

## Selbst und Leib\* - Ein phänomenologischer Zugang

*Wolfgang Blankenburg und Horst Haltenhof, Marburg*

Selbst und Leib sind mehrdeutige Begriffe. Der Alltagssprache entstammend, haben sie im wissenschaftlichen Sprachgebrauch unterschiedliche Bedeutungen angenommen. So wird das "Selbst" oft scharf gegen das "Ich" abgegrenzt. Wir ziehen diesen Trennungsstrich hier nicht, sondern verstehen unter "Selbst" die gesamte Subjektivität des Menschen mit der ihr eigentümlichen Rückbezüglichkeit. Und als "Leib" bezeichnen wir nicht den vergegenständlichten Körper, auch nicht nur den belebten Körper, sondern diesen erst, wenn er Zeichen einer Belebtheit zeigt, die sich nicht allein als unerläßliche Bedingung, sondern zumindest partiell zugleich als Ausdruck und vor allem Organ seelischen Erlebens erweist. Eine ähnliche Gegenüberstellung von "Selbst" und "Leib" thematisiert der Arbeitskreis um Th. v. Uexküll. Wichtig ist nicht allein die Propriozeptivität (wie sie vor allem v. Uexküll betont), sondern ebensowohl, daß zur Selbstreferentialität zugleich auch die "Aufhebung" der Rückmeldung gehört im Sinne einer relativen Leibtransparenz.

### I

Die Beziehungen zwischen Selbst und Leib sind komplex und mehrdimensional. Einzelnen Aspekte werden - zumeist isoliert voneinander - in verschiedenen Forschungszweigen bearbeitet. Es fehlt an übergreifenden Konzeptionen. Vor allem gilt es, alternative Erklärungs- und Verstehensmodelle zu integrieren. Dazu gehört die Überwindung simplifizierender Positionen, wie die einer "Psychiatrie ohne Körper", die seelische Störungen lediglich als Ausdruck psychosozialer Konflikte versteht, oder einer "Psychiatrie ohne Seele", die als Ursachen psychiatrischer Erkrankungen nur somatisch Faßbares gelten läßt. Auch Überlegungen, die den jeweiligen Anteil somatischer und psychosozialer Faktoren am Krankheitsgeschehen - im Sinne einer "Ergänzungsreihe" (Freud V, 46f) - nebeneinanderstellen, greifen zu kurz, da sie das komplizierte wechselseitige Ineinandergreifen und Einander-Relativieren von Leiblichkeit und Selbst, d.h. von körperlicher Entfaltung einerseits, von Selbst- und Weltbezug im Erleben andererseits - kurz: von Leben und Erleben - nur unzureichend reflektieren.

Die hier ins Auge gefaßte Phänomenologie der Leiblichkeit - "Leiblichkeit" als sinnerschließendes "Schlüsselwort" verstanden - scheint einen Zugang nicht nur zu einem weiterführenden Verständnis psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zu eröffnen, sondern auch zu verschiedenen körperbezogenen Therapieformen.

---

\* aus PSYCHO 1-2, 1994 mit freundlicher Genehmigung der PERIMED-spitta Verlagsgesellschaft Balingen und der Autoren.

### II

Mit dem Begriff "Leib" ist die "Durchformung und Überformung der Körperlichkeit durch höherstufige Organisationsprinzipien" (3,4) im Blick. Über den Körper hinaus, der Gegenstand von Anatomie, Physiologie, Pathologie und Patho-Physiologie ist, impliziert die Leiblichkeit des Menschen

- organisches Leben ("belebter Körper"),
- seelisches Leben ("beseelter Körper"),
- geistiges Leben (durchgeistigter Leib" = Person als Individualität) und
- soziales Leben ("sozialisierter Leib" = Person als Sozialwesen).

Ein derart komplex konzipierter Leib-Begriff umschließt nicht nur die naturwissenschaftlich zugängliche Basis, sondern auch die - bislang noch ungenügend erforschten - Formprobleme des Organischen und insbesondere die seelische, geistige und soziale Einbindung bzw. Durchdringung des Somatischen.

Was hier als "Durch- und Überformung" bezeichnet wurde, kann systemtheoretisch als eine Folge integrativer Prozesse bzw. Organisationsstufen auf immer höheren Strukturebenen (i.S. gesteigerter Autopoiesis) verstanden werden. Die höheren setzen die niedrigeren voraus, sind aber keineswegs bloßer "Überbau", quasi verzichtbarer "Luxus", sondern heben die Labilisierungen und Fragilisierungen der jeweils niedrigeren Seinsebene auf. Letzere sind es, die die höheren Organisationsprinzipien notwendig machen. Als "not"wendig erweisen sich, insoweit die niedrigeren Organisationsformen insuffizient geworden sind (z.B. "Instinktunsicherheit" des Menschen). Die Frage, ob die basaleren Strukturen primär insuffizient wurden und so neue Lösungen auf den Plan riefen, oder ob sie sekundär mangels Inanspruchnahme atrophierten - eine wichtige evolutionstheoretische Frage - soll uns hier nicht beschäftigen. Heute wird

überwiegend letzteres angenommen; wahrscheinlich kommt (in jeweils unterschiedlichen Bereichen) beides vor. Mit diesem Leibbegriff lassen sich die Beziehungen zwischen Körper und Selbst (Subjekt, Ich, Person) adäquater fassen, da "Lieb" in diesem Sinne die Selbst- und Weltbezogenheit immer schon mit impliziert. Als Voraussetzung für das Sichkonstituieren eines Selbst und für das Erscheinen von so etwas wie "Welt" ist er zugleich Gegenstand innerhalb der realen Welt. Der Leib (nach Husserl ein "eigentümlich konstituierendes Ding") gehört somit beidem - dem Selbst und der Welt - an. Das Selbst entfaltet sich in ihm und durch ihn. Andererseits wird aber wiederum die Welt zu einer erscheinenden und erlebbaren Welt, d.h. damit zu jener "Welt", wie sie für uns Menschen da ist, erst durch ihn. Auf diese "Ambiguität" des Leibes - nämlich als Körper Manifestationsbedingung des Subjekts und zugleich naturwissenschaftlich beforschbares Objekt, als Leib Organ des Selbst und als Subjekt in der Welt zu sein - haben G. Marcel, Merleau-Ponty, Buytendijk, Plessner, Plügge, Ruffin, Dürckheim, Schmitz u.a. immer wieder hingewiesen. Doch ist mit der bekannten Gegenüberstellung von Körper-Haben vs. Leib-Sein das Problem der Leiblichkeit noch keineswegs ausgeschöpft, sondern lediglich angedeutet. Der Erstautor (3) hat acht kategoriale Zugangsweisen herausgearbeitet, die sich in Form polarer Kontrastierungen darstellen lassen:

1. Einerseits bedingt der Körper psychisches (bzw. psychopathologisches) Geschehen (als *Conditio sine qua non*) dafür, daß ein Selbst - intakt oder beeinträchtigt - in Erscheinung treten kann. Andererseits ermöglicht er es (indem er sich als Organ für das Selbst zur Verfügung stellt). Erst dadurch wird aus dem "Körper" ein "Leib". - Die folgenden Punkte illustrieren einzelne Facetten des daraus resultierenden Verhältnisses des Selbst zu ihm:
2. Einerseits ist der Leib, aufgrund dessen ich "bin", das uns Nächste; andererseits ist er - als Orientierungsnullpunkt quasi der "blinde Fleck" des Subjekts - das uns Fernste (als "Pass, sous silence"/Sartre), stets Übergangene.
3. Einerseits ist der Leib anonyme Quelle verschiedenartigster Empfindungen, andererseits Lokalisationsfeld präzise lokalisierbarer Körperwahrnehmungen (vgl. das breite Spektrum zwischen Zuständlichkeit und Gegenständlichkeit).
4. Einerseits "trägt" der Leib das Subjekt, andererseits "lastet" er, d. h. er ist für das Subjekt eine "Last": Selbstverfügbarkeit vs. Unverfügbarkeit.
5. Einerseits dient der Leib als Ausdrucksorgan (Selbst-Darstellungs-Organ) dem Für-Andere-Sein; andererseits ist er als Organ des Beeindrucktwerdens ein Resonanzkörper für von außen kommende Eindrücke.
6. Einerseits ermöglicht der Leib Intentionalität, andererseits schränkt er sie ein: Aspekt der Selbst-Transzendenz vs. Aspekt der Selbst-Insistenz.
7. Einerseits ist der Leib intersubjektiv konstituiert (gesellschaftlich geprägt), andererseits konstituiert er selbst Intersubjektivität (mittels sozial verständlicher Symbole und dadurch, daß er - am deutlichsten in der Sexualität - nach Ergänzung durch den anderen verlangt): Aspekt der Artikulation zwischen Selbst und Welt (insbesondere Mitwelt). Dieses Wechselspiel zwischen intersubjektivem Konstituiertsein und Konstituieren von Intersubjektivität ist bis heute nur unzureichend aufgeklärt.
8. Einerseits kann der Leib (z.B. in der Hypochondrie) zu einer Art Partner-Ersatz werden; andererseits (z.B. in der Gestalttherapie) zu einem eigenständigen, vielleicht sogar "weisen" Gesprächspartnern (vgl. 19 dazu 16).

Dieser 8. Aspekt liegt auf einer anderen Ebene als die vorherigen, da er über die Formulierung von (polaren) Facetten der Leiblichkeit hinaus das Verhältnis zwischen Selbst und Leib in seiner inneren Differenziertheit und Entwicklungsfähigkeit anspricht. - Daß zum Leib ein ganz anderes Verhältnis möglich ist, als es sich in den westlichen Welt herauskristallisiert hat, zeigen die andersartigen Konzeptionen desselben in den älteren Traditionen Indiens und des Fernen Ostens.

"Leiblichkeit" meint also - die erwähnten Aspekte zusammenfassend - sowohl die Eigenart des Körper, (teils determinierende, teils ermöglichende) Manifestationsbedingung für das Selbst zu sein, aus auch ein Organ desselben. Die Frage, wieweit die Leiblichkeit das Selbst konstituiert, wieweit sie umgekehrt sekundär auch wiederum durch das Selbst konstituiert wird, ist hochkomplex und von anhaltender Brisanz. Einige Aspekte dieses Verhältnisses zwischen Leiblichkeit und Selbst seien näher beleuchtet.

### III

Das Verhältnis zwischen Selbst und Leib ist nicht eines unabhängiger Einheiten; es hat vielmehr eine reflexive Struktur und erweist sich (z.B. im Befinden) als ein Verhältnis von etwas (d. h. dem Selbst) zu einer Voraussetzung seiner selbst (in diesem Fall: dem eigenen Körper bzw. Leib). Ein Selbst ist für uns ohne den Leib nicht denkbar. Der Leib "spricht" schon vor der Herausbildung eines Selbst und auch noch nach dessen Verstummen (mit Ausnahme des Suizids, der dem Leib das "letzte Wort" vorenthält). Freilich tritt das Selbst dann - als ein in Stufen sich entfaltendes Organisationsprinzip des Lebens - quasi aus dem Leib heraus und gewinnt ihm gegenüber eine relative Autonomie. Bis zu einem gewissen Grade wird der Leib sogar vom Selbst abhängig, soweit auch die rein leibliche Gesundheit auf ein intaktes, umsichtig sich artikulierendes Selbst angewiesen bleibt. Thesenhaft zugespitzt: Die Integrität des Leibes und die Intaktheit (Identität) des Selbst bedingen einander wechselseitig, wobei freilich ersterer im Sinne einer asymmetrischen Beziehung die gewichtigere Bedeutung zukommt.

Selbst und Leib sind somit - wenngleich auf unterschiedliche Weise - aufeinander angewiesen. Einerseits sind sie voneinander abhängig (Heteronomie-Aspekt), andererseits sind sie scheinbar unabhängig voneinander (Autonomie-Aspekt). Beide Aspekte zusammenfassend kann man - in Anlehnung an V.V. Weizsäcker - formulieren: Selbst und Leib "gehen miteinander um". Zwischen dem Pol des Eingenommenseins des Selbst vom Leib (seiner Leibverhaftung und

-verstrickung) auf der einen Seite und dem Pol der Beherrschbarmachung bzw. Instrumentalisierung des Leibes durch das Selbst auf der anderen Seite gibt es mannigfaltige Weisen eines solchen "Umganges", die ständig untereinander konkurrieren.

Eine harmonische Beziehung zwischen Selbst und Leib setzt einerseits die Ermöglichung des Selbst durch den Leib voraus, andererseits aber auch die Akzeptanz des Leibes durch das Selbst. Diese Akzeptanz besteht in Kenntnis, Erspüren, Beachtung und Berücksichtigung: Das Selbst bekommt - bewußt, vorbewußt, unbewußt - unterschiedliche Signale und dadurch Kenntnisse von seinem Leib, wobei zu berücksichtigen ist, daß das differenziertere Gewahren nicht den Körper insgesamt, sondern jeweils nur einzelne "Leibinseln" (24) erfährt. Diese "Leibinseln" tauchen - je nach momentaner Befindlichkeit - auf und auch wieder unter.

Was wir von unserem Leib wahrnehmen, ist in einem ständigen Fluktuieren begriffen. Manche Regionen und Funktionen unserer Leiblichkeit werden - zumindest bewußt - kaum oder überhaupt nicht wahrgenommen.

Diesbezüglich findet man große inter- und auch intraindividuelle Unterschiede wie auch Abhängigkeiten von mannigfaltigen Einflüssen bzw. situativen Gegebenheiten. Es gibt so etwas wie "Kreuzungspunkte" zwischen körperlicher Selbstentfaltung und Selbsterfahrung einerseits, Welterfahrung andererseits, wobei die Bedeutung frühkindlicher Bezugspersonen als Vermittler von Körpererfahrungen und deren Bedeutung kaum hoch genug eingeschätzt werden kann. Das Gewahren (und sodann Beachten oder Nichtbeachten) leiblicher Mitteilungen kann - ebenfalls bewußt, vorbewußt oder unbewußt - äußerst stark ausgeprägt sein oder aber vollständig fehlen. Schließlich gibt es Unterschiede im Ausmaß erlebter Beeinträchtigung durch leibliche Ansprüche und Einsprüche, sowohl hinsichtlich - oft ungelebter - Fähigkeiten als auch im Hinblick auf überschätzte oder überforderte Möglichkeiten.

Ein gelungenes Verhältnis von Selbst und Leib kann in der Form eines Dialogs gedacht werden. Die Lebendigkeit dieses Dialogs hängt davon ab, ob das Selbst aus den vielfältigen Möglichkeiten, den Leib zu erleben und sich ihm gegenüber zu verhalten, je nach Situation angemessen - d.h. flexibel - "auswählen" kann. Ein mißlingendes Verhältnis zwischen Selbst und Leib ist dagegen durch einen nicht aufgenommenen oder abgebrochenen Dialog gekennzeichnet. Dieser Dialog darf niemals quasi "vorlaut" werden. Das Ziel bleibt stets, ein relativ gut funktionierendes "Passer sous silence" bzw. "Depasser" wiederherzustellen. Störungen gibt es in verschiedenen Richtungen: im Bereich des Erleben-Könnens durch eine Überthematization körperlicher Vorgänge (Leib als Welt-Ersatz in der Hypochondrie) auf der einen Seite, durch Unterthematization (Unterbelichtung, Ignorierung, Vernachlässigung bis zur Selbst-Gefährdung) auf der anderen Seite. Im Bereich des Verhalten-Könnens zeigt sich ein gestörter Dialog als Überinstrumentalisierung des Leibes (z.B. im Dienste von Selbst-Profilierung, \_Idealisierung oder unbewußten Wünschen wie bei konversionsneurotischen Patienten) oder als Unterinstrumentalisierung (in Form einer Opakheit des Leibes und eines Welt-Verlustes: wie z.B. im depressiven Stupor).

Die verschiedenen Formen eines solchen mißlungenen "Dialoges" sind zugleich Ausdruck unterschiedlicher Relationen von Aktivität und Passivität: Einem aktiv intendierten Beachten oder bewußten Vernachlässigen des Leibes steht ein passiv erlittenes Sich-aufdrängen oder Sich-unbemerkmachen desselben gegenüber, einem aktiven Manipulieren oder Sich-ihm-bewußt-Ausliefern ein passiv-erlittenes Gefühl des Unterworfenenseins oder gar (wie bei Schizophrenen) des "Gemacht"bekommens körperlicher Sensationen.

Daß ein anderer Verhältnis zum menschlichen Körper nicht nur in sonntäglichen Reflexionen - "zum Nachdenken" - hineingehört, sondern in das Zentrum einer jeden ärztlichen Tätigkeit, versuchen wir in Marburg bereits den Vorklinikern nahezubringen. Im Rahmen der "Subjektiven Anatomie" - die wir hier auf Anregung und in Verbindung mit W. Schüffel in Marburg komplementär zur somatischen Anatomie bereits vorklinischen und klinischen Studenten nahe zu bringen trachten - geht es darum, daß es grundfalsch ist zu meinen, der Mediziner bräuchte zur Vorbereitung auf seinen Beruf nur ein anatomisches und physiologisches Grundlagenwissen. Es bedarf ebenso sehr ein Wissen darum, in welcher - sehr verschiedenartigen - Weise der Mensch in gesunder und in kranker Verfassung seinen Körper erlebt, lebt, "hat" bzw. "ist". Die außerordentliche Vielfalt, in der dies geschieht, sollte jeder Arzt kennen. In früheren Zeiten durfte diesbezüglich auf die "Intuition" verwiesen werden. In dem Maße in dem im rein Somatischen Objektivierbarkeit und Verfügbarkeit als oberstes Gebot rangieren, gerät die "ärztliche Intuition" ins Hintertreffen, werden nicht neue Zugangsweisen erschlossen wie die durch eine Phänomenologie der Leiblichkeit.

#### IV

Es gibt eine Vielfalt körperbezogener Verfahren, die Eingang in die Behandlung psychisch Kranker gefunden haben. Bei ihnen geht es nicht um eine Behandlung des Körpers, sondern um eine solche mittels des Körpers, d.h. im Sinne der Vermittlung leiblicher Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten. Diese Verfahren lassen sich unter verschiedenen Gesichtspunkten ordnen: Nach dem Maß der Aktivierung kann man aktivere von passiveren Verfahren unterscheiden, nach der Art des Vorgehens mehr ergebnisorientierte von vorwiegend verhaltens- oder rein bewegungsorientierten, nach der Abzielung: eher funktionsbezogene von eher konfliktbezogenen Verfahren und schließlich nach dem aktiven Eingreifen des Therapeuten am Körper des Patienten: zurückhaltende (abstinente) von mehr eingreifenden oder gar manipulativen Verfahren.

Das Ziel all dieser Verfahren geht über eine wie auch immer geartete Beeinflussung des Körpers hinaus. Sie beziehen sich auf den Leib sowohl als Quelle wie auch als Widerpart geistig-seelischen Erlebens- und Sich-Verhaltens-Könnens. So wie der Schlüsselbegriff "Leib" auf der theoretischen Ebene die Spaltung in Körper und Seele zu überwinden hilft, so verhindert er auf der therapeutischen Ebene eine Vernachlässigung des innigen Ineinandergreifens von leibseelischer und rein somatischer Orientierung im therapeutischen Vorgehen.

Zu den Chancen einer leiborientierten Therapie gehört, daß sie manchen (der psychiatrischen Behandlung ambivalent oder sogar ablehnend gegenüberstehenden) Kranken einen unmittelbaren Einstieg in die Therapie ermöglicht. Oft ist dabei von dem, was ein bestimmter Patient kann oder noch kann, d.h. vom Gesundgebliebenen, auszugehen. Dadurch, daß viele körperbezogene Verfahren in der Gruppe durchgeführt werden, fördern sie zugleich die Bezogenheit auf die Gemeinschaft, und zwar häufig in einer direkteren Weise, als dies durch eine verbale Einzel- oder auch Gruppentherapie möglich ist. Menschen, bei denen rationalisierende Abwehrformen im Vordergrund stehen, wird durch Körpertherapie ein anderer, in manchen Fällen erfolgversprechenderer Weg zum Umgang mit ihren Problemen und auch zu neuen Verhaltensweisen gebahnt.

Neben den Chancen gibt es aber bei leiborientierten Therapieverfahren natürlich auch Gefahren (15,26). Die Überschätzung einer Methode - oder eine pragmatisch begründete Beschränkung auf nur sehr wenige Vorgehensweisen - kann zu einer starken Vereinfachung der Therapie führen. Ähnlich wie in der verbalen Psychotherapie gilt es, unter mehreren ein dem Patienten gemäßes Verfahren auszuwählen. Während etwa der ängstlich-gehemmte oder anankastische Neurotiker mehr von Körpertherapieverfahren profitiert, die ihn zu spielerischen Grenzüberschreitungen und kleinen Wagnissen ermuntern, ist es etwa für süchtige oder manche persönlichkeitsgestörte Patienten notwendig, in der Körpertherapie Grenzen und Halt zu erfahren. Bei einigen Verfahren kann das starke Erleben von Gefühlen zu einer den weiteren therapeutischen Fortschritt gefährdenden Zngstigung des Patienten führen. Auftrieb, Trost, Wohlbehagen sind nicht das eigentliche Ziel dieser Therapie. Wie in der verbalen Psychotherapie auch, können - im wörtlichsten Wortsinn - schmerzhaft und bedrückende Erlebnisse für den Therapiefortschritt notwendig sein. - Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß Körpertherapien mit manuellem Eingreifen des Therapeuten von ihm eine besondere Verantwortung verlangen. Bei allem Engagement darf die gebührende Distanz zum Patienten nicht verloren gehen.

Eine Auflistung aller in Betracht kommenden Verfahren würde hier zu weit führen; es ist nicht immer leicht, die Spreu vom Weizen zu unterscheiden. Überblicke über die gegenwärtig bewährtesten Verfahren sowie Hinweise auf weitere Literatur geben Petzold, Blankenburg, Braun, Hölter, Höll und Meyer. Verwiesen sei überdies auf den V.

Internationalen Kongreß für Somatotherapie, der im Mai 1993 in Erlangen stattfand.

Es ist selbstverständlich, daß nicht alle Verfahren zur Behandlung aller Störungen gleich gut geeignet sind. Immer wieder muß herausgefunden werden, welche der vielen - auch vor Ort verfügbaren - Behandlungsmöglichkeiten für einen bestimmten Patienten die angemessene ist. Abschließend darf aber gesagt werden, daß körperbezogene Therapien in der Psychiatrie wie zuvor schon in der Psychosomatik ein immer noch nicht hinreichend erschlossenes und urbar gemachtes Feld - zugleich auch ein Feld für neue Entdeckungen - darstellen, wobei es neben der Entdeckerfreude auch der abwägenden Kritik bedarf.

#### Literatur

Die Literaturliste wurde auf bei uns üblicherweise fünf Werke begrenzt. Ausführliche Liste bei den Autoren.

Blankenburg W.: Grundlagen für die Bewegungstherapie in der Psychiatrie. In: Krankengymnastik - Taschenlehrbuch. Bd 10., 2. Aufl Thieme, Stuttgart, 1990

Braun E.: Bewegungstherapie in der Psychiatrie. In: s.o.

Höll R., Meyer R.: Stellenwert körperorientierter Psychotherapieverfahren (abstr.) Fortschr. Neurol. Psychiat. 60 (1992),2.

Hölter G., Wirkfaktoren der Bewegungstherapie. In: DVS (Hrsg.): Sportwissenschaft im Dialog. Oldenburg 1993.

Ullmann R.: Integrative Bewegungstherapie. In: Maurer Y. (Hrsg.): Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart, Hippokrates, Stuttgart 1985.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. W. Blankenburg

Klinik für Psychiatrie der

Philipps-Universität Marburg

Rudolf Bultmann-Straße 8

D - 35039 Marburg

***Hinweis zum Copyright: Alle Rechte für diesen Text liegen bei der DGIB und den FPI-Publikationen. Nachdruck und sonstige Veröffentlichung – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung der Autoren / der DGIB (www.iblt.de)***