

Reinelt. Toni: Ein Beitrag zum Konzept der Subjektiven Anatomie.

Leicht abgeänderte Fassung aus: Gerber G u.a. (Hrsg.) Der Beitrag der Wissenschaften zur interdisziplinären Sonder- und Heilpädagogik. Selbstverlag des Institutes für Sonder- und Heilpädagogik der Universität Wien 1998, S 193-201

Statt einer Einleitung ein Märchen

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

Dieses Schattenmärchen aus dem Buch “Nie geschaute Welten” (J. v. Uexküll 1936) steht am Beginn der Untersuchungen, die Thure von Uexküll u.a. in dem Buch “Subjektive Anatomie” veröffentlicht haben (Uexküll u.a. 1994). Der Schatten wird als Metapher verwendet, um zwei Probleme zu skizzieren. Das erste betrifft jene Menschen, deren Körper- und Gefühlerleben herabgemindert ist. Das zweite entsteht aus dem Dilemma der Naturwissenschaften, die Dimension des Erlebens mit ihren wissenschaftlichen Methoden nicht fassen zu können. Die Auseinandersetzung mit den genannten Themen wird mich zum “subjektiven Körpererleben” und der Theorie einer “Subjektiven Anatomie”, einem weiteren Kernstück dieser Arbeit führen. Ein inhaltlicher Überblick soll Einblick in den strukturellen Aufbau der Arbeit geben.

- 1.) Das Körpermodell von Descartes (und seine Folgen)
- 2.) Der körperlose Mensch (der Verlust des Körpers im Selbsterleben)
- 3.) Die Suche nach dem “verlorenen Körper”
- 4.) Die wissenschaftliche Konstruktion des “objektiven Körpers”
- 5.) Die Entwicklung und Organisation des Körpererlebens
- 6.) Die Funktionelle Entspannung und das Konzept der “Subjektiven Anatomie”

1.) Das Körpermodell von Descartes und seine Folgen

Der französische Philosoph René Descartes(1596-1650) entwirft ein Modell des Menschen, indem körperliche und seelische Vorgänge klar voneinander getrennt sind. Die Seele wird als immaterielle Substanz gefaßt, deren Wesen das Denken ist (res cogitans). Die zweite und materielle Substanz ist der Körper, der vornehmlich durch seine Ausdehnung (res extensa) und die Fortbewegung gekennzeichnet ist. Er beschreibt diesen *“...als eine Art Maschine..., die aus Knochen, Nerven, Muskeln, Adern, Blut und Haut zusammengepaßt ist und auch ohne den Geist alle die Bewegungen ausführt, welche unwillkürlich, also ohne den Geist ablaufen”* (Descartes 1642, 1978 S. 104). Zwischen leiblichen und seelischen Vorgängen besteht in diesem Modell keine Wechselwirkung, sie nehmen keinen Einfluß aufeinander. Die *“Maschine”* Körper wird durch die im Herzen wohnende *“Lebenswärme”* betrieben. Der Ort im Körper, an dem die Seele wohnt, wird in die Zirbeldrüse verlegt. Mit der Decart’schen Sichtweise des menschlichen Körpers als einen seelenlosen Apparat wird die Entwicklung eines Modells vorangetrieben, welches dessen Beschaffenheit, Formen und Funktionen mit mechanischen und mathematischen Begriffen und Formeln beschreibt. Das, was beschrieben wird, ist der Schatten eines spürenden und fühlenden Subjekts.

2.) Der *“körperlose”* Mensch (der Verlust des Körpers im Selbsterleben)

Der Schatten wurde in der Einleitung als eine Metapher für ein herabgemindertes Gefühls- und Körpererleben verwendet. Ein derartiges schattenhaftes Wahrnehmen von Empfindungen kann aus vielfältigen Gründen auftreten. Folgende werden etwas eingehender behandelt: der reale Verlust von Körperteilen, das durch organische Veränderungen und Erkrankungen zu begründende Fehlen oder Verschwinden von Körperteilen aus dem Bewußtsein, Blockierungen und Abwehr von Gefühlen und Körperempfindungen, Körper und zwischenmenschliche Beziehungen

2.1.) Der reale Verlust von Körperteilen

Die anhand des Schattenmärchens angerissenen Probleme und Fragen von leblos und lebendig treten besonders eindringlich in der Auseinandersetzung mit den Auswirkungen des Verlustes von Körperteilen hervor. Ich möchte das am Verlust von Gliedmaßen exemplifizieren. Wenn jemand durch einen Unfall einen Arm oder ein Bein verloren hat, kann er dieses durch technisch anspruchsvolle Prothesen *“ersetzen”*. Aber auch dann, wenn mit einer Prothese variantenreiche Bewegungsmuster durchgeführt werden können, fehlt ihr eine selbstempfindende Qualität. Durch das Anlegen der Prothese wird zwar eine Subjekt-Objekt-Verbindung geschaffen, die aber die Kluft von lebendig und leblos nicht aufhebt.

Eine Brücke zwischen den Bereichen des Lebendigen und Leblosen können Phantomglieder bilden. Mit dem Begriff Phantom werden entweder Trugbilder oder Modelle von Körperteilen für den Unterricht bezeichnet. In der Neurologie wird damit die Empfindung beschrieben, daß der abgetrennte Körperteil noch vorhanden ist. Das Auftreten eines Phantomglieds ist die erlebbare Seite der zentralnervösen Repräsentanz dieses Teils des Körperselbst. Der Verlust des Beines bedeutet somit nicht, daß seine zentralnervöse Repräsentanz damit gelöscht wird. Das scheint von erheblichem Vorteil, für den Gebrauch einer Prothese zu sein. So formuliert der Neurologe Michael Kremer: *“Ein Phantomglied ist für den Amputierten von großer Bedeutung. Ich bin ganz sicher, daß niemand eine Beinprothese zufriedenstellend benutzen kann, bevor das Körperschema, mit anderen Worten: das Phantomglied mit ihr verschmolzen ist.”* (zit. nach Sacks 1985/1991, S. 98). Ein Patient von Oliver Sacks hat in eindrucksvoller Weise beschrieben, wie er die Kluft zwischen sich und der leblosen Prothese durch die Erweckung des Phantomgliedes überbrückt: *“Zunächst hebe er seinen Oberschenkelstumpf an und gebe ihm dann - “wie einem neugeborenen Kind” - mehrere kräftige Klapse. Beim fünften oder sechsten Schlag sei das Phantombein, angeregt durch die periphere Stimulierung, urplötzlich “da”. Erst dann könne er seine Prothese anlegen und laufen.”* (Sacks 1985/1991, S. 99).

2.2.) Das durch organische Erkrankungen begründbare Fehlen oder Verschwinden von Körperbereichen aus dem Bewußtsein

Ich habe im vorigen Kapitel den Verlust von Körperteilen und die unwillkürliche und willkürliche Aktivierung von Phantomgliedern behandelt. Eine andere Situation liegt vor, wenn alle Körperteile vorhanden sind, aber Bereiche des Körpers nicht oder einem nicht zugehörig empfunden werden. Ich möchte mich hier auf jene Empfindungen beschränken, die durch die Aktivität des “sechsten Sinnes” entstehen. *“...es ist dieser lebensnotwendige “sechste Sinn”, durch den der Körper sich selbst erkennt und mit vollkommener, automatischer, augenblicklicher Präzision die Positionen und Bewegungen aller beweglichen Körperteile, ihr Verhältnis zueinander und ihre Ausrichtung im Raum erfaßt.”* (Sacks 1995, S. 68). Voraussetzungen für diese hochkomplexe Leistung bilden die Informationen, die ständig von den Muskeln, Gelenken und Sehnen zum Gehirn strömen. Dieser sechste Sinn hat zur Folge: *“Man besitzt sich selbst, man ist man selbst, weil sich der Körper durch diesen Sinn jederzeit erkennt und bestätigt”* (Sacks 1984/1995, S 68). Die hier angeführte Aktivität des Nervensystems hat Sherrington als Propriozeption bezeichnet. Etwas von diesem Vorgang kann dabei auch ins Bewußtsein treten.

Mit den Erkenntnissen, die wir mit der Auseinandersetzung mit dem Begriff der Propriozeption gewonnen haben, können wir uns nun dem oben dargelegten Problem der verminderten oder fehlenden Eigenwahrnehmung zuwenden. Dabei werde ich die Situation eines Betroffenen aufgreifen. Er kann nur langsam mit

ausfahrenden Bewegungen des Oberkörpers mühsam gehen. Dabei muss er sich anhalten oder gestützt werden. Die Koordination seiner Bewegungsabläufe und die Kontrolle des Gleichgewichts gelingen mit Einsatz von Konzentration und Willenskraft. Dazu kommt eine verminderte Repräsentanz mancher körperlicher Bereiche im Bewußtsein, ein “terra incognita” auf der Landkarte der körperlichen Selbstempfindungen. Die hier angeführten Beeinträchtigungen grob- und feinmotorischer Leistungen und die partielle Schwäche der Eigenempfindung sind die Folgen einer infantilen Cerebralparese. Dadurch dürfte der Fluß der mancher Informationen von den Muskeln, Sehnen und Gelenken zum Gehirn und deren Verarbeitung beeinträchtigt oder modifiziert werden. Zu dieser Störung der Aktivität der Propriozeption kommt noch eine in einigen Breichen des Körpers verminderte Oberflächen- und Tiefensensibilität. Wenn man diese Ausgangssituation bedenkt, ist es erstaunlich und beeindruckend, daß dieser Mann, der gefüttert werden muß, eine Ausbildung als Sozialarbeiter absolviert hat und derzeit am Computer selbstständig seine Diplomarbeit schreibt.

Ich habe damit das Vorliegen einer “partiellen Körperlosigkeit” demonstriert und werde nun das äußerst selten auftretende Erscheinungsbild einer “totalen Körperlosigkeit” beschreiben. In beklemmender Weise wird das Decart’sche entseelte Körpermodell Realität in der Schilderung der “Körperlosen Frau” durch Oliver Sacks (1985/1991, S. 69ff). Christine konnte eines Tages nur mehr stehen, wenn sie dabei ihre Füße anschaute. Wollte sie einen Gegenstand ergreifen oder etwas zum Mund führen, verfehlte sie das Ziel. Sie konnte offensichtlich ihre Bewegungen nicht mehr steuern und koordinieren. Sie selbst schilderte diesen Zustand: *“Es ist irgendetwas Furchtbares passiert ... Ich spüre meinen Körper nicht. Ich fühle mich wie verhext - als wäre ich körperlos”* (Sacks 1985/1991, S. 72). Die neurologische Untersuchung und ein Elektromyogramm ergaben, daß ihre Scheitellappen normal arbeiteten, aber keine Informationen von der Peripherie erhielten. Christine litt an einer sensorischen Neuropathie der propriozeptiven Nervenfasern. Auch nach Abklingen der akuten Erkrankung blieb der Verlust der selbstempfindenden Eigenwahrnehmung bestehen. Sie hatte das Gefühl, ihr Körper sei tot, existiere nicht wirklich und gehöre nicht zu ihr. Die Selbstverständlichkeit des körperlichen Daseins hatte sich in ein Schattenbild verwandelt. Beklemmend wird dieses Schattenleben von Sacks formuliert: *“Denn in gewisser Hinsicht ist sie tatsächlich “ausgehöhlt” und körperlos, eine Art Gespenst.”* (Sacks1985/1991, S 80).

2.3.) Blockierung und Abwehr von Gefühlen und Körperempfindungen

Als bei Christine erstmals die geschilderten Bewegungsprobleme neben anderen Schwierigkeiten auftraten, wurde ein Psychiater beigezogen. Er diagnostizierte eine Angsthysterie mit typischen Konversionssymptomen. Eine Passage der Darstellung von Sacks beschreibt Phänomene, wie sie auch manchmal im

Zusammenhang mit hysteriformen Zustandsbildern formuliert werden. Als die Patientin drei Monate nach ihrem Zusammenbruch bereits sehr gut sitzen konnte, beobachtete er eine Eigentümlichkeit ihrer Sitzhaltung, die ihn zu folgender Aussage führte: *“... zu gut vielleicht, zu graziös, wie eine Tänzerin, die mitten in einer Bewegung innegehalten hat. Und bald merkte ich, daß dies tatsächlich eine Pose war, die sie sei es bewußt oder automatisch einnahm und aufrechterhielt, eine gezwungene oder schauspielerhafte Positur, die das Fehlen einer echten, natürlichen Haltung ausgleichen sollte.”* (Sacks 1985/1991, S. 77). Einen solchen Eindruck der Gekünsteltheit können auch hysteriforme Ausdrucksformen vermitteln. So erscheinen dem geschulten Blick gewisse Bewegungsabläufe und Verhaltensweisen als Gestaltung einer Vorstellung von Symptomen. Die *“Gestaltung”* der Ausdrucksform gemäß einer teilweise laienhaften Vorstellung kann die *“Perfektion”* ihrer *“Darstellung”* beeinträchtigen. *“Manche Reflexe, von denen die subjektive Anatomie* (Hervorhebung durch den Verfasser des vorliegenden Beitrags) *nichts weiß, bleiben daher erhalten.”* (Hofstätter 1966, S. 216). Würden wir alle anderen mit der Erkrankung von Christine verknüpften Schwierigkeiten außer acht lassen und hypothetisch annehmen, daß eine Hysterie eben dieselben Zustandsbilder hervorbringt, welche Unterschiede bestünden dann zwischen den beiden Krankheitsformen? Der gravierende Unterschied würde in der Auffassung ihrer Verursachung liegen. Während bei Christine die Symptome mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in Zusammenhang gebracht werden, wird die Hysterie herkömmlicherweise nicht als ein organisch bedingtes Zustandsbild angesehen. Gewisse Erscheinungsweisen des Psychischen passen zu den oben geschilderten motorischen und sensorischen Manifestationen. So werden zu hysteriformen Expressionen neigenden Menschen auch eine starke Erregbarkeit der Affekte, aber geringer Nachhaltigkeit der Gefühle, eine Unechtheit des Gefühlslebens und ein Erlebnishunger bei gleichzeitiger Erlebnisunfähigkeit zugeschrieben. Wenn nun aber körperliche und seelische Erscheinungsformen der geschilderten Art keine Ausdrucksformen einer körperlichen Erkrankung sind, wie kann es dann zu derartigen Manifestationen kommen? Tiefenpsychologisch orientierte Forscher gehen davon aus, daß dem Bewußtsein entzogene widerstreitende Vorgänge des Psychischen verschiedene körperliche und seelische Symptome begründen können. Ähnlich wie die Tätigkeit des zentralen Nervensystems dem Bewußtsein nicht zugänglich ist und Störung desselben nur in besonderen Fällen wahrnehmbar werden, sind nur die Auswirkungen der Aktivität unbewußter psychischer Prozesse erfassbar. Zu den unbewußt bleibenden psychischen Aktivitäten zählen auch die *“Abwehrmechanismen”* (Freud A., 1936/1964). Durch ihre Tätigkeit sollen vom Bewußtsein unannehbare Triebimpulse und Vorstellungsinhalte von einer Bewußtwerdung ausgeschlossen oder Bewußtseinsinhalte ins Unbewußte verdrängt. Es wird angenommen, daß unvollständige Triebverdrängungen auf dem Hintergrund eines chronischen, meist in die frühe Kindheit zurückreichenden Triebkonfliktes zu den geschilderten Symptomen führen.

Ich habe damit Konturen des psychoanalytischen Erklärungsmodells für das Auftreten von Hysterien, Zwangsneurosen oder Phobien ohne Entfaltung ihrer jeweiligen Besonderheit skizziert. Darüber hinaus sollten in der Verknüpfung mit den Aktivitäten von Abwehrprozessen, vitale körperliche Empfindungen und mit diesen verknüpfte Emotionen in der Selbstwahrnehmung ausgespart bleiben. Wenn das zutrifft, dann können wir erwarten, daß auch partielle Lücken oder Abschwächungen von körperlichen Selbstempfindungen und intensiven Gefühlsregungen anzutreffen sind. Diese müßten dann fehlen oder als einem nicht zugehörig wahrgenommen werden. Damit würden wir wieder dem Schatten begegnen, wobei dessen Auftreten eine andere Genese als die in den Kapiteln 2.1. und 2.2. besprochene aufwiese. Diese Suche nach dem Schatten innerhalb neurotischer Krankheitsbilder soll nun nachgegangen werden. Die im Zusammenhang mit der Hysterie besprochene Gestaltung von Bewegungsabläufen und Gefühlen läßt eine Distanziertheit zum eigenen Erleben vermuten, so daß diesem etwas Schattenhaftes zukommt.

Ich werde nun das Thema des Selbstempfindens und Selbstfühlers in der Zwangsneurose aufgreifen und anhand einer kurzen Sequenz einer Therapie demonstrieren. Hans war 13 Jahre alt, als er wegen einer schweren Zwangsneurose zur therapeutischen Behandlung kam. In der 24. Therapiestunde zeichnete er ein Bild, das verschieden große Kristalle darstellte. Diese Zeichnung und seine Assoziationen dazu gaben einen Einblick in seine innere Welt: *“Das Denken der Menschen und ihre Art zu Leben sind eingeschränkt, wie versteinert. Sie können sich nur sehr langsam fortbewegen, wie wachsende Kristalle ...”* (Reinelt 1976, S. 279). Dieses Bild zeigt uns das Resultat eines Vorganges, der nach Spiel den freien Fluß des Lebens einfrieren läßt, damit die Integrität des Ich aufrechterhalten wird (Spiel 1974). Aus der Sicht der Tiefenpsychologie führt die Abwehr der Triebgefahr zu einer immer starrereren Kontrolle, Mimik und Muskelspannung. Wilhelm Reich hebt die *“Empfindungslosigkeit”* des Zwangsneurotikers hervor. Seine ... *“Selbstwahrnehmung ist vollständig, aber “unlebendig”, “tot” oder “leer”*” (Reich 1933/1949/1981 S. 440).

Reich hat bei einer schizophrenen Patientin versucht, die in der Eigenempfindung *“toten”* Stellen des Körpers zu objektivieren. Zu diesem Zweck rieb er leicht eine mit Orgon geladene fluoreszierende Birne an verschiedenen von ihr als *“tot”* oder lebend bezeichneten Stellen. Dort, wo sie sich in der Vergangenheit selbst Verletzungen zugefügt hatte, wie an den Gelenken der Hände oder am Brustbein, wo sie mehrere Male Kreuze in die Haut geritzt hatte, blieb im Gegensatz zu anderen Bereichen das Aufleuchten der Lampe aus. Eben diese Stellen wurden auch von ihr wie *“tot”* empfunden und sie waren der Diktion von Reich nach nicht aufgeladen, das heißt *“objektiv”* tot. Präziser wird er, wenn er von einer *“Ablösung einzelner Körperteile oder eines ganzen Organsystems vom Gebiet der Selbstwahrnehmung”* spricht (Reich 1933/1949/1981 S. 463). Schizophrene Zustandsbilder zeichne eine Blockierung zwischen Erregung und Wahrnehmung, Zwangsneurosen eine

Blockierung zwischen Erregung und Motilität aus.

2.4.) Selbstempfinden und zwischenmenschliche Beziehungen

Ich beschränke mich in dieser Abhandlung auf Aspekte des Selbstempfindens, die insbesondere die propriozeptive Wahrnehmung als eine essentielle Grundlage der Selbst-Bewußtwerdung betreffen. Es geht mir also hier um die Erfahrung des *“Selbst als einzelnen, abgegrenzten, integrierten Körper”* (Stern 1985/1994, S. 18). Zu der Frage, ob sich bereits intrauterin eine Art von Selbstempfindung präformiert, kann ich nicht beantworten. Hingegen erscheint es auf Grund zahlreicher Untersuchungen evident zu sein, daß die frühen interaktionellen Erfahrungen des Kindes mit seinen Bezugspersonen einen fundamentalen Einfluß auf seine körperliche und seelische Entwicklung haben (Ainsworth 1972, Bowlby 1953/1972, Spitz 1965/1980). Auch wenn der Funke der körperlichen Selbstempfindung bereits im Mutterleib aufleuchten sollte, verknüpfe ich dessen Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung auf das engste mit haptischen und propriozeptiven Erfahrungen. Die Welt, in die ein Kind hineingeboren wird, kann vielerlei Variationen negativer körperlicher interaktioneller Erfahrungen bieten: diese resultieren aus Mißhandlungen, Vorenthaltung positiver Körperempfindungen, Mangelnder Abstimmung auf die Bedürfnisse des Säuglings usw. Die Vorenthaltung positiver Körperempfindungen und die mangelnde Abstimmung auf ihre frühkindlichen Bedürfnisse waren Bestandteil der Biographie eines Mädchens, das offensichtlich vom Säuglingsalter an, ihren Körper über exzessives Onanieren *“suchte”* (Reinelt, 1984). Ihre Mutter entstammte einer streng katholischen, körperfeindlich eingestellten Familie. Der Körperkontakt zwischen Mutter und Kind blieb auf das Minimum des Notwendigen beschränkt. Symptomatisch für die Beziehungsgestaltung erachte ich, daß sie während des Säuglingsalters ihres Kindes bei interaktionellen Handlungen ein Mundtuch trug. Sie hatte Angst, die Tochter mit irgendwelchen Bazillen anzustecken. Es kamen somit von ihr wenige Anregungen zur Entwicklung und Differenzierung des körperlichen Selbstempfindens. Schon damals, als ich den Fall beschrieben habe, habe ich das Symptom mit einer Unterrepräsentation interaktioneller positiver Körpererfahrungen verknüpft. Ich habe das allerdings noch nicht so klar formulieren können, wie mir das heute möglich ist.

3.) Die Suche nach dem *“verlorenen”* Körper

Sacks hat die Aktivität des sechsten Sinnes - der Propriozeption - so beschrieben: *“Man besitzt sich selbst, man ist sich selbst, weil sich der Körper durch diesen Sinn jederzeit erkennt und bestätigt.”* (Sacks 1984/1995/ S 69). Nun habe ich in den vorhergehenden Ausführungen Beispiele für Beeinträchtigungen dieses Selbsterkennens und Selbstbestätigens körperlicher Bereiche dargestellt. Was geschieht nun aber, wenn ein solches Selbsterkennen

und Selbstbestätigen beeinträchtigt oder verändert ist? Werden wir nicht annehmen, daß die existentielle Qualität, sich körperlich selbst zu besitzen oder zu sein, in irgendeiner Form intendiert wird? Dieser Frage möchte ich in den folgenden Ausführungen nachgehen. Ich werde dabei Verhaltensweisen und Handlungen beschreiben, die anscheinend, den Zweck verfolgen, Bereiche des Körpers und damit etwas von sich selbst spürbar werden zu lassen. Das ist eine Art von Rückversicherung, ob man partiell oder insgesamt existiert. Das kann soweit gehen, daß auch unwiederbringlich verlorener Körperteile "erlebt" werden, wie das bei Phantomgliedern der Fall ist. Dem wird manchmal auch nachgeholfen, wenn jemand durch einige Klapse seinen Beinstumpf "aufweckt". Auch Christina möchte aus dem Schattendasein ihrer Körperlosigkeit heraustreten. Bei jeder Gelegenheit fuhr sie in einem offenen Wagen, um den Wind auf ihren Körper zu spüren. Die Empfindung der Haut für leichte Berührungen war nur wenig beeinträchtigt. Sie genoß dieses Gefühle: *"Ich spüre den Wind auf der Haut, auf den Armen und im Gesicht, und dann merke ich undeutlich, daß ich tatsächlich Arme und ein Gesicht habe ... es nimmt eine Zeitlang diesen schrecklichen Todesschleier von mir."* (Sacks 1985/1991 S. 81). Die hier formulierte Hypothese, einer unwillkürlichen und auch willkürlichen Tendenz zur Vervollständigung, zur Wiederherstellung eines Ganzen (in der körperlichen selbstempfindenden Wahrnehmung) und zur Findung oder Wiederfindung partieller Bereiche des Körpers (in der selbstempfindenden Wahrnehmung) hat meines Erachtens auch einigen Erklärungswert für manche selbststimulierende und selbstverletzende Verhaltensformen. Zu dieser Auffassung kommt auch Reich mit der Frage nach dem Zweck stereotyper Bewegungsmuster und Automatismen bei Schizophrenen in psychiatrischen Anstalten. Sie kneten ihre Haut, reiben ihre Fingerspitzen an der Wand, führen Schaukelbewegungen durch und ähnliches mehr. Es scheint, *"als seien diese katatonen Aktivitäten Ausdruck eines verzweifelten, aber zwecklosen Versuchs, das Gefühl in den Körperteilen wiederherzustellen, die empfindungslos wurden"* (Reich 1945/1949/1981 S. 463). Wir könnten auch mit anderen Worten davon sprechen, daß die körperliche Selbstvergegenwärtigung über starke Reize gesucht wird. Für die Reich's schizophrene Patientin waren das eine üblicherweise als schmerzhaft empfundene Selbstbeschädigungen, für den Mann mit der Beinamputation Schläge auf den Beinstumpf und für Christina der intensive Fahrtwind. Ebenso neige ich dazu, auch das exzessive Onanieren der oben erwähnten Patientin als Ausdruck einer Suche nach körperlichen Selbstempfindungen zu interpretieren.

Diese Verschiedenartigkeit der beschriebenen Ausgangssituationen und der Phänomene könnte nun den Eindruck erwecken, daß hier versucht wird, der Flucht vor dem Schatten und der Suche nach dem Körper eine übermäßige Bedeutung für die Genese verschiedenartigster körperlicher und psychischer Symptome zuzuschreiben. Wenn Ausdrucksformen der beschriebenen Art mit Lücken und Minderungen der Selbstempfindung verknüpft werden, sollten diese in irgendeiner Form verifizierbar sein. Dazu benötigen wir die Aussagen der

Betroffenen, Beobachtungen ihrer Verhaltens- und Ausdrucksformen und medizinische und psychologische Untersuchungsbefunde.

Ich habe einige Symptome als Formen einer Selbstvergegenwärtigung beschrieben. Für derartige Formen der Selbstvergegenwärtigung zahlen die Betroffenen einen Preis. Die exzessive Onanie der kleinen Patientin zog gravierende Schuldgefühle und schulisches Versagen nach sich. Die schizophrene Patientin von Reich beschädigte sich selbst. Symptome besitzen also eine Qualität mißlingender Selbstheilungsversuche. Wir haben aber auch Verhaltensformen kennengelernt, die eine Selbstvergegenwärtigung fördern, ohne daß damit negative Nebenwirkungen verknüpft sind. Christine pflegte sich einem starken Fahrtwind auszusetzen und der beinamputierte Mann belebte sein Phantomglied mit einigen Klapsen. Wir haben es hier mit intensiven Reizen zu tun, deren Intensität aber kein schädliches Ausmaß erreicht.

Starke körperliche Selbstempfindungen gehen auch mit intensivem körperlichem Training einher. Die damit verbundenen Wahrnehmungen von Druck, Spannung, Ermüdung, Schmerz, Verkrampfung etc. bestätigen, oft auch schmerzlich, daß man (körperlich) *da* ist. *“Ich spüre also bin ich”*. (Reinelt, Gerber 1984, S. 30). Dieser Satz ist eine Paraphrasierung des Decart'schen *“Cogito ergo sum”* (*“Ich denke, also bin ich”*) und verweist auf die existentielle Qualität der empfindenden Selbstwahrnehmung für die Selbstvergegenwärtigung. Ich bin allerdings nicht der Auffassung, daß damit ein Leitmotiv jeglicher sportlicher Betätigung formuliert ist. Neben der Vielzahl möglicher Motive, sollte allerdings ein derartiger Beweggrund auch Berücksichtigung finden. Sport und körperliche Ertüchtigung können eine positive Form der Überwindung einer nur schattenhaft verspürten Körperlichkeit eröffnen und manchmal wohl auch verschließen. Ich werde weiter unten ausführen, was es mit dem Verschließen auf sich hat.

4.) Die wissenschaftliche Konstruktion des “objektiven Körpers”

Es ist ein Dilemma der Medizin, daß ihre naturwissenschaftlich orientierten Methoden und Theorien nur den “Schatten” des lebenden Organismus erfassen können.

Karin, eine Frau mittleren Alters, erlitt während des Besuches des Dampfbades der Kuranstalt, in der sie sich wegen eines allgemeinen Erschöpfungszustandes und zu einer Gewichtsreduktion befand, akute Herzbeschwerden, die eine sofortige Einlieferung auf eine Herzstation notwendig machten. In den Monaten nach der Entlassung traten sporadisch Tachykardien auf. Ein Jahr später erkrankte sie an einer schweren Grippe, die mit einer Reihe von verschiedenartigen Beschwerden einherging. Zu diesen zählten: eine Entzündung des Mundes und des Rachens, nächtliche Herzattacken, ein trockener, bellender Husten und Atemnot mit Erstickungsanfällen. Nach einem schweren Erstickungsanfall wurden ambulante klinische Untersuchungen eingeleitet. Das Lungenröntgen ergab keinen eindeutigen Befund für das

Vorliegen einer Pneumonie und wurde sowohl im Spital als auch in einer ärztlichen Praxis wiederholt. Schließlich wurde eine "kalte Lungenentzündung" diagnostiziert. Im Elektrokardiogramm waren Rhythmusstörungen zu sehen und bei einer der in verschiedenen Institutionen durchgeführten Ergometrien wurden sehr schlechte Werte registriert. Die Patientin wurde auf zahlreiche Medikamente für verschiedene Beschwerden eingestellt und nur langsam begannen einige davon allmählich abzuklingen. Was sich kaum besserte, das waren die Herzbeschwerden. Schließlich riet ein Spezialist zu einer Angiographie. Hinweise auf eine Schädigung des Herzmuskels oder Durchblutungsstörungen der Herzkrankengefäße konnten allerdings keine erbracht werden.

Wir haben mit dieser Schilderung einen Einblick in die Anwendung der Technik zur medizinischen Untersuchung des Menschen erhalten. Röntgenstrahlen wurden verwendet, um den Körper zu durchleuchten und die Lunge sichtbar zu machen. Was von ihr dabei abgebildet wird, sind Formen und Strukturen, die durch Differenzen der Lichtdurchlässigkeit sichtbar werden. Ebenso wurden während der Angiographie Bilder des Herzens aufgenommen und ein kleiner Film gedreht. Mit dem Elektrokardiogramm wurde die rhythmische Bewegung des Herzens in ihrem Verlauf registriert und aufgezeichnet. Was mit diesen und anderen Verfahren gezeigt werden kann, sind Formen und Strukturen von Organen, Veränderungen derselben und im Falle Karins die Peristaltik des Herzmuskels für die Dauer eines Filmes, dessen bioelektrische Aktivität etc. Was ich hier beschreibe, sind Formen, Strukturbeschaffenheiten, sichtbare Bewegungsphänomene und bioelektrische Aktivitäten. Das sind materielle und physikalische Phänomene in den "Sprachen" der Erfassungsmodalitäten. Sie geben keine Auskunft über das Leben an sich, sondern nur über Epiphänomene desselben. In diesem Sinn verstehen sie Uexküll et al. (1994 S.15) als Schattenbilder des lebenden Organismus. Mediziner oder Sportwissenschaftler "konstruieren" aus dermaßen gewonnen Erkenntnissen den Körper eines Menschen und dessen Funktionen. Sie betreiben "objektive Anatomie" und beachten oft wenig die subjektiven Aussagen der Patienten über ihre Leiden und Beschwerden. Die subjektive Erlebenswelt, die ein Patient mitteilt, ist andersartig und scheint oft wenig oder keinen Zusammenhang mit den objektiven Befunden zu besitzen. Schon Descartes mißtraute den Wahrnehmungen des erlebenden Körpers. Indem er diesen als "res extensa", die gemäß den Gesetzen der Mechanik funktioniert, beschrieb, war er ein Wegbereiter für eine Auffassung vom menschlichen Körper als ein Objekt. Säuberlich davon getrennt existiert die zweite Substanz, die er "res cogitans" - die geistige Dimension im Menschen - nennt.

Ich werde nun die subjektive Welt der Patientin schildern und mit der Frage verknüpfen, ob diese etwas zum Verständnis der oben geschilderten Symptome beiträgt. Während ihres Kuraufenthaltes fühlte sie sich oft müde und erschöpft von den Anwendungen. Vieles schmerzte sie, was sie selbst und ihr nahestehende Menschen betraf. Der noch nicht sehr lange zurückliegende Tod

der Mutter, hatte zu einer tiefen Verunsicherung geführt; es gab sie plötzlich nicht mehr, ihre schützende und stützende Gegenwart. In einer metaphorischen Sprache, tat ihr das Herz weh, wenn sie an sie dachte. Ihre existentielle Verunsicherung erschütterte ihr Selbstvertrauen. Sie zweifelte an ihrem Aussehen, an ihrer Liebenswertigkeit, an ihren Fähigkeiten und war sich nicht mehr sicher, ob die ihr nahestehenden Menschen sie noch mochten. Sie wünschte sich sehr, wieder so schlank zu sein, wie als junges Mädchen. Da gab es vielerlei Gedanken, Vorstellungen und innere Bilder, die mit aufwühlenden Gefühlen verknüpft waren. Manchmal spürte sie das Herz jagen. Im Dampfbad hatte es sich dann so zusammengekrampft, daß sie ins Spital eingeliefert werden mußte. Mit dem Anfall war eine beklemmende Angst verbunden, die sie zutiefst beunruhigte. Sie kehrte zurück in ein Zuhause, in dem sie sich nicht wirklich zuhause fühlte. Es folgte ein langer dunkler Winter, der sich auf ihr Gemüt schlug. Sie wünschte sich so sehr, die Dinge in ihrem Leben in eine wirkliche Ordnung zu bringen und erlebte wie Don Quichotte einen Kampf gegen Windmühlenflügel. Wie ein Moloch wuchs das, was erledigt werden sollte, immer wieder heran. Sie kämpfte einen verbissenen Kampf, um alles aufzuarbeiten. Sie überzog und verausgabte sich. Sie war nicht mehr in sich sondern außer sich. Da blieb wenig Zeit für meditative Selbstbesinnung. Trotzdem verspürte sie zwischendurch Befriedigung, die vornehmlich aus den vielen Erledigungen und einer damit verbundenen legitimen Erschöpfung und Müdigkeit resultierte. Besonders einschneidend erlebte Karin die Zeit ihrer grippalen Erkrankung. Sie fühlte eine große Schwäche und Ausgelaugtheit. Sie erlebte sich einsam, alleingelassen und ohne familiäre Unterstützung. Von ihrem Mann hatte sie den Eindruck, daß er ihr Befinden nicht ausreichend ernst nehme und sie wenig umsorge. Außerdem hatte sie vor Eintritt der Krankheit ein Vorwurf von ihm zutiefst getroffen und eine lange anhaltende Kränkung bewirkt. Schmerzlich erlebte sie auch Auseinandersetzungen mit ihrem Sohn und litt unter der Sorge um sein Wohlergehen. Wenn er ihr Vorwürfe machte, dann traf sie das "mitten in's Herz". Körperlich kam es zunehmend zu einer Austrocknung von Mund und Rachen, was eine fortwährende Reizung verursachte. Das führte zu einer Zunahme der Hustenanfälle. Diese wurden so stark, daß sie immer wieder in eine beängstigende Atemnot geriet. In den Nächten wachte sie häufig schweißgebadet auf und spürte in bedrängender Angst, das unruhige, krampfende Herz. Ein nicht enden wollender Hustenanfall und der damit ansteigende Luftmangel gingen mit lebensbedrohlichen Erstickungsängsten und einem Erstickungsanfall einher. Immer klarer wurde für sie formulierbar: *"Besonders, wenn mir mein Sohn oder mein Mann weh tun, dann spüre ich mein Herz."*

Was ich hier geschildert habe, ist die Welt des persönlichen Erlebens von Karin, ihre Leiden und Nöte, die - so ihre subjektive Krankheitstheorie - auch das Herz oder dessen Funktionen irritieren. Gleichzeitig bezweifelte sie, daß ihre körperlichen Symptome ohne handfesten organischen Befund auftraten. So wurde von ihr und den Ärzten weiter nach einer mit den objektiven Methoden

der Medizin faßbaren Schädigung oder Störung im Organismus gesucht. Hat nicht die naturwissenschaftliche medizinische Forschung und Praxis zu früher nicht vorstellbaren Erfolgen geführt? Biomechanisches Wissen wird dermaßen in die Praxis umgesetzt, daß Menschen künstliche Gelenke eingesetzt werden. Stoffwechselstörungen können teilweise ausgeglichen werden. Und die Wissenschaft stellt uns die Behebung genetischer Defekte in Aussicht. Wir schreiten mit schwindelerregender Schnelligkeit in der Konstruktion des "objektiven Körpers" fort. Hätten wir jemals aus dem subjektiven Erleben von Menschen die Mechanik der Gelenkbewegung, die Art der Stoffwechselstörung oder den genetischen Fehler erschließen können?

Diese Wissenschaft hat es auch ermöglicht, eine Schädigung des Herzmuskels und der koronaren Herzkranzgefäße bei Karin auszuschließen oder Christina's Zustandsbild auf die sensorische Neuropathie und einer damit verknüpften Unterbindung des Informationsflusses von der Peripherie zu den Scheitellappen im Gehirn zurückzuführen. Offensichtlich ist die Versorgung der Scheitellappen mit derartigen Informationen eine notwendige Bedingung, daß eine selbstempfindende und -bestätigende Wahrnehmung zustandekommt: „*Das Bein, das ich bewege, bin ich, gehört zu mir und das Herz, das in meiner Brust jagt, ist mein Herz*“. Das EKG oder die Nervenleitgeschwindigkeit zeigen *etwas* von der Aktivität des Herzens oder des Nervensystems. Sie sind Phänomene, deren Erscheinungsweise von der Methode der Untersuchung abhängt. Diese in den methodenspezifischen Sprachen beschriebenen Phänomene verweisen auf einige das Leben und die Selbstempfindung konstituierende Vorgänge. Sie verdeutlichen uns auch in aller Schärfe eine kaum überwindbare Kluft, die zwischen Subjekt und Objekt, zwischen selbstempfindender Vergegenwärtigung und chemischen Reaktionen, elektrophysiologischen Prozessen und mechanischen Abläufen besteht. Erleben und organismische Vorgänge verhalten sich, wie die zwei Seiten einer Münze. Wenn ich die eine Seite betrachte, kann ich nicht gleichzeitig die andere sehen. Trotzdem habe ich es bei beiden Seiten mit demselben Gegenstand zu tun. Auch den "objektive Körper" der Naturwissenschaften, kann ich mir nicht in der selbstbestätigenden Wahrnehmung zu Eigen machen.

5.) Die Entwicklung und Organisation des Körpererlebens

Die Besonderheit der Patientin Christina dokumentiert in beklemmender Weise, was es heißt, "körperlos" zu sein. Sie ist im wahrsten Sinn des Wortes in der *selbst-empfindenden* Wahrnehmung ihren Körper los. Diese "Körperlosigkeit" überdauerte, weil die Neuropathie bleibende Schäden an den sensorischen Nervenfasern des propriozeptiven Systems hinterlassen hatten. Damit stehen wir vor der Frage, wie läßt sich der Körper wiederfinden oder noch prinzipieller, wie haben wir überhaupt unseren Körper gefunden? Möglicherweise ist die zweite Frage insofern hinfällig, falls die selbstempfindende Wahrnehmung gemäß eines genetischen Programms ausgeformt wird. Da ich diese Frage nicht beantworten

kann, werde ich mich jenen Vorgängen und Prozessen zuwenden, die den Körper selbstempfindend ins Bewußtsein rufen können. Ich schreibe nicht definitiv "ins Bewußtsein bringen", weil ja nicht permanent eine bewußte Zuwendung der Wahrnehmung zum potentiell Wahrnehmbaren erfolgt. Wir sitzen auf einem Stuhl und lesen, ohne daß wir die Druckempfindung am Stuhl wahrnehmen. Indem wir die Aufmerksamkeit hinlenken, werden wir sie sehr wohl bemerken. Durch die Hinwendung der Aufmerksamkeit werden also Qualitäten, Intensitäten, Differenzen, Veränderungen etc. merkbar. Was kann z.B. ein Baby potentiell wahrnehmen und lernen, wenn es an der Brust der Mutter oder seinem Daumen saugt? Ein fundamentaler Unterschied zwischen Daumen und Brust besteht darin, daß der Daumen ein dem Baby zugehöriger Körperteil ist. Wenn es an seinem Daumen saugt, kann es diesen Vorgang an zwei Orten seines Körpers erleben: im Mund und am Daumen. Von der Brustwarze, die sich in seinem Mund befindet, kommen aber keine *ihm* zugehörigen Empfindungsqualitäten. Das sollte ihm helfen, zwischen dem was körperlich zu ihm und nicht zu ihm gehört zu unterscheiden. Aber es gibt auch noch andere Differenzen der Wahrnehmung. Form, Größe und Festigkeit von Daumen und Brust sind unterschiedlich. Der Widerstand des Daumens gegen den Druck des saugenden Mundes ist ein anderer als jener der Brust. Das hängt auch damit zusammen, daß der Daumen ein Teil des Skelettes ist und sich unter dem elastischen Gewebe knöcherne Substanz befindet. Das weiß das Baby natürlich nicht, aber in der selbstempfindenden Wahrnehmung unterscheidet es zwischen weicheren und festeren Körperbereichen. Es lernt etwas über die "subjektive Anatomie". Weder der Daumen noch die Brustwarze können eingesaugt und geschluckt werden. Beide sind Teile von etwas Größerem als der Mund. Wenn das Baby an der Brust saugt, dann kommt aus dieser Milch. Diese besitzt eine vollständig andere Konsistenz als die Brust oder der Daumen. Sie setzt den Mundbewegungen kaum Widerstand entgegen, besitzt keine konsistente Form und kann geschluckt werden. Wenn es lang genug trinkt - die Milch rinnt dabei durch seinen Hals in das Körperinnere - klingt das von dort her kommende Hungergefühl allmählich ab. Dieser Ort befindet sich irgendwo anders als der Mund. Wenn das Kind allmählich einen derartigen Unterschied wahrnehmen lernt, hat es sein subjektives Wissen um seinen Körper erweitert. Der Mund selbst umfaßt härtere und weichere Bereiche, die bewegliche Zunge, läßt sich öffnen und schließen usw. Dieses und anderes kann empfindenden wahrgenommen werden. Beim Saugen spannen und lockern sich die Muskeln des Mundbereiches. Saugen ist eine aktive Eigenbewegung. Ebenso kann das Kind seinen Daumen bewegen. Die damit verknüpften Empfindungen spielen eine Rolle im Prozeß der Selbstvergegenwärtigung. Die Brustwarze im Mund gehorcht jedoch keinen vom Säugling ausgehenden Impulsen zur Eigenbewegung. Sie ist kein Körperteil, der über die Propriozeption des Kindes als ihm zugehörig wahrgenommen werden kann. Dadurch ist sie wiederum prinzipiell von der Brust unterscheidbar. Ich möchte hier die Schilderung möglicher seinen Körper betreffende Selbsterfahrungen des Säuglings

abbrechen. Was ich über den Mund, Daumen und die Brust geschrieben habe, gilt auch für die anderen Bereiche des Körpers. Dazu kommen noch die vielen Nuancen und Differenzen von Temperaturempfindungen, Geschmacksvariationen, Geruchswahrnehmungen, Gleichgewichtsempfindungen etc. Was das Kind von sich und der Welt wahrnimmt, hat seinen Ursprung in der Aktivität seiner Sinneszellen. Gemäß der hier skizzierten Auffassung nehmen wir nie ein Objekt oder einen Vorgang der Außenwelt an sich wahr, sondern immer nur als Aktivität unserer informationsverarbeitenden Sinnessysteme. Wenn ich einen Eiszapfen in die Hand nehme, dann spüre ich mich am Eiszapfen. Dieser Wahrnehmung wohnt eine selbstempfindende Qualität inne.

Wenn Christina sich selbst nicht mehr in der Eigenbewegung spüren kann, müssen andere Wahrnehmungsquellen zur Vermittlung körperlicher Selbstempfindungen genutzt werden. Einen diesbezüglichen Hinweis haben wir von ihr selbst bekommen. Der Fahrtwind beim Autofahren hat ihr einen Abglanz der körperlichen Selbstempfindung zurückgegeben.

Ich habe in diesem Kapitel primär einige Gedanken zur körperlichen Selbstwahrnehmung des kleinen Kindes geäußert. Ich möchte diese noch um einen Aspekt ergänzen. Ich denke, daß die Differenzierung der körperlichen Selbstwahrnehmung auch durch die frühen Körpererfahrungen des Kindes mit seinen Bezugspersonen beeinflusst wird. Wenn diese die körperlichen Bedürfnisse des Kindes erfassen und angemessen beantworten, wird das Kind in seinen körperlichen Empfindungen bestätigt. Wenn Bezugspersonen Bedürfnisse häufig unangemessen beantworten, erschwert das, zwischen verschiedenen Körperempfindungen zu differenzieren. So gibt es Bezugspersonen, die jegliches Weinen des Kindes durch Nahrung beruhigen wollen, auch wenn das Kind nicht hungrig ist. Das kann dazu führen, daß sie im späteren Leben auf jegliche Bedürfnisse undifferenziert mit Nahrungsaufnahme reagieren. Einfühlsame Bezugspersonen hingegen werden dem Kind vielfältige körperliche Erfahrungen vermitteln. Sie werden es drücken, wärmen, liebkosen, wiegen, pflegen u.a. mehr. Sie werden ihm dabei alle möglichen Kosenamen geben und in ihrem Verhalten die Freude über sein Dasein zum Ausdruck bringen. Die mit diesem Verhalten der Bezugspersonen verknüpften positiven Wahrnehmungen und Empfindungen des Kindes sollten in seinem Erleben als Selbstbestätigung und Selbstvergegenwärtigung spürbar werden. Das gilt ebenso für sein Bewegungs- und Explorationsverhalten.

Ich habe hier nur Facetten der Entwicklung und Differenzierung der körperlichen Eigenwahrnehmung exemplarisch skizziert. Ich werde in dem folgenden, abschließenden Kapitel eine professionelle, gezielte Methode zur Entwicklung und Differenzierung des Körpererlebens und eine Zusammenfassung des Konzeptes der Subjektiven Anatomie darstellen.

6.) Die Funktionelle Entspannung und das Konzept der “Subjektiven Anatomie”

Vor einigen Jahren hat eine Forschergruppe um Marianne Fuchs und Thure von Uexküll eine systematische Untersuchung des Körpererlebens begonnen. Thure von Uexküll hat wichtige Beiträge zur Theorie der Humanmedizin verfaßt. Marianne Fuchs ist die Begründerin der Funktionellen Entspannung, einem tiefenpsychologisch fundierten Körpertherapieverfahren (Fuchs 1999). Dieses Verfahren wurde als Forschungsmethode eingesetzt. Die Funktionelle Entspannung fördert die Eigenwahrnehmung für den Körper. Als Reize dafür dienen Bewegungen, die einerseits autonom erfolgen und andererseits intentional durchgeführt werden. Mit fortschreitender Übung wird die Wahrnehmung für den Ablauf von Bewegungen und damit verknüpften Änderungen der Muskelspannung und Druckverhältnisse schärfer. So wird allmählich bislang nicht Bemerktes merkbar. Eine zentrale Bedeutung spielt in der Suche nach Wahrnehmbarem im Körper der Atemrhythmus. Besonders die mit der Ausatmung erlebbare bodenwärts verlaufende Körperbewegung ist ein Focus der Eigenwahrnehmung. Damit erfolgt eine Zentrierung auf die Empfindung des Nachlassens muskulärer Spannungen. Diese Orientierung auf das rhythmische Nachgeben der Muskelspannung kann zur Lockerung von Verspannungen und Blockierungen führen. Dafür erweisen sich auch zeitlich auf die Phase des Ausatmens begrenzte minimale Gelenkbewegungen als hilfreich. Derartige mit der entspannenden Körperbewegung des Ausatmens verlaufende intentionale Bewegungen werden dann z.B. im Kiefergelenk, im Schultergelenk oder in Gelenken der Halswirbelsäule durchgeführt. Mit der Ausatmbewegung wird die intentionale Bewegung beendet, aber der Bewegungsempfindung noch nachgespürt. Wenn keine Nachempfindung da ist, wird die Bewegung zur Selbstvergegenwärtigung wiederholt. Wenn man sich dann auch noch nicht dort “wiederfindet”, wird man zu einem späteren Zeitpunkt zu diesem Bereich des Körpers zurückkehren. Zu häufige Wiederholung der spielerischen Bewegungen eines Gelenkes vermindern die Wahrnehmung für feine Druck- und Spannungsänderungen und können überreizen. Mit einer zunehmenden muskulären Entspannung wird die Ausatmung vertieft, wodurch ein natürlicher Anreiz zur unwillkürlichen vertieften Einatmung gegeben wird. Diese Aktivierung der Zwerchfelltätigkeit führt zu einer spürbaren Vitalisierung. Das hier nur kurz skizzierte spielerische Suchen nach Empfindbarem im Körper zentriert sich auf die Gelenke als Verbindungsglieder zwischen den Knochen des Skelettes. Dieses kann als beweglicher innerer Halt spürbar werden, wobei der Wirbelsäule ein besonderer Stellenwert zukommt. Neben den harten und beweglichen Halt gebenden und stützenden Strukturen richtet sich die Wahrnehmung auch auf die Weichteile, die Innenräume und Körperöffnungen, die Haut als Hülle, Grenze nach außen und Kontaktorgan etc. Dieses hier nur kurz skizzierte Vorgehen fördert eine wachsende Differenziertheit der Wahrnehmung des eigenen Körpers. Er bekommt sowohl insgesamt als auch in Einzelbereichen ein spürbarere Präsenz. Es kann sich eine Art des

Körpererlebens einstellen, die ich als *“gegliederte Ganzheit”* bezeichne. Diese wird nicht statisch sondern dynamisch erlebt. Wenn keine muskulären Verspannungen das Spiel der Gelenkbewegungen beeinträchtigen, wird die Atembewegung des Leibes als *“dynamisches Körperselbst”* erfahrbar. Damit habe ich die Funktionelle Entspannung als Methode zur Entwicklung und Differenzierung der erlebbaren Anatomie dargestellt und werde nun die *“Subjektive Anatomie”* als theoretisches Konzept für den erlebten Körper behandeln. Uexküll et. al. (1994, S. 16) gehen davon aus, daß wir den Körper permanent in unserem Erleben und Fühlen schaffen. Die körperlichen Sensationen werden als Zeichen, die Gefühle als Kodes aufgefaßt. Die Sensationen stammen von den Muskeln, Sehnen und Gelenken und werden als Zeichen registriert, aus denen sich der Körper selbst erschafft. Durch den Gefühlskode werden sie als Zeichen für *“sich selbst”* interpretiert.

Was können uns die Erkenntnisse, die ich in dieser Abhandlung über die *“Subjektive Anatomie”* dargelegt habe, nützen. Wir haben gesehen, daß der *“Verlust”* und die Verdrängung oder Negierung des Körpers letztlich zu Symptomen verschiedener Art führen können. Eine körperliche Präsenz, die vornehmlich über exzessive Reizung, Symptome oder Schmerzen erreicht wird, ist dem Wohlgefühl und der Lebensqualität abträglich. Eine Negierung des Körpers kann auch durch den Sport erfolgen, wenn dieser nur mehr als Vehikel für höchste sportliche Leistungen betrachtet wird.

Es scheint so zu sein, daß eine Sensibilisierung für die subjektive Anatomie eine nicht zu unterschätzende Ergänzung der objektiven darstellen könnte. Sie kann diese nicht ersetzen und es wäre fatal, würden wir die Errungenschaften der modernen Medizin über Bord werfen und nur mehr subjektive Krankheitsdiagnosen gelten lassen. Der Verlust des Schattens würde schmerzliche Konsequenzen nach sich ziehen. Es sollte eine Aufgabe einer psychosomatisch orientierten Wissenschaft vom Menschen sein, selbstempfindenden Eigenwahrnehmungen und die naturwissenschaftlichen Erkenntnisse vom Körper und seinen Funktionen aufeinander zu beziehen. Das würde auch die Schwelle deutlicher machen, deren Überschreitung schädliche Auswirkungen auf den Organismus hat, ohne daß dies bereits mit objektiven Untersuchungsmethoden feststellbar sein muß.

7.) Literatur

Ainsworth M.D.S. (1972) Weitere Untersuchungen über die schädlichen Folgen der Mutterentbehrung. In: J. Bowlby (Hrsg.) Mutterliebe und kindliche Entwicklung. München/Basel, Reinhardt , S 172-218

Bowlby J. (1953/1972) Mutterliebe und kindliche Entwicklung. München/Basel, Reinhardt

Descartes R. (1641/1985) Meditationen über die Erste Philosophie. Stuttgart, Reclam

Freud A. (1936/1964) Das Ich und die Abwehrmechanismen. München, Kindler

Fuchs M. (1989) Funktionelle Entspannung. Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem. Stuttgart, Hippokrates

Hofstätter P. R. (Hrsg.) (1966) Psychologie. Frankfurt/M u. Hamburg, Fischer

Reich W. (1945/1949/1981) Charakteranalyse. Frankfurt/M, Fischer

Reinelt T. (1976) Maltherapie mit einem jugendlichen Zwangsneurotiker, In: G. Biermann (Hrsg.) Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband. München/Basel Reinhardt, S 274-285

Reinelt T. (1984) Kasuistik zu psychosexuellen Problemen des Kindes- und Jugendalters. In: W. Datler, T. Reinelt (Hrsg.) Psychotherapie als Hilfe für das Kind. München/Basel, Reinhardt S 106-120

Reinelt T. Gerber G. (1984) Zur Einordnung psychotherapeutischer Methoden in ein genetisches Entwicklungsmodell des Menschen: Spüren-Fühlen-Denken. Ärztliche Praxis und Psychotherapie 6, S 29-31

Reinelt T. Gerber G. (1990) Sensing, Feeling, Thinking. A Development Model for Therapy and Rehabilitation. European Journal for Child and Adolescent Psychiatry. Acta Paedopsychiatrica 53, 3, S 311-317

Reinelt T. Gerber G. (1996) Treatment of a Sixty-Five-Year Old Woman by Functional Relaxation: A Case Study. In: S. Harris, W. Harris, Heikkinen E. (Ed.), Physical Activity, Aging and Sports. Vol. IV: Toward Healthy Aging - International Perspectives Part 2. Psychology, Motivation and Programs. Albany, New York, Center for Study of Aging p. 115-121

Sacks O. (1985/1991) Der Mann der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Reinebek bei Hamburg, Rohwolt

Sacks O. (1985) The Man Who Mistook His Wife For a Hat, New York, Summit Books/Simon&Schuster, Inc.

Sacks O. (1984/1995) Der Tag, an dem mein Bein fortging. Reinbeck bei Hamburg, Rohwolt

Sacks O. (1984) A Leg to Stand On. London, Gerald Duckworth & Co. Ltd

Spiel W. (1974) Zwangsercheinungen im Leben und Verhalten von Kindern und Jugendlichen. In: P. Hahn, H. Stolze (Hrsg.) Zwangssyndrome und Zwangskrankheiten. München, Lehmann

Spitz R. (1956/1973) Die Entstehung der ersten Objektbeziehung. Stuttgart, Klett

Spitz R. (1965/1980) Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart, Klett-Cotta

Stern N. D. (1985/1994), Die Lebenserfahrung des Säuglings, Stuttgart, Klett-Cotta

Stern N.D. (1985) The Interpersonal World of the Infant. New York, Basic Books, Inc. Publishers

Uexküll J. v. (1936) Nie geschaute Welten. Berlin, Fischer

Uexküll Th.v., Fuchs M., Müller-Braunschweig H., Johnen R. (Hrsg.) (1994) Subjektive Anatomie. Theorie und Praxis körperbezogener Psychotherapie. Stutgart/NewYork, Schattauer