zusammenbruch des Ich freigesetzt und äußern sich entsprechend dem Regressionsstadium undifferenziert somatisch. Mit Hilfe der Annahme einer „psychophysiologischen bzw. psychosomatischen Regression“ und der zusätzlichen Spekulation, daß frühe Traumata die Einheit Psyche-Soma treffen, scheint jede schwere körperliche oder seelische Erkrankung, vom Krebs bis zur Schizophrenie, von einem Punkte aus erklärt werden zu können. Von der sog. „psychosomatischen Struktur“ läßt sich scheinbar alles ableiten.

Es ist erstaunlich, welche Faszination von der Idee der psychophysiologischen Regression ausgeht, die von Margolin (1953) propagiert und als psychosomatische Regression neuerdings besonders von McDougall (1974, 1987) als allumfassendes Erklärungsprinzip für seelische und körperliche Erkrankungen vertreten wird. Der Begriff der psychophysiologischen Regression, längst von Mendelson et al. (1956) als unhaltbar kritisiert, scheint seinem Inhalt nach ebenso unsterblich zu sein wie die Hoffnung auf ein ewiges Leben und hat möglicherweise in ihr überhaupt seinen Ursprung. Die Sinnfindung als persönliche Wahrheit bestimmt das menschliche Leben mehr als die Wahrheit wissenschaftlicher Theorien und daraus abgeleiteter Technologien und Handlungsanweisungen.

Zur persönlichen Sinnfindung gehört das Suchen nach der wechselseitigen Stellvertretung von Leib und Seele, verbunden mit der aus der Psychoanalyse stammenden Idee der unbewußten Verborgenheit. Aufgrund dieser Annahmen gelangt man zum Prinzip der Äquivalenz und der gegenseitigen Vertretbarkeit der somatischen und der psychischen Symptomatik V. v. Weizsäckers, was ebenfalls auf einen Panpsychismus in der These hinausläuft: „Nichts Organisches hat keinen Sinn“. Bezüglich des Äquivalenzprinzips spricht Schäfer (1990) zutreffend von einem mystischen Modell (S. 90).

Es bedarf gründlicher methodischer Überlegungen, um das von Bittner benannte Problem zu klären:

„Das Problem beginnt, wenn körperorientierte Methoden eingesetzt werden, um in das seelische Erleben anregend und stimulierend einzugreifen - zumeist, um an jene Schichten des Seelischen heranzukommen, die angeblich die Analyse nicht oder nur zu langsam, zu spät, zu umständlich erreicht“ (Bittner 1988, S. 135).

Meine nachfolgenden Ausführungen zeigen, daß mein Verständnis der psychoanalytischen Methode und meine Erfahrungen mit dem therapeutischen Prozeß mit körperpsychotherapeutischen Handlungen kaum zu vereinbaren sind. Nimmt das körperliche Erleben in der Analyse von Übertragung und Gegenübertragung im Hier und Jetzt einen hervorragenden Platz ein, ist eine gewisse Distanz notwendig, um den Spielraum des Patienten zu sichern und einzurahmen. Im Notfall in der analytischen Situation ärztlich tätig zu sein und eine klinische Untersuchung durchzuführen oder ein Rezept zu verschreiben, ist ein abgrenzbares Faktum, auch wenn dieses selbstverständlich bewußte und unbewußte Bedeutungen annimmt. Es ist sekundär innerhalb des analytischen Prozesses interpretierbar. Fortlaufende Vermischungen von Rollen und Konfusionen der Beziehungsebenen und Interaktionen vervielfältigen den Bedeutungsgehalt ins Unendliche. Das Chaos ist unvermeidlich. Unter welchen Bedingungen, und in welchem Rahmen es möglich ist, körpertherapeutische Übungen (Bewegung, Tanz, Entspannung usw.) mit psychotherapeutischen Mitteln der Deutung und der Reflexion über die Beziehung

in einer Hand zu kombinieren, möchte ich der zukünftigen Diskussion überlassen (s. u.). Keinen Zweifel habe ich daran, daß sich beim Ausdruck von Gemütsbewegungen die Selbstwahrnehmung vertieft. Entsprechende Erfahrungen mache ich täglich in Analysen, ohne Körpertherapeut zu sein.

Methode und Technik

Die psychoanalytische Methode der Untersuchung des Seelenlebens unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses unbewußter Prozesse auf Denken und Handeln eröffnet keinen Zugang zum Körper als Objekt der somatischen Medizin. Die Untersuchungen des Körpererlebens richten sich vielmehr auf die subjektiven, bewußten und unbewußten Körperbilder und deren lebensgeschichtliche Einbettung in kognitive und affektive interpersonale Szenen. Der implizierte *Methodendualismus* oder Pluralismus macht mir keine Kopfschmerzen, weil ich diesen, wie A. E. Meyer (1987) und H. Schaefer (1990) im Gegensatz zu T. v. Uexküll in weiter Entfernung von Descartes *ontologischem* Dualismus, also der Trennung in zwei verschiedene Seins-Bereiche, der *res extensa* und der *res cogitans*, ansiedle. Auf dem Weg zum Zahnarzt, und während der Fahrt zum Unfallchirurgen beschäftigen sich Patienten nicht mit dem Leib-Seele-Problem, sondern mit der Frage, ob sie einen kompetenten Spezialisten finden, der in Entfaltung des methodischen Pluralismus sein Handwerk beherrscht. Als Patient mit Störungen meines seelischen Befindens, die häufig mit körperlichen Beschwerden verbunden sind, würde ich wissen wollen, welchen Körperbegriff mein Psychoanalytiker hat, wie er seine Theorien in therapeutisches Handeln umsetzt und inwieweit überhaupt diese oder jene psychoanalytische Technik den Anforderungen der Methode gerecht zu werden vermag. Mit dem letzten Satz wird eine Spannung zwischen psychoanalytischen Techniken und der grundlegenden Methode eingeführt, die mit Rapaport als Variante der teilnehmenden Beobachtung und Reflexion über die gegenseitige Beeinflussung bezeichnet werden kann (Rapaport 1956, S. 129).

Zwischen der Methode und ihrer Anwendung in der speziellen Behandlungstechnik bestehen fließende Übergänge. Die jeweilige Behandlungstechnik muß sich von der Methode her rechtfertigen lassen. Hierzu gehört die Frage, ob eine behandlungstechnische Regel, beispielsweise das Liegen auf der Couch oder eine bestimmte Anwendung der Neutralitäts- und Abstinenzregel in optimaler Weise der Erkenntnis und der Therapie dient. Meine Kritik an der Handhabung technischer Regeln und mein Plädoyer für eine größere Flexibilität, die dem körperlichen Erleben zugute kommt, hat mich zugleich für die methodischen Voraussetzungen der Psychoanalyse sensibilisiert. Um unbe-

wußte Motive und seelische Vorgestalten kognitiver und affektiver Prozesse erkennen zu können, ist eine besondere Art und Weise der teilnehmenden Beobachtung erforderlich. Da sich die psychoanalytische Methode bei behandlungstechnischen Anwendungen bewähren muß, ergeben sich wechselseitige Abhängigkeiten. Beispielsweise hat das neue Verständnis der Gegenübertragung die Teilnahme des Analytikers am therapeutischen Prozeß intensiviert und seine Interventionsmöglichkeiten erweitert. Beobachtung und Selbstreflexion setzen freilich eine gewisse Distanz zum Geschehen voraus. Aus diesem Grund ist die psychoanalytische Methode daran gebunden, daß der Therapeut sein Mitmachen in der Schwebelage hält. Freud hat im Namen des Erkenntnisgewinns und in der Absicht, zu wissenschaftlich begründeten Wahrheiten zu gelangen, das Einhalten von Regeln empfohlen. Die gegenseitige Beeinflussung, in die sich ein Patient mit therapeutischen Erwartungen einläßt, macht es unerlässlich, daß sich der Analytiker mit einem Bein auf sicherem Grund außerhalb der emotionalen Verwicklung befindet und einen kühlen Kopf behält, so schnell auch sein Herz in der Gegenübertragung schlagen mag.

Es liegt also in der Natur der Sache, nämlich im Interesse des gemeinsamen Nachdenkens über die Übertragung, daß der Analytiker sein Mitmachen bei der Reinszenierung lebensgeschichtlicher Szenen einschränkt. Meine Bedenken gegen leichtfertige Verschiebungen von Grenzen sind primär methodisch begründet, treffen aber mit anthropologischen und ethischen Prinzipien zusammen. Daraus ziehe ich eine zusätzliche Bestätigung für meine Auffassung.

Um meinen Standpunkt zu erläutern, möchte ich einige Worte zum psychoanalytischen Rahmen sagen, in welchem einige Körpertherapien von Anfang an standen, wie beispielsweise die Bioenergetik. Andere können tiefenpsychologisch interpretiert werden, wie die konzentrierte Bewegungstherapie (Becker 1989). Erlebnisse und Ereignisse, die in Psychotherapien auftreten, können auch psychoanalytisch interpretiert werden. Die Komplexität der psychoanalytischen Theorie erleichtert dieses Fremdgehen. Was als Vorzug erscheint, erweist sich aus verschiedenen Gründen als folgenreicher Nachteil. Die methodisch strenge Nachprüfung, die genau genommen nur auf dem psychoanalytischen Mutterboden erfolgen kann, unterbleibt oft. Schlimmer noch: sie kann aus inneren und äußeren Gründen gar nicht erfolgen. Andererseits ist bekannt, daß die Praxis besser sein kann, als es die Theorie, von der sich ein Psychotherapeut leiten läßt, zuließe. Insofern ist es denkbar, daß man beispielsweise in einer Körpertherapie beim Bioenergetiker Lowen (z. B. 1975) bessere Erfahrungen machen kann, als es die abstrusen Theorien, die in der Nachfolge Reichs propagiert wurden, zuließen. Im allgemeinen führen falsche Theorien aber tatsächlich in die Irre. Übrigens soll nicht bestritten werden, daß Patienten bei einem Körpertherapeuten, der im Sinne Mosers vorgeht, neue und hilfreiche Erfahrungen machen können. Es ist auch nicht überraschend, daß Körpertherapien als Selbsterfahrung nach vorausgehenden Analysen

gesucht werden. Unzufriedenheiten und Mißerfolge werfen viele Fragen auf, die letztlich nur individuell und bei genauer Kenntnis der Therapeut-Patient-Beziehung beantwortet werden können. In gründlichen Studien ist nach den systemimmanenten Schwächen und Beschränkungen einer Behandlungstechnik zu fragen. Behandlungstechniken werden durch ihre Grenzen bei der Anwendung definiert. Deshalb ist für die Therapieprüfung Purismus erforderlich.

Die Körpertherapien psychoanalytischer Herkunft beanspruchen einen Zugang zu jenen Schwerkranken zu finden, deren Störung auf Traumatisierungen im frühesten Lebensalter einschließlich der pränatalen Entwicklungsphase zurückgeführt wird. Diese Behauptung, die sich in die schlagkräftige Formel kleidet, der intrauterin, perinatal und im frühen Kindesalter geschundene Körper vergesse nichts, würde nahelegen, die präverbal entstandene Störung mit nonverbalen Mitteln zu behandeln.

Es ist freilich abwegig, den Körperzellen selbst oder dem sich entwickelnden Gehirn des Fötus Erinnerungen zuzuschreiben. Erhöhungen des Muskeltonus können als rudimentäre Abwehrhandlungen im Kontext verjährter Angstbedingungen als unbewußte Erinnerung erhalten bleiben und sich situativ verstärken oder günstigenfalls durch neue positive Erfahrungen in- und außerhalb von Psychotherapien verändern. Es ist kein Zufall, daß die unschöne Metapher des Charakterpanzers auf den Körper ausgedehnt wurde. Der Charakter führt eben keine abgehobene Existenz, sondern drückt sich im Körper aus, weil sich die betroffene Person reflektorisch überall auf einen Abwehrkampf einstellt. Ob man nun rascher zu den pathogenen Szenen gelangt, wenn man als Körpertherapeut die Hand auf die gespannte Stelle legt und damit in gewisser Weise an die Druckprozedur oder Massage Freuds anknüpft, möchte ich unter Hinweis auf Bittners (1986) gründliche Studie verneinen. Die Assoziationen des Patienten bewegen sich im Kontext von Symptomen bei Beachtung des Widerstandes regelmäßig auf die auslösenden Situationen - zwischen Vergangenheit und Gegenwart hin und herpendelnd - zu. Es kommt hinzu, daß die berührende Hand auch des Körpertherapeuten, der mit der Psychoanalyse nichts im Sinn hat, rasch mit Bedeutungen belegt wird, die den besten Absichten des Therapeuten zuwiderlaufen können. Es werden Erwartungen geweckt, die in einer Therapie nicht erfüllt werden können, ohne daß beruflich festgelegte Grenzen überschritten werden.

Um nicht mißverstanden zu werden: Über das Körpererleben mit der persönlichen Ausdrucksfähigkeit auf einen vertrauten Fuß zu gelangen, ist in und außerhalb von Therapien wesentlich. Besonders bei stationären Psychotherapien in psychosomatischen Kliniken haben sich Körpertherapien bewährt. Beispielsweise fördern psychomotorische Übungen und die von Stolze (1989) systematisierte konzentrierte Bewegungstherapie die Selbstwahrnehmung ausdruckspsychologischer Phänomene, wodurch auch der tiefenpsychologische Zugang zu Patienten erleichtert werden kann. Einige Probleme der stationären Psychotherapie werden beson-

ders bei der Nachbehandlung deutlich. (Umgekehrt gilt mutatis mutandis das Gleiche.) In psychosomatischen Kurkliniken machen Patienten Erfahrungen, die während der Vorbehandlung fehlten. Die Kombination verschiedener Behandlungen oder Übungen, die durch eine größere Anzahl von Personen vermittelt werden (Psychodrama, Gestalttherapie, Malen, Musizieren, Tanzen etc.), stellt hohe Ansprüche an die Integrationsfähigkeit von Patienten und Personal. Erfahrungen bei der ambulanten Nachbehandlung belegen, daß nicht wenige Patienten hierbei überfordert werden. Ein ähnliches Problem ergibt sich, wenn verschiedenartige therapeutische Mittel in denselben Händen liegen. Selbst wenn der Therapeut sich selbst sicher ist, daß seine rechte Hand weiß, was die linke tut, sind auf seiten des Patienten schwerwiegende Verwechslungen möglich, die unkorrigierbar bleiben können. Daraus ergeben sich Bedenken gegen Vermischungen des therapeutischen Handelns.

Das Feld der Körpertherapien, die oft nach dem Namen der Schulgründer benannt werden (z. B. Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs, Eutonie nach G. Alexander, psychomotorische Therapie nach A. Pesso, etc.), hat viele Angrenzer. Durch Anleihen der verschiedensten Art - bei Jung, Freud u. a. - entstehen „wilde“ (Körper-) Psychotherapien. Die Bezeichnung Körpertherapie ist mißverständlich, und die Mischform Körperpsychotherapie verdeckt sachliche und methodische Probleme. Diese Mischformen müssen Bedenken hervorrufen.

Mein Zweifel richtet sich beispielsweise gegen die mit der Diagnose einer frühen Störung begründeten, in einer Hand liegenden psychoanalytischen Körpertherapien. Die vielfältigen Verwirrungen, die Rollen- und Identitätskonfusionen der Grenzfälle verstärken sich häufig noch, wenn Therapeuten sich nicht an einen Rahmen halten und im Wechsel verschiedene Rollen übernehmen. Theoretisch und behandlungstechnisch geht es vor allem um das Problem der Entstehung und der Heilung von Selbstfragmentierungen, die mit der Angst vor dem Zerfall des Körpers, des Körper-Selbst oder des Körper-Ich einhergehen. Diese beiden Phänomenbereiche können übrigens nicht voneinander unterschieden werden. Körpertherapeuten gehen von der Vorstellung aus, durch konkrete körperliche Übungen oder gemeinsame Aktionen solche Ängste dauerhaft beschwichtigen zu können. Tatsächlich bezieht sich die Fragmentierungsangst aber nicht auf den materiellen Körper, der durchaus intakt ist, sondern auf Vorstellungen über den Körper. Es ist bemerkenswert, daß beim körpertherapeutischen Umgang, offenbar weitgehend unerkannt, Kohuts Ideen über die Heilung narzißtischer Körper selbstverletzungen in die Tat umgesetzt werden.

Auf verschiedenen Wegen geht es um das Ausfüllen, um das Beheben von Defekten, sei es durch die heilende Hand, sei es durch den bejahenden Blick. Wiewohl es streng genommen keine Wiedergutmachung für erlittene Beschädigungen geben kann, hängt therapeutisch sehr viel davon ab, in welcher Weise der Analytiker seine Möglichkeiten als Stellvertreter bei der Vermittlung

neuer mutativer Erfahrungen ausschöpft. Es gäbe wahrscheinlich weder Kohuts Selbstpsychologie noch psychoanalytisch orientierte Körperpsychotherapien, wenn in der jeweiligen Standardtechnik der ichpsychologischen, der Kleinianischen, der Lacanianischen Richtung etc., die auf das Körperbild bezogene Anerkennung nicht „vergessen“ worden wäre. Zugleich greift die Redeweise vom „vergessenen Körper“ in vieler Hinsicht zu kurz. Hierbei bleibt nämlich außer acht, daß bei allen körperbezogenen Zerfalls- und Fragmentierungsängsten unbewußte Phantasien am Werk sind, die sich am Selbstobjekt, am eigenen Körper und am äußeren Objekt - im Sinne von Schilders Korrelation - einprägen. Dieses Strukturmerkmal vieler Neurosen, das von Kernberg (1979) und von Rosenfeld (1981) besonders bei Grenzfällen beschrieben wurde, ist freilich keineswegs umweltstabil. Es ist situationsabhängigen Schwankungen unterworfen, die in der Therapie in hohem Maße von der Gestaltung, also vom Beitrag des Analytikers, abhängig sind. Rosenfeld (1981) hat demonstriert, wie ein neurotischer Patient in eine Übertragungspsychose hineingeriet und wie dieser Mann bei veränderter Haltung des Analytikers die induzierte Verrücktheit wieder verlor. Solche kasuistischen Beschreibungen, eigene Erfahrungen und psychodynamische Überlegungen haben mich davon überzeugt, daß der „vergessene Körper“ in die psychoanalytische Methode, aber nicht in eine verworrene Körperpsychotherapie zurückgeholt werden sollte. Der Einwand, daß ich über die Körperpsychotherapie spreche, ohne einschlägige eigene Erfahrungen zu haben, hat wenig Zugkraft. Man muß nicht alles selbst konkret erlebt haben, um die ätiologische Plausibilität und die Wirksamkeit einer Therapie beurteilen zu können. Die Selbsterfahrung hat nicht das letzte Wort!

Ich habe eine relativ große Zahl von schwerkranken Patienten aus einem breiten nosologischen Spektrum behandelt und bezweifle, daß eine signifikante Korrelation zwischen der Schwere der seelischen oder somatischen Erkrankung und einer früh durch ein oder einige Traumata entstandenen Störung besteht. Bei der Zurückdatierung der Ätiologie scheinen manche Formen der Körpertherapie eine Verbindung mit der von Janus (1989) vertretenen pränatalen Psychologie einzugehen, die in manchen Aspekten kaum mehr von der Scientology Hubbards (1984) zu unterscheiden sind (Thomä 1990). Diese Regression ad infinitum verleugnet nicht nur Freuds Prinzip der Nachträglichkeit, also die retrospektive Zuschreibung durch induzierte Phantasien, sondern die Bedeutung des Hier und Jetzt im Verständnis der therapeutischen Situation. Die Vernachlässigung der Aktualität hat ungünstige Auswirkungen sowohl bezüglich der Rekonstruktion der Entstehung von Erkrankungen als auch hinsichtlich der Optimierung des therapeutischen Prozesses (Thomä 1991a). Es muß sich antitherapeutisch auswirken, wenn in Patienten Illusionen geweckt werden, so als gäbe es unbewußte Fixierungen der Wahrnehmung derart, daß ein 30jähriger Patient oder eine 20jährige Patientin den Analytiker ausschließlich als Partialobjekt oraler Herkunft erleben.

Die Täuschung, als könnte der Therapeut erlittenes Leid wiedergutmachen - durch symbolische Wunscherfüllung oder ganz konkret -, vergrößert die Illusion des Patienten bezüglich unbewußter Auswirkungen erlittener Kränkungen und passiv erduldeten Unrechts. Anna Freud (1976) hat einmal gesagt, daß wir nur therapieren können, was das Ich getan habe, nicht aber, was ihm angetan wurde. Ich möchte diese Feststellung dahingehend ergänzen, daß die therapeutischen Chancen dort liegen, wo das unbewußte Handlungspotential lahmgelegt wurde und der Patient wegen ungünstiger Kräfteverhältnisse damals nicht tun konnte, was er wollte. In analogen Situationen der Übertragung neue Erfahrungen geglückter Selbstbehauptung machen zu können, geht mit einem veränderten Körpergefühl einher. Denn destruktive unbewußte Phantasien deformieren stets auch die Gestaltwahrnehmung des Objekts, sei es in der Gestalt des anderen oder des eigenen Körperbildes.

Freuds ätiologische Theorie besagt, daß frühere Traumen anlässlich von Retraumatisierungen wiederbelebt werden, so daß ein komplexes Bedingungsgefüge von notwendigen und hinreichenden Ursachen angenommen werden muß. Mit diesem theoretischen Problem hängt das behandlingstechnisch außerordentlich relevante Thema des Zurückphantasierens zusammen, das C. G. Jung als erster beschrieben und als Widerstand erkannt hat (s. hierzu Thomä u. Cheshire 1991; Cheshire u. Thomä 1991). Ich habe großen Respekt vor dem im Unbewußten wirksamen und verflochtenen Bedingungsgefüge. Sinnlichkeit, Zärtlichkeit und Sexualität sind zwar phänomenologisch und entwicklungspsychologisch voneinander zu differenzieren, aber es hat zugleich einen tiefen Sinn, daß Freud alle Phänomene der Lust durch die Libidotheorie miteinander verknüpfte.

Mit Hilfe von Spaltungsprozessen kann ein Therapeut so tun, als ob eine erwachsene Frau oder ein volljähriger Mann geschlechtslose Wesen ohne ödipale Konflikte seien, die - in einem umfassenden Sinn verstanden - nicht auf die infantile Frühblüte der Entwicklung der Geschlechtsrolle eingeschränkt werden können. Anscheinend dient die Diagnose sog. prägenitaler oder früher Störungen dazu, averbale körpertherapeutische Maßnahmen zu begründen und Berührungen oder andere gemeinsame körperliche Handlungen zu verharmlosen. Zugleich werden Analytiker wegen ihrer angeblichen Berührungsängste lächerlich gemacht. Den Patienten und den Therapeuten durch Regeln zu schützen, liegt aber primär nicht auf der Ebene von Tabus oder der Abwehr von Ängsten, wiewohl Regeln sekundär mißbraucht werden können. Folgt der Therapeut der Illusion, als könnten körperliche Bedürfnisse klar voneinander unterschieden und isoliert befriedigt werden, kommt es auf seiten des Patienten zu Selbsttäuschungen und beim Erwachen von den erzeugten Illusionen zu schweren Krisen.

Von den heillosen Verwirrungen durch sexuellen Mißbrauch abhängiger Patientinnen brauche ich hier angesichts beunruhigender Veröffentlichungen nicht zu sprechen. Es geht mir darum, aus prinzipiellen Gründen für eine therapeutische

Wir-Bildung zu plädieren, bei der zugleich Autonomie und Selbstreflexion gepflegt und gerade bei großer emotionaler Nähe eine sichere Distanz erhalten bleibt. Je intensiver eine Beziehung mit therapeutischen Zielsetzungen unter analytischen Gesichtspunkten gestaltet wird, desto weniger ist es möglich, den Körper konkret einzubeziehen und gleichzeitig den unbewußten Bedeutungsgehalt ins Auge zu fassen. Würde es zutreffen, daß die Berührung des Körpers eines Kranken durch den Arzt im Verlauf jeder Behandlung mehr oder weniger schwerwiegende libidinöse Bedeutungen annimmt, wie von Uexküll (1985, S.100) meint, müßten ständig erhebliche Komplikationen entstehen. Ich halte diese Behauptung von Uexküls zwar in der Verallgemeinerung für falsch, entnehme ihr aber eine Warnung an die Körperpsychotherapeuten. Wäre das Handauflegen in der objektivierenden Körpermedizin ein libidinisierter Akt, müßten noch viel größere Probleme dort entstehen, wo es von vornherein nicht um die Objektivierung körperlicher Störungen, sondern um das subjektive, personale Körpererleben geht. Deshalb ist es wesentlich, daß sich der Analytiker eingehend mit der Beschreibung körperlicher Symptome befaßt, um, soweit er Arzt ist, auch zu erkennen, inwieweit die körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitstheorie des Patienten Elemente enthalten, die auf eine körperliche Erkrankung hinweisen und zusätzliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen erforderlich machen könnten. Es ist mehr als ein Ärgernis, daß Psychoanalytiker nicht nur in der Karikatur von den körperlichen Beschwerden ihrer Patienten oft unzureichend Kenntnis nehmen. Tatsächlich führen solche Vermeidungen zur Zerstörung der therapeutischen Beziehung und zu unauflösbaren negativen Übertragungen.

Der in die Geschichte der psychosomatischen Medizin eingegangene unbekannte Heidelberger Patient, der durch seinen Satz berühmt wurde: „Herr Doktor, mir fehlt's nicht im Kopf, ich hab's im Magen“, hat viele Leidensgenossen, deren körperliche Beschwerden in psychoanalytischen Gesprächen nicht ernst genug genommen werden. Es ist höchste Zeit, dem Körper in der psychoanalytischen Methode den ihr nach der Triebtheorie zukommenden hervorragenden Platz zu geben. Die Renaissance des Körpers in den Körpertherapien ist auch als Wiederkehr des in vielen Formen der psychoanalytischen Technik verleugneten Körpers zu verstehen. Die Besinnung auf die wesentlichen inneren Merkmale der psychoanalytischen Methode ermöglicht die Einbeziehung des körperlichen Erlebens in den interaktionellen psychoanalytischen Prozeß. Größte Bedenken habe ich dagegen, körperbezogene Übungen mit der Analyse von Übertragung, Widerstand und Gegenübertragung und insgesamt mit dem analytischen Prozeß in einer Hand zu vereinen. Auf einer anderen Ebene liegt die Kombination von Körpertherapien mit analytischer Psychotherapie, sofern diese nebeneinander herlaufen und von verschiedenen Personen verantwortet werden. Daß sich diese Kombination im stationären Bereich bewährt hat und bei ambulanten Therapien aus der Kombination wichtige Anstöße auch für den analytischen Prozeß kommen können, hat Müller-

Braunschweig (1987) aufgewiesen. Die Körpertherapeuten neigen aber dazu, sich als Körperpsychotherapeuten zu profilieren. Es liegt in der Natur des Menschen, daß in der Psychomotorik Expressivität und Sinn enthalten ist, der latent bei allen Bewegungsübungen mitschwingt. Physiotherapeuten, die sich als Körperpsychotherapeuten verstehen, müssen sich aber fragen, ob nicht sehr viel verlorengeht, wenn beispielsweise das isometrische Muskeltraining und andere Formen primär körperbezogener Gymnastik psychologisiert werden. Auch deshalb plädiere ich dafür, daß Schuster bei ihren Leisten und Schneider bei ihren Ellen bleiben und jeder Handwerker sein Tun nach bestem Wissen und Gewissen ausübt. Wie auf dem Boden der Spezialisierung die Integration zu leisten ist, ist eine von allen Beteiligten zu lösende Aufgabe.

Literatur

- Alexander F (1935) Über den Einfluß psychischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen. *Int Z Psychoanal* 21 : 189-219
- Becker H (1989) Konzentrative Bewegungstherapie. Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozeß. Thieme, Stuttgart New York
- Bittner G (1986) Vernachlässigt die Psychoanalyse den Körper? *Psyche* 8 : 709-734
- Bittner G (1988) Heilende „Körpererfahrung“? In: Rechenberger HG, Werthmann H-V (Hrsg) *Psychotherapie und Innere Medizin*. Pfeiffer, München, S 135-144
- Bittner G (1989) Psychoanalyse und Körper. In: Werthmann H-V (Hrsg) *Unbewußte Phantasien*. Pfeiffer, München, S 285-300
- Brähler E (1986) Körpererleben - ein vernachlässigter Aspekt der Medizin. In: Brähler E (Hrsg) *Körpererleben. Ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 3-18
- Canzler P (1990) Das Kreuz mit dem Rücken - Zur Psychoanalyse der Körperhaltung. *Psychoanalyse im Widerspruch* 2 : 6-20
- Cheshire N, Thomä H (1991) Metaphor, neologism and „open texture“: Implications for translating Freud's scientific thought. *Int Rev Psychoanal* 18 : 429-455
- Christian P (1952) Das Personverständnis im modernen medizinischen Denken. Mohr, Tübingen
- Feldenkrais M (1978) Bewußtheit durch Bewegung. Der aufrechte Gang. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Freud A (1976) Contribution to plenary session on „Changes in psychoanalytic practice and experience: theoretical, technical and social implications“. Reported by Shengold L and McLaughlin JT. *Int J Psychoanal* 57 : 261-274
- Freud S (1895d) Studien über Hysterie. *GW Bd 1*, S 75-312
- Freud S (1910i) Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung. *GW Bd 8*, S 93-102
- Freud S (1916-17) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *GW Bd 11*
- Freud S (1921c) Massenpsychologie und Ich-Analyse. *GW Bd 13*, S 71-161
- Freud S (1923b) Das Ich und das Es. *GW Bd 13*, S 235-289
- Freud S (1926d) Hemmung, Symptom und Angst. *GW Bd 14*, S 111-205

- Grünbaum A (1984) The foundations of psychoanalysis. A philosophical critique. Calif Univ Press, Berkeley Los Angeles London
- Hubbard LR (1984) Dianetik. New Era Publ, Kopenhagen
- Janus L (1989) Die verdeckte pränatale Dimension im Konzept Melanie Kleins. Forum Psychoanal 5 : 333-341
- Joraschky P (1983) Das Körperschema und das Körper-Selbst als Regulationsprinzipien der Organismus-Umwelt-Interaktion. Minerva Publ Saur, München
- Kantorowicz EH (1990) Die zwei Körper des Königs. Eine Studie zur politischen Theologie des Mittelalters. DTV, München
- Kernberg OF (1979) Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Krause R (1983) Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. Psyche 37 : 1016-1043
- Krause R (1990) Psychodynamik der Emotionsstörungen. In: Scherer K (Hrsg) Enzyklopädie der Psychologie, Bd C/IV/3 : Emotionen. Hogrefe, Göttingen, S 630-705
- Lowen A (1975) Bioenergetics. Coventure, London
- Margolin SG (1953) Genetic and dynamic psychophysiological determinants of pathophysiological processes. In: Deutsch F (ed) The psychosomatic concept in psychoanalysis. Int Univ Press, New York, pp 3-34
- McDougall J (1974) The psychosoma and the psychoanalytic process. Int Rev Psychoanal 1 : 437-459
- McDougall J (1985) Plädoyer für eine gewisse Abnormalität. Suhrkamp, Frankfurt aM
- McDougall J (1987) Ein Körper für zwei. Forum Psychoanal 3 : 265-287
- Mendelson M, Hirsch S, Weber CS (1956) A critical examination of some recent theoretical models in psychosomatic medicine. Z Psychosom Med 18 : 363-373
- Meyer AE (1987) Das Leib-Seele-Problem aus der Sicht eines Psychosomatikers. Modelle und ihre Widersprüche. Psychother Med Psychol 37 : 367-375
- Moser T (1986) Das erste Jahr. Eine psychoanalytische Behandlung. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Moser T (1987) Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe. Eine Streitschrift. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Moser T (1989) Körpertherapeutische Phantasien. Fallgeschichten neu betrachtet. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Moser T (1990 a) Das zerstrittene Selbst. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Moser T (1990 b) Formen der Gegenübertragung in der psychoanalytisch orientierten Körper-Psychotherapie. Psychoanalyse im Widerspruch 2 : 42-65
- Müller-Braunschweig H (1986) Psychoanalyse und Körper. In: Brähler E (Hrsg) Körpererleben. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 19-33
- Pesso A (1986) Dramaturgie des Unbewußten. Eine Einführung in die psychomotorische Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Plessner H (1982) Gesammelte Schriften, Bd 7 : Ausdruck und menschliche Natur. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Plessner H (1983) Gesammelte Schriften, Bd 8 : Conditio humana. Suhrkamp, Frankfurt aM
- Rangell L (1959) The nature of conversion. J Am Psychoanal Assoc 7 : 632-662. (Dt: (1969) Die Konversion. Psyche 23 : 121-147)
- Rapaport D (1960) Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Versuch einer Systematik. Klett, Stuttgart
- Rosenfeld H (1981) Zur Psychopathologie und psychoanalytischen Behandlung einiger Borderline-Patienten. Psyche 35 : 338-352

- Schaefer H (1990) Das Prinzip Psychosomatik. Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer, Heidelberg
- Scheler M (1954) Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. GW Bd 2. Francke, Bern
- Schilder P (1933) Das Körperbild und die Sozialpsychologie. Imago 19 : 367-376
- Schilder P (1935) The image and appearance of the human body. Kegan, London
- Schmitz H (1982) Der Leib. Bouvier, Bonn
- Schöpf A (1988) Die Einstellung zum Leib in der klassischen Psychoanalyse. In: Rechenberger HG, Werthmann HV (Hrsg) Psychotherapie und Innere Medizin. Pfeiffer, München, S 43-54
- Schur M (1974) Zur Metapsychologie der Somatisierung. In: Brede K (Hrsg) Einführung in die Psychosomatische Medizin: Klinische und theoretische Beiträge. Fischer-Äthenäum, Frankfurt aM, S 335-395
- Stolze H (1989) Die Konzentrative Bewegungstherapie, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomä H (1990) Zur Wiederentdeckung des Geburtstraumas in der peri- und pränatalen Psychologie. Forum Psychoanal 6 : 260-269
- Thomä H (1991a) Was hat sich in meinem Verständnis des psychoanalytischen Prozesses seit den 60er Jahren gewandelt? Prax Psychother Psychosom 36 : 2-11
- Thomä H (1991b) Idee und Wirklichkeit der Lehranalyse. Ein Plädoyer für Reformen. Psyche 45 : 385-433 und 481-505
- Thomä H, Kächele H (1985) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 1 : Grundlagen. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd 2 : Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomä H, Cheshire N (1991) Freud's Nachträglichkeit and Strachey's 'deferred action': Trauma, constructions and the direction of causality. Int Rev Psychoanal 18 : 407-427
- Uexküll T v (1985) Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und der somatischen Medizin. Prax Psychother Psychosom 30 : 95-103
- Weizsäcker V v (1950 a) Diesseits und jenseits der Medizin. Köhler, Stuttgart
- Weizsäcker V v (1951) Fälle und Probleme, 2. Aufl. Thieme, Stuttgart New York