

ECKHARD FRICK*

MANIPULIERTER KÖRPER – VERPLANTE SEELE?

Psychoanalytische Überlegungen zum Menschenbild der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der deutschsprachigen Literatur

(Erhalten: 23. März 2009; angenommen: 25. Juni 2009)

Die psychosomatische Anthropologie ist traditionell mit dem Dualismus von zwei sich ausschließenden Ontologien belastet (Körper–Seele– oder Gehirn–Geist–Dualismus). Durch Appelle an eine „ganzheitliche“ Medizin soll eine körperlose Seelenheilkunde ebenso vermieden werden wie eine seelenlose Körpermedizin. Die vorliegende Arbeit plädiert im Gegensatz zu derartigen holistischen Beteuerungen dafür, die herkömmliche metaphysische Aporie der Medizin durch eine Dualität zweier Aspekte zu ersetzen, nämlich zwischen dem in der Perspektive der Ersten oder Zweiten Person erlebten *Leib* einerseits und dem in der Dritte-Person-Perspektive beschriebenen *Körper* andererseits. Dieser anthropologische Entwurf wird mithilfe der philosophischen Anthropologie, der Leib-Phänomenologie und der Körper-Soziologie begründet. Als medizinhistorisches Beispiel für die Korporifizierung des menschlichen Leibes dient das traditionelle Hysterie-Modell, welches zu Beginn der Psychoanalyse in neuer Weise aufgegriffen wurde.

Schlüsselbegriffe: Leib versus Seele, Verkörperung, psychosomatische Anthropologie, Hysterie

Manipulated Body – Planned Soul? Psychoanalytical and Philosophical Considerations Regarding the Image of Man in Medicine, with a Special Focus on German Language Literature: Psychosomatic anthropology carries within it the burden of the duality of two ontologies excluding one another (body–soul or mind–spirit duality). According to those arguing for a holistic approach to therapy, spiritual healing that ignores the body is to be avoided in the same way as corporeal medicine bypassing the soul. As opposed to such holistic statements, this work argues for replacing the traditional metaphysical aporia of medicine with the duality of two points of view, namely the living body (*Leib*) experienced from the first and second person

* Eckhard Frick, Hochschule für Philosophie, Kaulbachstr. 33, D-80539 München, Deutschland; Eckhard.Frick@hfph.mwn.de.

perspective on the one hand and the physical body (*Körper*) described from the third person perspective on the other hand. This anthropological theory is based on philosophical anthropology (Plessner), a phenomenological view of the body (Fuchs) and the sociology of the body (Villa). The traditional hysteria model, seized at the dawn of psychoanalysis in a novel way, serves as an example in medical history of the materialization of the living human body.

Keywords: duality of the living body and the physical body, embodiment, psychosomatic anthropology, hysteria

1. Einführung

In ihrem Buch *Sexy bodies* (VILLA 2006) beschreibt die Soziologin Paula-Irene VILLA, wie der Geschlechtskörper sozial konstruiert wird. Sie fragt aber auch nach der „sinnlichen Faktizität“ unseres Geschlechtsgefühls, ohne dabei in einen platten Biologismus, Essentialismus oder Naturalismus zu verfallen. Damit begegnen wir gleich zu Beginn unserer Überlegungen *der* großen Gefahr, die überall lauert, wo wir uns mit dem menschlichen Leib beschäftigen: Ich meine die Gefahr, diesen Leib auf ein physikalisch-biologisches Etwas zu reduzieren. Naturalismen können wir sowohl soziologisch als auch philosophisch beschreiben. Mit solchen Naturalismen geht meistens eine lokalisationalistische Tendenz einher: Wir meinen, den menschlichen Geist „im Gehirn“ verorten zu können oder wir sagen gar: „Das Gehirn denkt“. Der auf René Descartes zurückgehende Substanz-Dualismus und andere metaphysische Modelle führen zu einer Spaltung zwischen zwei radikal unterschiedlichen Ontologien, nämlich zwischen dem Mentalen und dem Physikalischen. Der Leibkörper des Menschen droht in spaltenden und verfügenden Diskursen abhanden zu kommen (MANEMANN 2008). Demgegenüber wird im Folgenden der lebendige Organismus als primäre Entität angenommen. An die Stelle eines „Gehirn-Geist-Problems“ tritt dann eine Dualität zweier Aspekte, nämlich die Dualität zwischen dem in der Perspektive der Ersten oder Zweiten Person erlebten *Leib* einerseits und dem in der Dritte-Person-Perspektive beschriebenen *Körper* andererseits (FUCHS 2008b; PÖLTNER 2008).

2. Zentrische vs. exzentrische Positionalität

Mit H. PLESSNER (2003) sowie mit den phänomenologischen Soziologinnen P. I. Villa und Gesa LINDERMANN (1993; 1994; 1996) können wir die zentrische und die exzentrische Position unterscheiden:

- Die zentrische Positionalität haben wir mit den Tieren gemeinsam. Im Unterschied zu den Pflanzen sind Tiere und Menschen geschlossene Systeme. Wir haben unseren eigenen absoluten Nullpunkt in unserem Leib. Das betrifft die Bewegung, das Raumerleben und die Wahrnehmung: Es ist mir kalt oder ich habe Schmerzen oder ich verspüre einen Harndrang. All das erlebe ich unmittelbar und authentisch, wenn auch sozial überformt. In meinem Spüren tauchen „Leibinseln“ (SCHMITZ 1998) auf und verschwinden wieder. Im eigenleiblichen Spüren nehme

ich Enge und Weite, Schmerz, Aus- und Einatmen, Aufatmen, Hitze- und Kälte-
wellen, Hunger, Durst, Wollust, Ekel, Müdigkeit, Mattigkeit, Frische usw. wahr,
ohne dazu die fünf Sinne zu brauchen. Ich spüre prä-reflexiv in der Gegend meines
Körpers, aber ich brauche weder Bild noch Vorstellung noch Messungen dazu.
Erst sekundär schaue ich vielleicht auf ein Thermometer oder ich überprüfe, was
mir von außen oder innen wehtut usw. Ich bin zum Essen eingeladen und suche
mir etwas aus, was mir schmeckt. Ich erlebe es eher als Störung des Essens, der
Unterhaltung, der Begegnungen, wenn sich körperliche Vorgänge als solche
bemerksbar machen, etwa die Zähne, der Magen oder der (schmerzende) Schädel.

- Die exzentrische Positionalität ist charakteristisch für den Menschen: Nur der
Mensch kann das leibliche Selbst in Relation zur Umwelt wahrnehmen und spü-
ren. Ich kann mich dann auch von der primären leiblichen Schmerzempfindung
distanzieren, sie z.B. zu einem Computerarbeitsplatz oder einem Sessel in Bezug
setzen. Ebenso wie diese Umweltdinge kann ich meinen eigenen Leib als Kör-
perding objektivieren, korporifizieren. Irgendwann muss ich mit dieser Reflexion
wieder aufhören, um in einer haltgebenden sozialen Ordnung als „Ruhelage in
der zweiten Naivität“ (PLESSNER 2003) zu leben.

Beide Positionalitäten verschränken sich beim Menschen, dem exzentrischen Um-
weltbezug entspricht das *Körperwissen*, der zentrischen Positionalität hingegen das
subjektive Erleben dieses Wissens, der (lebendige) Leib (VILLA 2006, 215).

Die Sexualität fasst Villa als „Scharnier zwischen Körper und Leib“ auf.

Denn die Sexualität ist ein wichtiger Ort der Verschränkung von sozialem Körperwissen
und leiblicher Erfahrung. Gerade weil Sexualität eine intensive leibliche Erfahrung ist,
kann an ihr beschrieben werden, wie sich geschlechtlich relevantes soziales Wissen um
den Körper und Empfindungen verknüpfen. . . . Dadurch, dass es Menschen unmöglich
ist, aus dem Hier-und-Jetzt 'auszusteigen' oder sich von der Zumutung der Präsenz zu
distanzieren, wissen wir alle, was der Körper bedeutet. . . . Da sexuelle Erfahrungen be-
sonders intensive Formen des leiblichen Erlebens sind, ist dort die soziale Aufforderung,
ein eindeutiges Geschlecht zu sein, besonders spürbar. Sexualität ohne ein eindeutiges
oder gar mit einem 'falschen' Geschlecht ist kaum vorstellbar. Falsch bedeutet hier z.B.
ein Mann ohne Penis oder als Frau ohne Vagina zu sein.

(VILLA 2006, 221)

Der kategorialen Unterscheidung zwischen Leib und Körper entspricht die Diffe-
renzierung zwischen dem erlebten Spielraum und dem euklidischen Raum. Genauso,
wie wir primär Leib sind und sekundär einen Körper haben, bewegen wir uns primär
in einem Richtungs-Raum, dessen absoluter Nullpunkt unser Leib ist. Erst sekundär
messen wir den Raum und ordnen ihn durch relative Koordinatensysteme wie Him-
melsrichtungen und Grundrisse. Mit anderen Worten: Primär ist der Mensch nicht ein
Körperding, sondern Leib in einem Feld. Wir können auch von interpersonalen Fel-
dern oder von Zwischenleiblichkeit (*intercorporéité*, MERLEAU-PONTY 1966) spre-
chen. Zwischenleiblichkeit entfaltet sich in den drei Bereichen unserer Räumlichkeit:
Im inneren, intermediären und äußeren Raum. Der *innere* Raum ist durch unsere Haut
begrenzt: Wir haben diesen Raum und wir sind dieser Raum. Der *intermediäre* Raum
oder Tastraum wird von dem Horizont begrenzt, der vom Stock gezogen wird, mit

dem wir den Boden berühren, von der Feder auf dem Hut der Dame, sogar vom Blech des Autos, das wir steuern. Der *äußere* Raum wird von unseren Ohren und Augen eröffnet. Dieser weiteste Horizont endet bei den fernsten Punkten, die unsere Augen oder Ohren noch als getrennt wahrnehmen können. Diesen Klang und Blickraum tragen wir paradoxerweise mit uns, und wir bewegen uns in ihm (UEXKÜLL et al. 1994).

3. Die Raumhaftigkeit des Leibes – dargestellt an zwei Beispielen

Der menschliche Leib steht nicht wie ein Dingkörper in einem Raum herum, er ist in einer spezifischen Weise „raumhaft“, wie Plessner sagt. Ich möchte zur Verdeutlichung ein mikro-soziologisches Interview und dann den Traum eines Analysanden mit Hilfe von Plessners Anthropologie interpretieren. Zunächst also das Gespräch mit der transsexuellen Karin.

Das war ganz komisch . . . Ich gehe – ich glaube – zur Post und ich höre, wie so von hinten, also sowie wenn jemand rennt, also mehrere rennen. Das waren drei Typen . . . vielleicht so siebzehn oder achtzehn. Die rannten so, haben gelacht, und haben mich überholt und dann ganz abrupt gebremst, lachen so und gehen dann weiter. Und das war alles so plötzlich – ich hab mich auch erschrocken total, weil es war so plötzlich – und dann – weiß nich – es war so . . . wie so eine Kraft, die durch mich durchgeht – und dann waren sie eben da, also vor mir, haben mich eben überholt . . . die waren auch größer als ich . . . ich hab mich hilflos gefühlt . . . ausgeliefert ist vielleicht zu übertrieben, aber schon so, also in dem Moment war es so . . . Und dann also dieser Park, was ich dir erzählt hatte. Also vorher war das immer so: manchmal bin ich durchgegangen, auch abends, weil, wenn ich in die B. (Name einer Kneipe) gehe, ist das kürzer, als wenn ich da außen rumlaufe. Bin ich eigentlich immer durchgegangen, fast immer, nur manchmal nicht, weil ich dachte: Frau und so und gefährlich, darfst du nicht . . . vom Kopf her eben. Und das war eben, seitdem das mit diesen drei Typen passiert ist, also ist ja eigentlich nix passiert, aber irgendwie doch, also es ist jetzt so, daß ich das, ich meine diesen Park, also da durchzugehen, daß ich das nicht mehr mache, geht irgendwie nicht mehr . . . Einmal, da hatte ich es total eilig, weil ich in der B. (Name der Kneipe) verabredet war und spät dran war – bin ich nicht um den Park drumrum, sondern durchgegangen. Ich bin sowieso etwas schneller gegangen, weil ich es eilig hatte, aber dann im Park, ich bin immer noch schneller, fast gerannt, weil ich einfach Schiß hatte.

(LINDEMANN 1994, 116)

Zu Beginn des Gesprächs ist die Ich-Erzählerin in der zentrischen Position, in der Mitte des Feldes. Dies ändert sich durch den exzentrischen Umweltbezug, die bedrohlich näher kommenden, überholenden, bremsenden und lachenden jungen Männer. Die kategoriale Trennung von Körper und Leib bewährt sich in der Beschreibung von Gefahr und Angst: Ihr Körper bleibt abgegrenzt, es findet ja keine unmittelbare Berührung statt. Aber ihr raumhaft ausgedehnter Leib ist durchdrungen, beeinträchtigt, von der Geschlechter-Differenz und der sexualisierten Gewalt betroffen. Dies erlebt sie möglicherweise als transsexuelle Frau noch verstärkt. Die geschlechtstypisch erlebte Leib-Feld-Erfahrung verstärkt sich durch die Dunkelheit.

Der nächtliche Park bezeichnet einen Teil des öffentlichen Raumes, der mit einem Verbot belegt ist und den zu betreten für eine Frau gefährlich ist. . . . Gesehene Gestalten werden im Raum vor mir situiert und weiterhin impliziert das Sehen ein Gerichtetsein auf das Feld. . . . Im Dunkeln können Gegenstände dagegen nicht mehr so klar fixiert und im Blicken auf Abstand gehalten werden. Es ist eher so, daß die Dunkelheit mich wie eine Atmosphäre einhüllt und sich mir aufdrängt.

(LINDEMANN 1994, 138)

Auch in dem folgenden Traum taucht das Thema einer geschlechtstypisch polarisierten Leib-Feld-Erfahrung auf. Er stammt aus der 385. Stunde eines 30jährigen Mannes, der mich ursprünglich wegen einer Zwangsstörung aufsuchte. Diese war insbesondere mit der Impulsphobie einhergegangen, sich als Vergewaltiger auf wehrlose Frauen und Mädchen zu stürzen:

- Eine Frau steht in einem Haus mit mehreren Wohnungen vor der Haustüre eines Mannes. Eine Holzterasse führt ins untere Stockwerk hinab. Die Frau möchte den Mann provozieren, dass er ihr etwas antut. Der Mann ist wohl schon vorbestraft und so anfällig für Straftaten. Doch der Mann lässt sich nicht darauf ein. Es vergeht einige Zeit, in der die beiden hin und her diskutieren, ehe die Frau die Treppenstufen hinab geht. Der Man [sic!] folgt ihr. Sie bleibt stehen und zieht ihre Weste etwas von der Schulter, so dass die nackte Schulter zu sehen ist. Sie will ihn nun in sexueller Hinsicht verführen. Beide gehen dann die Treppen hinauf in die Wohnung des Mannes.

Wie im Fall der transsexuellen Karin wird auch in diesem Traum das weibliche Geschlecht als das verfolgte, schwächere charakterisiert, gleichzeitig als das in sexueller Hinsicht „provozierende“. Der Träumer hatte das Traumprotokoll mit dem Computer getippt, deshalb könnte der orthografische Fehler „Der *Man* folgt ihr“ die Wertigkeit einer unbewusst-intentionalen Fehlleistung haben: „Man“ steht im Deutschen für die gesichtslose Masse, für den noch nicht individuierten, uneigentlichen Menschen (HEIDEGGER 1927, §27). Tatsächlich spielte in der Erziehung des Patienten, insbesondere durch die zwinghaft-rigoristische Mutter, das „Man“ der sozialen Konvention, dessen „was die Leute (über die Familie) sagen“, eine zentrale Rolle. Die ambivalent erlebten sexuellen Wünsche stehen also für den tieferen Wunsch, aus der mütterlichen Sphäre hinaus- und in eine selbstgestaltete Welt einzutreten. Auffällig ist, dass die Frau am Ende des Traumes eine aktiv-verführerische Rolle einnimmt und das Traum-Ich eher weiblich identifiziert erscheint: Die Wohnung / das Frauenzimmer stehen im Traum gern für weibliches Erleben. Wiederum lohnt es sich jedoch, tiefer zu blicken und den Traum nicht nur traditionell-tiefenpsychologisch auf der Objektstufe zu deuten (der Träumer in seinen Beziehungsgestaltungen, zu anderen Personen, insbesondere zu Frauen). Vielmehr liegt auch eine subjektstufige Deutung nach C. G. Jung nahe: In dieser Hinsicht wäre die weibliche Gestalt im Traum der weibliche Aspekt des Träumers, seine „Anima“, die als Führerin und Verführerin auftaucht und für die männliche Individuation von großer Bedeutung ist. Nachzutragen bleibt, dass der Patient inzwischen verheiratet ist – nicht ohne heftige Auseinandersetzungen mit seiner Mutter über Ort und Gestaltung der Hochzeit.

4. Leib und Körper stehen in einem Bedeutungszusammenhang

Die „bildgebende“ Medizin produziert Bilder vom Dingkörper, die in die Alltagssprache übersetzt werden, verbunden mit einem Heilungsversprechen. Die medizinische „Übersetzungsmaschinerie“ (LINDEMANN 1996, 160) bietet das Wissen vom Dingkörper in zwei Typen von Situationen an:

- bei störenden Symptomen wie Schmerzen, Lähmungen, Ängsten, die auf medizinischem Weg erklärt und beseitigt werden;
- bei Personen, die ihrem leiblichen Befinden misstrauen und es „überprüfen“ lassen wollen, z.B. beim Gesundheitscheck oder in Schwangerschaftsuntersuchungen.

Als Psychoanalytiker bieten wir solche Sicherungen nicht an; wir arbeiten im zwischenleiblichen Raum mit der Sprache, außerhalb von Kernspinnröhren und Laborwerten. Wir lassen den Analysanden zu Wort kommen. Während das medizinische Heilungsmodell durch Einflussnahme auf den Körper Veränderungen erzielen will, setzen wir ganz auf die symbolische Heilung. Während Freud und Breuer ihre Patientinnen zunächst noch berührten, z.B. Miss Lucy und Fräulein Elisabeth v. R. gegen den „Widerstand“ auf die Stirn drückten, belassen wir es beim ritualisierten Händedruck zu Beginn und am Ende der Stunde. Darin liegt ein für die Geschichte der Analyse wichtiger Verzicht. Manche empfinden ihn als einen derartigen Mangel, dass sie „körpertherapeutische“ Elemente in die Analyse integrieren wollen.

Internisten sind Ärzte, die nicht operieren können. Psychoanalytiker sind Ärzte und Nicht-Ärzte, die nur hören und reden können. Es ist eine Askese, eine Trauerarbeit, der sich nicht nur der werdende Analytiker stellen muss, sondern auch der erfahrene. Sie hängt mit einem Verzicht zusammen, den Bion klar ausgedrückt hat: ohne Erinnerung und ohne Begehren (BION 1970) auf das Unbekannte zuzugehen.

Wir wissen, dass in der Sprache Pathologie und heilende Ressource dicht beieinander liegen. Die Sprache ist geradezu der Schauplatz der Neurose. Sie ver-spricht Entwicklung, durch die Produktionen des Unbewussten. Entwicklung heißt, dass aus Symptomen, Komplexen und Klischees (LORENZER 1986) Symbole werden.

Sprache ereignet sich im zwischenleiblichen Übergangsraum. Extrem gesprochen, kann sie beziehungsloser Wortwechsel oder peinliche Sprachlosigkeit sein oder gemeinsamer, oft sparsamer oder sogar schweigender Ausdruck.

Psychoanalyse ist weder Hermeneutik isolierter, abstrakter, körperloser Texte noch Dialog isolierter Gehirne. Vielmehr ist der psychoanalytische Dialog verleiblicht, „embodied“. „Der Körper bedeutet den Leib, indem er dem Leib bedeutet, wie er zu sein hat“ (LINDEMANN 1996, 167). Als bedeutende Materie kann der Leib als strukturiertes System von Gegensätzen aufgefasst werden; darin gleicht er den akustischen Zeichen.

Ein historisch bedeutsames, aber auch bis in die Gegenwart hineinreichendes Beispiel für die Bedeutungsrelation von Leibsein und Körperhaben ist die Frage der „beweglichen“ Gebärmutter. Die medizinische Tradition nahm bis in die frühe Neuzeit an, dass der weiblichen Hysterie eine abnorme Beweglichkeit des Uterus, der Hystera, zugrunde liege: Hysterie heißt also in der Tradition wörtlich „Gebärmütterlichkeit“. Im 16. Jahrhundert empfahl der Chirurg Ambroise Paré ein pessarrähnliches Instrument, durch das auf vaginalem Wege

Heildämpfe verabreicht wurden, um den wandernden und außer Kontrolle geratenen Uterus zu besänftigen. V. Küstner schrieb in seinem 1893 erschienenen Lehrbuch der Gynäkologie, dass es v.a. Erkrankungen des Uterus und der Ovarien seien, welche die Ursachen für die Hysterie und für psychotische Erkrankungen darstellten. Bossi berichtete 1911/12 im Zentralblatt der Gynäkologie, er habe durch die Entfernung von Uterus und Adnexen geisteskranke, suizidale und depressive Patientinnen geheilt.

(FRANKE 1994)

Bis in das 19. und frühe 20. Jahrhundert reichte also die antike Auffassung von der ätiologischen Bedeutung des wandernden, sexuell unbefriedigten, nach Sperma hungernden Uterus, der den Frauen „zu Kopf steigt“. „Heilung“ der Hysterie durch Hysterektomie und Ovariectomie wurden noch diskutiert, als Charcot, Freud und Breuer bereits ihre Behandlungsergebnisse publiziert hatten (SPLETT & STEINBERG 2003). Die „Lokalisierung“ der Hysterie in der Hystera dürfte auch bei heutigen Hysterektomien ohne Indikation (SALMON & MARCHANT-HAYCOX 2000) noch eine Rolle spielen. Wir haben folglich allen Grund zu fragen, inwieweit diese zählebige Theorie in den subjektiven Krankheitstheorien vieler Patientinnen und Ärzte fortlebt.

Ein folgenschwerer Impuls in der Hysterie-Lehre ging von dem französischen Neurologen Charcot aus. Ihm gebührt das Verdienst, sich der „Nervösen“ unter seinen Patientinnen in der Pariser Salpêtrière angenommen zu haben. Sein Verständnis der Hysterie, auch der sexuellen Ätiologie, zunächst auch der Hypnose, beeinflusste Freud, der nach seiner Rückkehr aus Paris mit dem Internisten Breuer die „Studien über Hysterie“ verfasste, die Frucht gemeinsamen therapeutischen Arbeitens und Forschens.

Wo stehen wir heute? Der hysterische Symptomenkomplex wird heute nicht mehr in enger Koppelung mit hysterischen bzw. histrionischen Persönlichkeitseigenschaften gesehen, also mit der Tendenz zur Dramatisierung und zur Instabilität in der Selbstrepräsentanz, dem Bild von sich selbst. Es wurde auch deutlich, dass die weibliche Hysterie in männlicher Perspektive kulturell und zeitbedingt überformt war bzw. ist.

Das Modell Hysterie entwickelte sich fort zur Konversionsneurose oder – nach ICD 10 – zu den dissoziativen Störungen. Der Begriff „Dissoziation“ erinnert an Spaltung und passt im engeren Wortsinn nur auf die dissoziativen Bewusstseinszustände, in denen die Patienten eine Zeitlang aus dem Kontakt „aussteigen“ und in einer Art Trance verharren. Viele funktionelle Beschwerden (Lähmungen, Schmerzen, Sehstörungen usw.) können insofern dissoziativ genannt werden, als die Betroffenen keinen Zusammenhang zwischen Symptom und biografischer Situation herstellen können, der pathogene gefühlsbeladene Komplex also gewissermaßen abgespalten ist.

Mit ERMANN (2009) verstehe ich „somatoforme Störungen“ als Oberbegriff für Konversion / dissoziative Störungen einerseits und Somatisierung andererseits. Bei der Konversion ist das Symptom Ausdruck eines verdrängten Konflikts (somatoforme Symbolisierung), z.B. im „hysterischen“ Erbrechen. Bei der Somatisierung wird ein nicht bewusstseinsfähiger Affekt unmittelbar in eine Störung der glatten Muskulatur oder in ein Schmerzsyndrom überführt, z.B. Wut durch einen Unterbauchschmerz ausgedrückt.

Wie sind die zählebigen Hystero-Mythen von der wandernden Gebärmutter zu verstehen und was lehren sie uns heute? Es geht um die Bedeutungsrelation zwischen dem leiblichen Sich-Spüren und einem Körperwissen-/haben:

Die Person, die sich leiblich spürt, verbindet die dabei gemachten Erfahrungen mit dem Körper, den sie hat. Dieser Körper ist nun der, von dem sie weiß, daß sich in ihm eine Gebärmutter befindet. Bezüglich der leiblichen Erfahrung müßte man sagen, daß eine Leibinsel, die die Existenz einer Gebärmutter bedeutet, wandert.

(LINDEMANN 1996, 170)

In der Vorstellung von der wandernden Gebärmutter und ihrer Überwindung stoßen zwei Zugangsweisen zum Körperleib aufeinander: zum einen die subjektive oder von außen zugeschriebene Anatomie der wandernden Leibinsel, zum anderen das „feststellbare“, manipulierbare und operierbare Organ. Für uns als Psychoanalytiker ist interessant, dass Leib und Körper, in diesem Fall die „hysterische“ Leibinsel und der Uterus, in einem wechselseitigen Bedeutungsverhältnis stehen, das wir in zweierlei Richtung lesen können:

- Die Leibinsel als Bedeutungsträger: Das „Wandern“ der Gebärmutter wird in den feststellbaren und manipulierbaren Körper der Frau lokalisiert; männliche Intervention im sexuellen oder chirurgischen Sinn soll die Hysterie „heilen“.
- Umgekehrt kann der Körper Bedeutungsträger sein. Die medizinisch-anatomischen Vorstellungen, das weibliche Körperbild, normieren den Leib, lassen die Gebärmutter „sesshaft“ werden: „Einen weiblichen Körper zu haben, bedeutet einer Person, als einen Bestandteil ihres körperlichen Leibes eine fixierte Leibinsel, Gebärmutter zu spüren bzw. spüren zu können“ (LINDEMANN 1996, 172).

5. Korporifizierung

Bei unserem Ausflug in die Medizingeschichte war die Leib-Körper-Differenzierung nützlich. Leib und Körper sind verschränkt, wie Plessner sagt, und diese Verschränkung löst sich erst im Tod auf. Die Leiche wird in Hand und Skalpell des Pathologen zum restlos objektivierten Körper, im restlos euklidischen Sektionssaal, jedenfalls was das Messen, Tasten, Beobachten angeht.

Solange wir leben, ist das eigenleibliche Spüren, das Leibsein, primär und das Körperhaben sekundär. Ich möchte nun die Lokalisierung der hysterischen Leibinsel im Uterus bzw. deren De-Lokalisierung im hysterischen „Wandern“ in einen breiteren Kontext stellen, der sich für eine Vielzahl klinischer Probleme fruchtbar machen lässt. Ich möchte also grundsätzlicher fragen, was geschieht, wenn wir den Leib als Körper objektivieren und manipulieren, ihn „korporifizieren“ (FUCHS 2000; 2008a).

Wo geschehen solche Korporifizierungen, sei es im mehr oder minder gesunden Verhalten, sei es in der Psychopathologie oder allgemeiner; in der medizinischen Objektivierung von „Soma“ und „Psyche“ (SPIELHOFER 2007)? Wie schätzen wir Tätowierung, Piercing, Bodybuilding, Bodypainting, Wellnesskult und Schönheitschirurgie ein? Wie verstehen wir im Kontext der Korporifizierung die somatoformen

Störungen, also die alte hysterische Konversion, die heute als dissoziativ bezeichnet wird und die alte Aktualneurose, die in den Somatisierungsstörungen fortlebt, die als Re-Somatisierung desymbolisierter und dementalisierter Affekte verstanden werden können (SCHUR 1955)? Können wir vielleicht auch die Psychosomatosen und die somato-psychischen Störungen neu konzipieren, wenn wir uns von Plessners Anthropologie und der Leibphänomenologie inspirieren lassen?

Diese Fragen machen deutlich, welche Auswirkungen die psychosomatische Anthropologie (FRICK 2009) auf Krankheitslehre und Behandlung haben kann. Es ist wie im Fall des Bauern, „dem es da im Leibe wehtut“ (WEIZSÄCKER 1987): Er sucht bei verschiedenen Spezialisten, auch beim Psychoanalytiker, nach einem Namen für das Gespürte.

Die Patienten, die einen Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen, reden in Metaphern. Als Beispiel für die Dolmetscheraufgabe des Arztes möchte ich die Aufklärung der Tumorkranken erwähnen, für die THEML (2002) den Begriff der „Pathosemantik“ geprägt hat. Als Psychoanalytiker greifen wir viele dieser Metaphern im Behandlungsdialo g auf, um Schritt für Schritt unbewusste Ressourcen nutzbar zu machen, unbewusste Hemmungen und Abwehrformationen zu lockern. Unsere Patienten gebrauchen nicht nur wie Redner und Dichter Metaphern. Sie inszenieren diese auch mehr oder minder unbewusst, sie erleiden ihre Metaphern. Der Körper als Ur-Signifikant „spricht“ in der Symptomatik, „sagt“ etwas im „Ver-Sagen“. Wir alle kennen die Odysseen gerade unserer Patienten mit chronischen Schmerzen, somatoformen oder posttraumatischen Beschwerden. Die Botschaft der Hysterie bleibt unerhört (ISRAËL 1983), allgemeiner gesprochen: Die Metaphern des Körperleibs werden konkretistisch miss-verstanden und nach dem medizinischen Maschinen-Modell „behandelt“.

Der gespürte Leib kann als „konkrete Metapher“ (SKÅRDERUD 2007a) korporifiziert werden, durch den Patienten selbst oder durch die Behandler. Ich wähle als Beispiele zwei wichtige klinische Syndrome aus, nämlich selbstverletzendes essgestörtes Verhalten und die Frage nach dem Leib-Körper-Verhältnis, anders ausgedrückt: nach der Mentalisierungsfähigkeit.

6. Selbstverletzendes Verhalten

Wenn der eigene Leib in der Depersonalisation nicht mehr gespürt wird, so geht dies für gewöhnlich auch mit Derealisation, Weltverlust einher. Das quälende Fehlen des eigenleiblichen Spürens, des Oszillierens zwischen Enge und Weite, führt dazu, dass der „eigene Körper Objekt“ wird (HIRSCH 1998; 2008). Dies ist bei einer Reihe mehr oder minder gesunder Körper-Manipulationen der Fall, v.a. aber bei den artefiziellen Störungen.

Selbstverletzendes Verhalten, sei es als Ritzen oder in bestimmten Formen des Piercings, erzwingt die Weitung, das Spüren des warmen Blutes, des Platzens der prallen Haut. Die klinische Erfahrung lehrt – auch wenn die Laienmeinung dies nicht nachvollziehen kann –, dass solche autoaggressiven Handlungen entlasten, dem Spü-

ren, dem Wiedergewinnen von Leibinseln dienen. Allerdings wissen wir auch, dass dies zu suchtartigen Verläufen und regressiv-parasuizidalen Rückzügen führen kann.

7. Die Anorexia nervosa

Die Anorexie wird in Forschung und Therapie oft auf das Missverhältnis zwischen „objektiven“ Körpermaßen und „subjektivem“ Körperbild zurückgeführt. So nützlich und richtig gerade die Operationalisierung kognitiver Störungen in der Anorexiebehandlung sein mag: Wir wissen, dass es um ein viel tiefgreifenderes Bedeutungsverhältnis zwischen „äußerem“ Geschlechtskörper und „innerem“ Leib geht.

Anorektische Patientinnen leiden unter einer Metapherstörung. Sie fassen ihren Körper als „konkrete Metapher“ auf und „essen“ die eigenen Worte (SKÄRDERUD 2007a). Metaphern funktionieren in unserer Sprache dadurch, dass eine Sache A mit einer Sache B verglichen wird, wobei A und B nicht nur ähnlich, sondern auch unähnlich sind. Der Vergleich *muss* hinken, bei weitgehender Identität von A und B gelingt er nicht (FRICK 2009). Anders ausgedrückt: Die Metapher funktioniert spielerisch bald nach dem Äquivalenz-($A = B$), bald nach dem Als-Ob-($A \neq B$)-Prinzip.

Konkrete Metapher heißt nun, dass der Unterschied zwischen A und B nicht mehr ausgehalten wird, hier: zwischen dem Körper und dem erlebten Leib. Zwischen beiden herrscht ein unerbittliches Äquivalenzprinzip, ohne spielerisch-symbolisches „Als-ob“. Falls das Äquivalenzprinzip noch nicht regiert, muss es manipulativ durchgesetzt werden: Durch Hungern und Erbrechen wird der äußere Körper gezwungen, weniger zu wiegen, nicht mehr fraulich auszuschauen, keine Monatsregel (mehr) zu haben.

Spezifisch anorektische Körper-Metaphern sind:

- Leere / Fülle
- Reinheit
- Räumlichkeit
- Schwere / Leichtigkeit
- Kompaktheit / Festigkeit
- Entleerung / Entgiftung

Sie gehören also zum eigenleiblichen Spüren, freilich in korporifizierter Variante.

Eine mentalisierungs-basierte Behandlung der Anorexie zeigt sich in der Bezugnahme auf Bindungs-Sicherheit. Im markierenden Spiegeln erfahren Therapeut und Patient ihre Verschiedenheit (SKÄRDERUD 2007b), sodass auch das intrapsychisch wirksame Äquivalenzprinzip ($A = B$; äußere = innere Welt) durch das spielerische Als-Ob-Prinzip ausbalanciert wird. Solange nur das Äquivalenzprinzip gilt, ist kein Platz für spielerische Mehrdeutigkeit, für lebendige Zwischenleiblichkeit, für auf das andere Objekt bezogenes Begehren. Der eigene Leib wird vielmehr durch Waage, Skalen, Zählen von Hautfalten korporifiziert.

Gegenüber so viel Ein-Deutigkeit wird der mentalisierungs-orientierte Therapeut aus einer Position des Nicht-Wissens heraus begleiten, um einen spielerischen Möglichkeitsraum und nicht einen feststellenden Äquivalenzraum zu eröffnen (SKÄRDERUD 2007b).

8. Die Analyse: eine „Körpertherapie“?

So genannte „Körpertherapien“ haben Einzug in die heutige Psychotherapie-Szene gehalten. Es gilt als altmodisch, nur die „Seele“ zu behandeln. Vergessen sogar die Psychoanalytiker, dass auf ihrer Couch nicht ein körperloser Text liegt, sondern ein lebendiger Leib? Die aktuelle „Körper-Orientierung“ spürt einerseits etwas Richtiges: Der Mensch ist Leib und will seinen Körper bewohnen. Dieser in der Neurose verschüttete Wunsch meldet sich besonders dann, wenn das natürliche eigenleibliche Spüren durch Krankheit und Symptombildung verloren geht.

Andererseits beinhalten Körperkult, Extrem-Sport, Wellness-Angebote und Body-Therapien auch die Gefahr der projektiven Identifizierung mit dem Körper. Der Körper wird zum Objekt der Erkenntnis und Beherrschung, zum Ziel vielfältiger, insbesondere narzisstischer Projektionen: Das inflationäre Ich bildet sich ein, das Körper-Selbst zu begreifen und zu besitzen, es objektiviert das eigene Innere ebenso wie die äußeren Objekte. JUNG (1968, § 356) verwendet eine alchemistische Bildersprache, um angesichts des drohenden Seelenverlustes von der „schwer lösbaren Verflechtung der Seele in den Körper“ zu reden. In der Analyse kann die Seele aus ihrer „Fesselung“ „befreit“ werden, nämlich durch Rücknahme der auf den Körper gerichteten Projektionen, durch Bearbeitung der unbewussten Identität mit dem objektivierten Körper und durch allmähliches Akzeptieren, dass der eigene Leib auch Fremd-Körper ist (JUNG 1968). Mit der Körper-Leib-Differenz akzeptiere ich die Nicht-Identität von Leib und Seele, von Ich und Selbst.

Ich möchte diesen Absatz aus Mysterium Coniunctionis ausdrücklich im Rahmen unserer phänomenologisch-anthropologischen Überlegungen interpretieren, also nicht in einen kartesischen Leib-Seele-Dualismus zurückfallen. Gehen wir also Schritt für Schritt vor: „Alle Projektionen bedeuten unbewußte Identitäten, und jede Projektion ist als nicht kritisierte Selbstverständlichkeit einfach vorhanden und wird, wenn je, erst sehr viel später als solche eingesehen und zurückgezogen.“ Die kollektive und individuelle Entwicklung geht Jung zufolge von der *participation mystique* in Richtung auf Rücknahme der Projektionen. Levi-Brühls Begriff *participation mystique* meint das primitive Äquivalenzprinzip zwischen Innen- und Außenwelt, zwischen Mensch und vergöttlichter oder dämonisierter Natur. In objektbeziehungstheoretischer Sprache können wir dies „projektive Identifikation“ nennen.

Alles was wir heutzutage als Geist und Erkenntnis bezeichnen, war in früheren Jahrtausenden und Jahrhunderten in die Dinge projiziert, und auch heute noch werden von vielen Köpfen individuelle Idiosynkrasien als allgemeingültig vorausgesetzt. Die ursprüngliche, halbtierische Unbewußtheit ist dem Adepten bekannt als Nigredo, Chaos, massa confusa und als eine schwer lösbare Verflechtung der Seele in den Körper, mit dem sie eine dunkle Einheit (unio naturalis) bildet.

(JUNG 1968, § 356)

Mit „Adept“ ist der Alchemist gemeint. Er experimentiert mit der Natur und macht gleichzeitig mit den Experimenten im Laboratorium einen inneren, meditativen Wandlungsprozess durch, in welchem er seine „Seele“ findet, sie aus der Unbewusstheit löst.

Eben aus dieser Fesselung möchte er sie durch die *separatio* befreien und eine geistig-seelische Gegenposition errichten, d. h. eine bewusste und vernunftgemäße Einsicht, welche sich als den Einflüssen des Körpers überlegen erweist. Eine derartige Einsicht ist aber, wie wir gesehen haben, nur dann möglich, wenn man die täuschenden Projektionen, welche die Wirklichkeit der Dinge verschleiern, zurückziehen kann. Damit wird die unbewusste Identität mit dem Objekt aufgehoben und die Seele «aus den Fesseln befreit». Der Psychologie ist dieser Vorgang wohlbekannt, denn ein sehr wesentlicher Teil der psychotherapeutischen Arbeit besteht eben in der Bewußtmachung und Ablösung der Projektionen, welche das Weltbild des Patienten verfälscht und seine Selbsterkenntnis verhindert haben. Dies geschieht, um gewisse anomale psychische Bedingungen und Zustände affektiver Natur, d.h. neurotische Symptome, unter die Kontrolle des Bewußtseins zu bringen. Es ist dabei die ausgesprochene therapeutische Absicht, gegenüber der emotionalen Turbulenz eine vernunftgemäße, überlegene geistig-seelische Position errichten.

(JUNG 1968, § 356)

Mentalisierung, Überwindung des Äquivalenzprinzips heißt alchemistisch „*separatio*“, Rücknahme von Projektionen, die sich auf den naturhaften Körper gerichtet hatten. Für die Alchemie ist eine Korrespondenz von Laboratorium und Oratorium, von Erforschung des Stoffes und innerer Entwicklung charakteristisch, also eine Metaphorik, die wir zwischen Körperhaben und Leibsein beschrieben haben.

Die „vernunftgemäße, überlegene geistig-seelische Position“ entspricht der reflexiven Funktion, die eine Theory of Mind ermöglicht und damit echte Zwischenleiblichkeit. Sie eröffnet eine Beziehungsgeschichte, eine Erkundung des Bion'schen „Unbekannten“. Der Analytiker ist kein Experte mit Plänen über die Psyche oder für diese, gewissermaßen für die Psyche als körperliches Organ. Er begibt sich vielmehr mit dem Analysanden in das Feld des zwischenleiblichen Ausdrucks, in dem Symptome inszeniert und gedeutet werden. Es gibt keine restlose Bewusstwerdung, sondern bei allem Wissenwollen steht auch die Kehrseite des Unbewussten, des Nicht-Wahrgenommenen, des Schweigens gegenüber, starke Kräfte, die sich gegen die Bewusstwerdung richten, Freuds „dynamisches Unbewusstes“.

Diese Doppelung des Bewusstseins entspricht der Ambiguität des Leibes, dessen Erscheinungsweise zwischen dem Thematischen und dem Unthematischen, dem Körperlichen und dem Leiblichen schwankt. Sie entspricht aber auch der ambivalenten, konflikthaften Gestalt unserer Existenz selbst, in der wir als leibliche Wesen uns doch immer unserer eigenen Trieb- und Naturseite gegenüber stellen können.

(FUCHS 2008b, 100)

9. Schluss

Abschließend können wir fragen: Wieviel Korporifizierung muss in Medizin und Psychoanalyse sein? Wieviel Zwischenleiblichkeit ist möglich? Der Siegeszug des Maschinenmodells reicht ja bis in die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hinein. Gleichwohl scheint es aus soziologischer, phänomenologischer und auch anthropologischer Sicht sinnvoll, Körper und Leib zu unterscheiden. Bildgebung, thera-

peutische Beeinflussung und Kontrolle richten unseren ersten Blick auf den Körper. Ja, der Leib ist demgegenüber opak, entzieht sich unserer Objektivierung. Aber dies weckt auch unser ärztlich-psychoanalytisches Interesse.

Referenzen

- BION, W.R. (1970) *Attention and Interpretation: A Scientific Approach to Insight in Psychoanalysis and Groups* (London etc.: Tavistock).
- ERMANN, M., E. FRICK, C. KINZEL, O. SEIDL (2009) *Einführung in die Psychosomatik und Psychotherapie: Ein Arbeitsbuch für Unterricht und Eigenstudium* (Stuttgart: Kohlhammer).
- FRANKE, P.R. (1994) 'Das Entstehen der psychosomatischen Gynäkologie in Deutschland in dem ersten Viertel dieses Jahrhunderts' in A.E. MEYER & U. LAMPARTER, Hrsg., *Pioniere der Psychosomatik: Beiträge zur Entwicklungsgeschichte ganzheitlicher Medizin* (Heidelberg: Asanger) 157–64.
- FRICK, E. (2009) *Psychosomatische Anthropologie: Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Unterricht und Studium (unter Mitarbeit von Harald Gündel)* (Stuttgart: Kohlhammer).
- FUCHS, T. (2000) *Leib, Raum, Person* (Stuttgart: Klett-Cotta).
- FUCHS, T. (2008a) *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan: Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (Stuttgart: Kohlhammer).
- FUCHS, T. (2008b) 'Leibgedächtnis und Unbewusstes' in T. FUCHS, Hrsg., *Leib und Lebenswelt: Neue philosophisch-psychiatrische Essays* (Zug: Graue Edition) 82–103.
- HEIDEGGER, M. (1927) *Sein und Zeit* (Tübingen: Max Niemeyer).
- HIRSCH, M., Hrsg. (1998) *Der eigene Körper als Objekt: Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens* (Gießen: Psychosozial).
- HIRSCH, M. (2008) 'Zur Verwendung des (eigenen) Körpers als Objekt', *Zeitschrift für medizinische Ethik* 54, 23–34.
- ISRAËL, L. (1983) *Die unerhörte Botschaft der Hysterie*, Übers. P. MÜLLER & P. POSCH (München: Reinhardt).
- JUNG, C.G. (1968) *Mysterium Coniunctionis: Untersuchung über die Trennung und Zusammensetzung der seelischen Gegensätze in der Alchemie*, Hrsg. M.-L.V. FRANZ, Bd.14/2 von C.G. JUNG, *Gesammelte Werke* (Zürich, Stuttgart: Rascher).
- LINDEMANN, G. (1993) *Das paradoxe Geschlecht: Transsexualität im Spannungsfeld von Körper, Leib und Gefühl* (Frankfurt a.M.: Fischer).
- LINDEMANN, G. (1994) 'Die Konstruktion der Wirklichkeit und die Wirklichkeit der Konstruktion' in TH. WOBBE & G. LINDEMANN, Hrsg., *Denkachsen: Zur theoretischen und institutionellen Rede vom Geschlecht* (Frankfurt a.M.: Suhrkamp) 115–46.
- LINDEMANN, G. (1996) 'Zeichentheoretische Überlegungen zum Verhältnis von Körper und Leib' in A. BARKHAUS, M. MAYER, N. ROUGHLEY & D. THÜRNUAU, Hrsg., *Identität, Leiblichkeit, Normativität: Neue Horizonte anthropologischen Denkens* (Frankfurt a.M.: Suhrkamp) 146–75.
- LORENZER, A. (1986) 'Tiefenhermeneutische Kulturanalyse' in A. LORENZER, Hrsg., *Kultur-Analysen: Psychoanalytische Studien zur Kultur* (Frankfurt a.M.: Suhrkamp) 11–98.
- MANEMANN, J. (2008) 'Das Verschwinden des Körpers: Transhumanistische und posthumanistische Visionen', *Zeitschrift für medizinische Ethik* 54, 35–48.
- MERLEAU-PONTY, M. (1966) *Phänomenologie der Wahrnehmung* (Berlin: De Gruyter).

- PLESSNER, H. (2003) 'Lachen und Weinen: Eine Untersuchung der Grenzen menschlichen Verhaltens' in H. PLESSNER *Gesammelte Schriften* 10 Bde., Hrsg. G. DUX, O. MARQUARD & E. STRÖKER (Frankfurt a.M.: Suhrkamp) 201–398.
- PÖLTNER, G. (2008) 'Sorge um den Leib – Verfügen über den Körper', *Zeitschrift für medizinische Ethik* 54, 3–10.
- SALMON, P. & S. MARCHANT-HAYCOX (2000) 'Surgery in the Absence of Pathology: The Relationship of Patients' Presentation to Gynecologists' Decisions for Hysterectomy', *Journal of Psychosomatic Research* 49, 119–24.
- SCHMITZ, H. (1998) *Der Leib, der Raum und die Gefühle* (Ostfildern: Tertium).
- SCHUR, M. (1955) 'Comments on the Metapsychology of Somatization', *The Psychoanalytic Study of the Child* 10, 119–64.
- SKÅRDERUD, F. (2007a) 'Eating one's Words, Part I: "Concretised Metaphors" and Reflective Function in Anorexia Nervosa – An Interview Study', *European Eating Disorders Review* 15, 163–74.
- SKÅRDERUD, F. (2007b) 'Eating One's Words, Part III: Mentalisation-Based Psychotherapy for Anorexia Nervosa: An Outline for a Treatment and Training Manual', *European Eating Disorders Review* 15, 323–39.
- SPIELHOFER, H. (2007) 'Die Vermessung der Seele: Psychotherapie zwischen Phänomenologie und Neurowissenschaften', *Psychotherapie Forum* 15, 183–88.
- SPLETT, T. & H. STEINBERG (2003) 'Die Therapie der Hysterie im 19. Jahrhundert – Wie stand die deutsche Psychiatrie zur Kastration?', *Fortschritte der Neurologie–Psychiatrie* 71, 45–52.
- THEML, H. (2002) 'Aufklärungsprozess in den Phasen des Diagnose- und Krankheitsweges' in A. SELLSCHOPP, M. FEGG, E. FRICK, U. GRUBER, D. POUGET-SCHORS, H. THEML, A. VODERMAIER & T. VOLLMER, Hrsg., *Tumor Manual Psychoonkologie* (München: Zuckschwerdt) 23–27.
- UEXKÜLL, T.V., M. FUCHS, H. MÜLLER-BRAUNSCHWEIG & R. JOHNEN, Hrsg. (1994) *Subjektive Anatomie: Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie* (Stuttgart & New York: Schattauer).
- VILLA, P.-I. (2006) *Sexy Bodies: Eine soziologische Reise durch den Geschlechtskörper* (Wiesbaden: VS).
- WEIZSÄCKER, V.v. (1987) 'Krankengeschichte' in V.v. WEIZSÄCKER, *Gesammelte Schriften: Allgemeine Medizin – Grundfragen medizinischer Anthropologie* 10 Bde., Hrsg. P. ACHILLES, D. JANZ, M KÜTEMAYER, W. RIMPAU, W. SCHINDLER & M. SCHRENK (Frankfurt a.M.: Suhrkamp) 7:41–92.