

13 Leib und Körper als Orte von Traumatisierungen

Wolf Langewitz

- | | |
|--|---|
| <p>13.1 Körperliche und leibliche Phänomene – 153</p> <p>13.2 Über die Einbeziehung der leiblichen Ebene in der Entstehung eines Traumas – 155</p> <p>13.3 Die Patientin, die nach einem Tritt ins Leere nicht mehr alleine auf die Straße gehen kann – 155</p> | <p>13.4 Das leibliche Alphabet – 156</p> <p>13.5 Die primitive Gegenwart – 157</p> <p>13.6 Schmerz und Angst aus der Leibperspektive – 158</p> <p>13.6.1 Angst – 158</p> <p>13.6.2 Schmerz – 158</p> <p>Literatur – 160</p> |
|--|---|

Im vorliegenden Beitrag wird der Versuch unternommen, das Gebiet, auf dem psychische Traumata sich manifestieren, mit Hilfe der Begriffe der Neuen Phänomenologie zu umreißen. Dabei wird insbesondere auf einige Grundbegriffe der Leibphilosophie von Hermann Schmitz eingegangen, die nach Auffassung des Autors für das Verständnis von Patienten und für das Verständnis der eigenen Reaktionen als Therapeut hilfreich sind.

Dieser Beitrag wird möglicherweise nicht wirklich etwas Neues in dem Sinne vorstellen, dass Sie als Leser oder Leserin noch nie etwas Ähnliches gedacht oder gespürt hätten. Auch die Fallberichte, die hier exemplarisch aufgeführt sind, sind wahrscheinlich therapeutisch Tätigen vertraut. Was hoffentlich dennoch zu zeigen sein wird, ist, dass es mit den Begriffen der Neuen Phänomenologie gelingen könnte, einen präzise definierten Zugang zu bestimmten Phänomenen im Erleben von Patienten zu erarbeiten. Präzise heißt dabei: Ich weiß als Therapeut, auf welcher Ebene ich mich jeweils befinde. Das könnte gerade in der Psychotraumatologie

ein lohnenswertes Unterfangen sein, da sie in mehrfacher Hinsicht eine Zwischenstellung einnimmt. Im Unterschied zu nicht traumabedingten psychischen Störungen beinhaltet bereits die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung landläufig »körperlich« genannte Phänomene; Patienten beschreiben ihr Erleben im Flash-back als heftiges Ergriffensein von überwältigenden Gefühlen.

Der Begriff des Traumas impliziert das Vorliegen einer Verletzung. In der semantischen Schwesterdisziplin, der chirurgischen Traumatologie, ist der Ort der Verletzung einfach zu umschreiben: verletzte Körperteile/Gliedmaßen, an denen im Prinzip eindeutig feststellbar ist, welche Traumata vorliegen und welche Therapie sich daraus zwingend ergibt.

Bei psychischen Traumata ist nicht so einfach anzugeben, wo genau diese Verletzung eigentlich stattfindet:

Verletzungen jedoch, von denen das neue Gebiet handeln soll, liegen nicht primär im körperlichen und auch nicht vage in einem irgendwie konzipierten sozialen Bereich. Betroffen ist auch keine behavioristische black box oder sonst ein Konstrukt, sondern das verletzbare, sich-empfindende und sich-verhaltende menschliche Individuum, wenn es in seinen elementaren Lebensbedürfnissen bedroht und verletzt, in seiner menschlichen Würde und Freiheit missachtet wird. (Fischer & Riedesser, 2003, S. 18)

Leib hat bereits in unserem Alltagsverständnis und natürlich erst recht in der Phänomenologie eine andere Bedeutung als Körper. »Ich halte mir jemanden vom Leib« ist uns vertraut; in diesem Satz den Leib durch Körper zu ersetzen, macht keinen Sinn. Prägnante Texte und eine Einführung zum Unterschied zwischen Körper und Leib finden sich bei Schmitz (2003, 2007), Langewitz (2008) und Soentgen (1998).

Zur Begründung der Aussagen seiner Leibphilosophie greift Schmitz auf sorgfältige Einzelfallbeschreibungen von Neurologen und Psychologen aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zurück (Schmitz, 1998), in denen das Erleben von Amputierten detailliert beschrieben wird. Er stellt die Frage, warum es möglich ist festzustellen, dass sich ein Gegenstand, z. B. die Tischplatte, und das Phantomglied an »gleicher Stelle« befinden können. Er zitiert aus einer Arbeit von David Katz aus dem Jahr 1921:

Ich veranlasste Amputierte von höherer Bildung und Beobachtungsfähigkeit, bei denen das Phantomglied besonders lebhaft und deutlich im Raum vor dem Amputationsstumpf erlebt wurde, das Phantomglied festen Gegenständen zu nähern [...] Wie findet sich das Phantomglied mit der Undurchdringlichkeit jener Gegenstände ab? [...] [Es folgen Beobachtungen von einigen Amputierten] [...] Der Phantomarm zeigt eine Neigung, nicht in den bereits von der Tischplatte angefüllten Raum hineinzurücken. Nähert sich aber der Stumpf [...] der Tischplatte weiter an, dann vermag das Phantomglied nicht mehr weiter auszuweichen und rückt in den Raum des Tisches hinein. (Schmitz, 2005, S. 18)

Schmitz' Schlussfolgerung: Tisch und Phantomglied befinden sich nicht an gleichem Ort, sondern absoluter Ort des Phantomgliedes und relativer Ort der Tischplatte sind nicht identisch (s. unten). Dieser Zugang zu einer philosophischen Fragestellung über präzise Beobachtungen im Alltag ist typisch für phänomenologische Betrachtungen.

In der Vorrede zu *Was ist Neue Phänomenologie?* (Schmitz, 2003) heißt es: Philosophie ist das Sichbesinnen des Menschen auf sein Sichfinden in seiner Umgebung. Die Neue Phänomenologie entspringt der Beirung darüber, dass sich das Denken zu weit von der unwillkürlichen Lebenserfahrung entfernt hat. Im Zentrum der Neuen Phänomenologie steht das affektive Betroffensein. Es ist insofern das Wichtigste im Leben, als es darüber entscheidet, was Menschen wichtig nehmen, wofür und wogegen sie sich mit Wärme einsetzen. Ein Motiv für das Denken über das Sichfinden in der eigenen Umgebung ist der Zweifel am Sinn der eigenen Existenz. Schmitz zitiert einen Brief von Goethe an Zelter:

Vor einigen Tagen kam mir zufälliger Weise die erste Ausgabe meines Werthers in die Hände und dieses bei mir längst verschollene Lied fing wieder an zu klingen. Da begreift man denn nun nicht, wie es ein Mensch in einer Welt noch vierzig Jahre hat aushalten können, die ihm in früher Jugend schon so absurd vorkam. Ein Teil des Rätsels löst sich dadurch, dass jeder etwas Eigenes in sich hat, das er auszubilden gedenkt, in dem er es immer fortwirken lässt. Dieses wunderliche Wesen hat uns nun täglich zum Besten und so wird man alt ohne dass man weiß wie und warum. (Schmitz, 1998, S. 28)

Vor dieser schwierigen Aufgabe, sich wieder zurechtzufinden in einer Welt, die aus den Fugen geraten ist, stehen viele Menschen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, und sie richten diese Frage manchmal an uns, ihre Therapeuten. Von daher ergeben sich während der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Patienten immer wieder Anknüpfungspunkte zur Philosophie, verstanden als das Sichbesinnen des Menschen auf sein Sichfinden in seiner Umgebung. Unsere Antwort kann nicht darin bestehen zu wissen, warum es sich lohnt (weiter) zu leben; denn wir wissen nicht, was »das Eigene« ist, das in jedem Menschen sich ausbilden

möchte. Philosophie kann aber Anhaltspunkte dafür geben, wo wir und unsere Patienten suchen könnten, nämlich bei den Fragen »Was geht uns wirklich an?«, »Was verfolgen wir mit Wärme?«

13.1 Körperliche und leibliche Phänomene

Das Hoheitsgebiet der Unfallchirurgie ist schnell beschrieben: Der Chirurg kann sich auf seine 5 Sinne verlassen, vor allem auf den Tastsinn und auf seine Augen: Bei einem Unfall ist die Kontinuität des Oberschenkels spürbar unterbrochen, die Haut über der Fraktur verletzt etc. Ort und Ausdehnung der Verletzung sind als relative Ortsbezeichnungen angebbar und im Bericht steht: 3×0,5 cm große, tiefe Fleischwunde, 6 cm oberhalb der Kniescheibe, in deren Tiefe gesplittertes Knochenmaterial erkennbar ist. Das Phänomen der Verortung an relativem Ort, also in Bezug auf andere Fixpunkte, charakterisiert diese Verletzung als eine Verletzung am Körper. Sie lässt sich hervorragend von außen durch einen geschulten Beobachter beschreiben. Auch meinen eigenen Körper kann ich mit Hilfe meiner 5 Sinne, vor allem mit meinen Augen und meinem Tastsinn, »begreifen« und vermessen.

Medizin kennt den Leib nicht, sie beschäftigt sich in ihrem eigenen Verständnis mit dem Körper. Aber: Nicht alles, was wir an uns und vor allem in uns wahrnehmen, erfüllt dieses Kriterium der eindeutigen Verortung in Bezug auf andere örtliche Fixpunkte: Wer morgens aufwacht und auf die Frage »Na, wie hast du geschlafen?« antwortet: »Ich fühle mich wie zerschlagen«, meint nicht die Summe blauer Flecken nach einem Velo-Unfall, sondern eine für den Betroffenen sehr eindeutige Mischung aus »mieser Stimmung« und einem überaus unangenehmen Gefühl überall in den Gliedern. Dieses Spüren »am eigenen Ganz-Leib« ist nicht auf Orte beschränkt, auf die man zeigen könnte oder die man sähe, wenn man sich vorm Spiegel betrachten würde. Es sind in der Nomenklatur der Neuen Phänomenologie leibliche Regungen, die ich in der Gegend meines Körpers, aber an einem absoluten Ort von mir spüre (vgl. Brenner, 2006; Fuchs, 2000).

Ein Beispiel von Schmitz (1998) zeigt, dass sich dieser Unterschied zwischen leiblichem Spüren an

absolutem Ort und körperlichem Tasten an relativem Ort auch für einzelne Leib- bzw. Körperregionen feststellen lässt. Er bringt das Beispiel eines vermeintlich Fieberkranken, der spürt, dass seine Stirn heiß ist, sich dann an die Stirn greift und an derselben Stelle, an der er Hitze erwartet hatte, auf eine kühle Stirn trifft. Da sich 2 entgegengesetzte Qualitäten aus derselben Skala – in diesem Fall der Temperaturskala – nicht an derselben Stelle befinden können, bietet sich als Lösung an, über den Begriff derselben Stelle oder des gleichen Ortes nachzudenken (s. oben das Beispiel des Amputierten von Katz). Die tastende Hand sucht die Hitze der Stirn an einem relativen Ort, in einem bestimmten Abstand vom Haaransatz oder von der Nasenwurzel. Die heiß gespürte Stirn dagegen wird vom vermeintlich Fieberkranken an einem absoluten Ort erlebt. Von daher liegt das Problem in der Annahme, Tasten und Spüren der Hitze vollzögen sich am selben Ort!

➤ **Verallgemeinert gilt der Satz: Immer, wenn wir bestimmte Regionen unseres Leibes so unmittelbar und unabhängig vom Beschauen und Betasten spüren, wie der vermeintlich Fieberkranke seine heiße Stirn, präsentieren sie sich uns an einem absoluten Ort.**

Es gibt einen weiteren, für diese Ausführungen wesentlichen Unterschied zwischen körperlichen und leiblichen Phänomenen: Die Oberfläche meines Körpers besitzt eine Kontinuität, sie ist flächig begrenzt. Ich kann meinen Arm von der Schulter bis zu den Fingerspitzen betasten und im Spiegel anschauen. Wenn ich dagegen die Augen schließe und versuche, meinen Arm sozusagen von innen heraus zu spüren, ohne ihn zu betasten, stelle ich fest, dass die Kontinuität verloren geht. Ich werde nur mehr einzelne Inseln wahrnehmen, auf denen ich etwas von meinem Arm spüre. Zwischen den Inseln herrscht Leere. Der Leib zerfällt in Inseln ohne stetigen räumlichen Zusammenhang. Im Gegensatz zum Körper oder einer einzelnen Gliedmaße sind die Inseln wandelbar, ihr Umriss ist unscharf. »Jeder Spannungs- und Entspannungsimpuls, jeder leise oder laute Schmerz oder Kitzel ... verschiebt unablässig das Gefüge des körperlichen Leibes« (Schmitz, 1998, Band II, 1, S. 26f). Wenn (die Inseln) doch einmal abhanden kommen, »reagiert der Mensch

mit Erschütterung auf den Verlust dieses Zuverlässigsten und wird dann erst recht dessen inne, was ihn sonst treu, aber meist unaufdringlich begleitet« (Schmitz, 1998, Band II, 1, S. 26f).

Im Folgenden werden dieser Verlust von Leibinseln und seine Folgen, dann aber auch die langsame Genesung am Beispiel eines Patienten (54-jährig, bei dem nach dreifacher HWS-Manipulation ein massiver Diskusprolaps festgestellt wurde) beschrieben, der nach einer chiropraktischen Manipulation an den Halswirbeln eine motorische und sensible Störung des rechten Arms erlitten hatte. Der Patient ist Kollege aus einem somatischen Fach mit einer psychosomatischen Zusatzqualifikation; er berichtet in einem Gespräch über seine Erfahrungen.

»Ich bin ja kein Unfallopfer von einem Schleudertrauma. Und dennoch hat eine Grenzüberschreitung stattgefunden. Was es besonders schlimm machte: Anstatt einer Verletzung, die beim ersten Manipulieren auftrat, bin ich trotz meiner Symptome noch zweimal ‚eingerenkt‘ worden, also waren es am Ende 3 Verletzungen mit Folgeschäden. Ich denke, man hätte so nicht weiter behandeln dürfen! Ich habe gemerkt, es hat mir den Arm genommen: *Der Arm gehört nicht mehr zu mir!* Dann bin ich komplett aus meinem Körper herausgefallen. Es ist etwas passiert, was nicht in meiner Macht stand, ich wusste genau: ‚Da stimmt was nicht! Ich habe den Arzt gefragt: ‚Kann das nicht sein, dass das ein Prolaps ist?‘ Beim dritten Mal sagt der Arzt zu einer Studentin im Praktikum: ‚Man muss schon Reflexe testen; Kernspin wäre übertrieben, das machen nur die Schweizer. Es gibt Patienten, ‚die verführen einen‘. Daraus entstand die Gewissheit, dass ich etwas ausgelöst habe, dass es mein Fehler war. Das traumatisiert mich noch mehr. Darüber kamen dann später auch meine Flash-backs. In so einem Moment war ich rechts oben hinter mir. Warum habe ich das mit mir machen lassen? Ich habe lange gebraucht, um mir das zu verzeihen. Mir ist damals eine Verbindung abhanden gekommen. Ich war mir ganz sicher: ‚Irgendwas stimmt überhaupt nicht! Bis ich dann einen Neurologen getroffen habe, der das [Krankheitsbild] diagnostiziert hatte. Und dann sollte ich für etwas geradestehen und hinhalten [Operation!], was ich nicht angestellt hatte? S. [die

Physiotherapeutin] hat mich »an die Hand genommen« und das hat geholfen, mich einzulassen. Sie hat mir zugehört, als ich gesagt habe, da stimmt etwas nicht! Auch bei Herrn R. [dem Neuroradiologen] war es gut: ‚Setzen Sie sich erst mal hin, das ist kein schöner Befund! Dann hat er mir das erklärt: ‚Sie haben neben dem lateralen Anteil noch einen großen medialen Prolaps. Eine falsche Kopfbewegung und die Arteria spinalis anterior reißt ab. Dann haben Sie einen hohen Querschnitt!‘

Wann wurde der Arm denn wieder Ihr Arm?

»Ganz langsam in der Rehabilitation, da hab' ich ganz normal meine Übungen gemacht. Dazu war die Physiotherapeutin in der Klinik auch immer wieder bereit, meinen Arm zu halten und zu tragen und mir in winzigen Schritten anzubieten, ihn wieder zu übernehmen. Das hat dann nach Monaten wieder funktioniert. Aber der Arm ist immer noch nicht sicher mein Arm; wenn ich eine Grippe habe, ist er wieder weg. Ich sage mir dann: ‚Er gehört jetzt zwar nicht zu mir, aber ich nehme ihn mit in der Hosentasche, weil es ist ja doch mein Arm. Ich muss ihn dann oft anfassen, damit er wieder zurückkommt.«

Und wie war es direkt nach der Operation?

»Ich hatte lange das Gefühl, dass jeder mir das ansieht, dass es nicht mehr mein Hals ist, sondern dass da dieses Metall drin ist. Es hat lange gebraucht, bis ich ein freundliches Verhältnis zu diesem Metall innen drin hatte. Ich habe lange gespürt, dass da der Leib verformt ist oder eher deformiert! Ich muss da dran vorbeikommen, um oben und unten wieder zu verknüpfen. Ich hatte so einen Fleischerhaken am Nacken und hänge in der Luft. Ich kann strampeln, wie ich will, aber ich komme nicht auf den Boden. Es hat mir geholfen, dass jemand in der Klinik das Bild ernst nimmt und mir vorschlägt, den Haken doch mal abzusenken. Das hat irgendwann funktioniert. Als die Füße Bodenkontakt hatten, musste ich den Oberkörper noch mal 30–40 cm absenken, damit oben und unten wieder zusammenpasste.«

Sprechen über die verloren gegangene Leibinsel

»Es ist schwer, darüber zu reden. Ich kann nur in solchen Bildern verständlich machen, was ich erlebt habe. Aber ich traue mich nicht, weil es komisch

13.3 · Die Patientin, die nach einem Tritt ins Leere nicht mehr alleine auf die Straße gehen

klings. Als die Wurzel geschädigt wurde, da wurde die Leibinsel nicht abgerissen, sondern abgequetscht. Dieser Unterschied ist ganz deutlich spürbar!«

Konsequenzen für die Therapie

»Ich glaube, dass wir in der Therapie als Ärzte oder Therapeuten etwas Wesentliches leisten, wenn wir unseren Patienten aufs Wort glauben, wenn wir ihnen vermitteln können, dass sie diese Wahrnehmungen glaubwürdig und mit großer Präzision wiedergeben können. Vielleicht bedeutet dies auch, dass sie realisieren, dass sie selbst im Moment der Verletzung ihre Kompetenz zur präzisen Wahrnehmung nicht verloren haben. Wenn es Therapeut und Klient im Rahmen ihrer therapeutischen Beziehung nicht gelingt, das ‚Leib-Erleben‘ im Heilungsprozess gemeinsam anzusprechen, bleibt die Therapie sehr schwierig, weil diese tiefe Sehnsucht nach diesen [verloren gegangenen] Leibinseln – einem Gefühl von Heil-/Ganz-Sein? – unbefriedigt bleibt.«

Anzufügen bleibt, dass es sorgfältige Analysen des Selbsterlebens von Verbrennungsoptionen gibt (Morse & Mitcham, 1998), die eine ähnliche Entwicklung konstatieren: Aus dem als »eigen« wahrgenommenen Leib wird ein fremdes Etwas, an dem manipuliert wird. Erst im Laufe der Therapie gelingt eine langsame Reintegration der verletzten Gliedmaßen, die sich dann im Sinne einer Leibinsel, die sich nicht strikt an die Grenzen des Körpers hält, auch auf die Prothese ausdehnt, die das verbrannte Bein ersetzt.

13.2 Über die Einbeziehung der leiblichen Ebene in der Entstehung eines Traumas

Fischer und Riedesser haben womöglich etwas Ähnliches wie die leibliche Ebene im Blick, wenn sie in ihrem Lehrbuch über die Beteiligung der physiologischen Ebene an der Entstehung der Traumasymptomatik schreiben: »Das Trauma kann eine künstliche ‚Physiologisierung‘ der psychosozialen Systemebene bewirken«. Andererseits formulieren sie: »Organische Metaphern und parallel zu ihnen die Ansätze biologischer Traumaforschung zeigen die verletzten funktionalen Normen der bio-

gischen Wirklichkeitsebene auf und sind insofern für die Traumaforschung unentbehrlich. Als Rahmenkonzepte hingegen eignen sie sich nicht« (Fischer & Riedesser, 2003, S. 30).

Wenn wir annehmen, dass im Trauma Prozesse ins Spiel kommen und sich ggf. miteinander verhalten, die letztendlich zu den Ausdrucks- und Erlebnismöglichkeiten menschlicher Existenz gehören, sollte die Betrachtung der verschiedenen Ebenen auch im Alltag fruchtbar sein für das Verständnis der Extremsituation Psychotrauma. Die Neue Phänomenologie arbeitet mit den Erfahrungen, die uns im Alltag zur Verfügung stehen; daher sollten wir uns fragen, wann wir selber – auch unterhalb der Ebene von eigentlichen Traumatisierungen – eigentliche Leib-Erfahrungen machen. Dazu gehören solche, die wie oben beschrieben in ruhiger Besinnung auf das Spüren am eigenen Leib wahrnehmbar sind, und andere, in denen wir plötzlich und mit großer Heftigkeit unseres Leibes innwerden.

Ein m. E. sehr überzeugendes und von Schmitz immer wieder angeführtes Beispiel ist der Tritt ins Leere! Leser und Leserinnen mögen sich bitte daran erinnern, wie es sich anfühlt, wenn ihr Fuß unerwartet ins Leere tritt, anstatt den Boden zu berühren. Manche beschreiben es so: Etwas Warmes quillt auf in der Magengegend, eine gewisse innere Zitterigkeit breitet sich aus. Die reißende Schwere ergreift den Betroffenen unmittelbar und erzeugt leibliches Betroffensein.

13.3 Die Patientin, die nach einem Tritt ins Leere nicht mehr alleine auf die Straße gehen kann

Eine 79-jährige Patientin wird vom Hausarzt zugewiesen, weil sie Angst, hat immer dünner zu werden, und weil sie sich nach einem Faststurz nicht mehr auf die Straße traute. Sie erscheint in Begleitung ihres Ehemannes, der sie seit dem Ereignis immer begleitet. Frau W. ist eine gepflegte, schmale Frau, die ausgesprochen flink und beweglich wirkt; Lippenstift, großer Solitär am Ringfinger. Sehr gut vorstellbar, dass ihr Ehemann, der sie über eine jüdische Agentur in den späten 60ern kennen gelernt hatte, schon am Flughafen in M. wusste: »Das ist sie, meine Traum-



frau!« Das akute Ereignis vor 2 Jahren wird geschildert als ein Tritt ins Leere, sie sei gestrauchelt, aber nicht gefallen. In den Tagen danach habe sich diese Angst langsam entwickelt und sei immer schlimmer geworden. Der Ehemann ergänzt dann, dass man auch an ihr besonderes Schicksal denken müsse. Die Patientin wehrt ab, lässt dann aber zu, dass der Ehemann davon erzählt: Sie wurde als 11-Jährige mit ihrer Mutter zusammen in Theresienstadt eingewiesen, getrennt vom Vater, der wenige Wochen später in Buchenwald umgebracht wurde. Dank der Qualitäten ihrer Mutter als Arbeiterin und auch dank ihrem Fleiß hätten sie beide überlebt.

Was ist so besonders am Tritt ins Leere, dass er eine so tiefe Erschütterung auslösen kann?

Hermann Schmitz nutzt das Erlebnis des jähen Schrecks beim Tritt ins Leere als eine Möglichkeit, um mit einer ursprünglichen Form menschlicher Existenz in Kontakt zu kommen, die er primitive Gegenwart nennt. In primitiver Gegenwart (s. ► Abschn. 13.5) passiert etwas, was weitgehend dem entsprechen könnte, was Fischer und Riedesser für den Moment einer traumatischen Erfahrung postulieren: ein Zusammenfallen verschiedener Ebenen in einem Punkt, aus dem sich das Leben erst wieder langsam entfalten muss.

Die Patientin erwägt diese Erklärung der besonderen Qualität eines Tritts ins Leere, sie erinnert sich an dieses innere Hitzegefühl, das im Faststurz aufgetreten sei. Sie denkt kurz über die Hypothese einer existenziellen Dimension dieses Leiberlebens nach und beschwichtigt dann: »Aber wir haben es ja überlebt!« Erst ein halbes Jahr später kommen wir wieder auf das Thema Sturz zu sprechen und ihr fällt ein, dass sie ihre Mutter 1968 direkt vor sich hat stürzen sehen: »... Auf der Straße, sie sagte, du, ich kann nicht mehr aufstehen, da ist etwas kaputt. Hol' den Krankenwagen! Und die Hüfte war gebrochen.« Mit diesen Angaben lassen sich affektives Betroffensein im Faststurz, biografische Bedeutung der Mutter als Garantin des Lebens in Theresienstadt und die Gefährdung der Mutter durch den Sturz und ihre Verletzung in einer Linie anordnen.

13.4 Das leibliche Alphabet

Schmitz hat in seiner Leibphilosophie genau beschrieben, wie leibliche Regungen zustande kommen. Im Folgenden wird das leibliche Alphabet vorgestellt, um die wesentlichen Wirkkomponenten psychischer Traumatisierungen in ihrer leiblichen Dimension zu verstehen.

Schmitz führt zunächst **einen Enge-Pol und einen Weite-Pol** ein. Der Enge-Pol ist eindeutig repräsentiert als die Enge, in die ein von Schreck oder Schmerz getroffener Mensch getrieben wird. Leibliche Enge existiert in verschiedenen Graden der Aufdringlichkeit; in plötzlichem Erschrecken und im akuten, jäh einschießenden Schmerz wird sie sozusagen auf den Punkt gebracht. Ihr Gegenspieler ist die Weite. Im wohligen, entspannten Behagen ist der Mensch zwar noch an den Herd der Enge des Leibes gebunden, hat sich jedoch weit hinüberbegeben an den Pol der Weite. »Die vertrauten leiblichen Regungen sind daher Kompromisse zwischen Enge und Weite des Leibes; ebenso wenig, wie sie in maßloser Enge untergehen, gelangen sie zur unbeschränkten, reinen, maßlosen Weite« (Schmitz, 1998, S. 74). Dies gelingt – wie Schmitz an vielen Beispielen ausführt – eigentlich nur in höchst gesteigerten Formen der Ekstase, in denen der körperliche Leib zerfließt und ins Unendliche verströmt – Erlebnisse, wie sie bestimmte Formen der Meditation ermöglichen oder auch der Genuss von bewusstseinsweiternden Pilzen oder Drogen. Die Untersuchung des tatsächlichen leiblichen Befindens hat es daher nicht mit reiner Weite zu tun, sondern mit Bewegungen in Richtung auf die Pole zu, mit Engung und Weitung. Engung ist Übergang des leiblichen Befindens in der Richtung auf reine Enge zu, Weitung Übergang in der Richtung auf reine Weite zu (Schmitz, 1998).

Ganz entscheidend am Leibkonzept von Schmitz ist die Tatsache, dass Engung und Weitung nicht bloß nebeneinander oder nacheinander vorkommen, sondern dass sie gewöhnlich als Antagonisten aneinander gebunden sind und gleichzeitig auftreten. Dann wird aus der Engung – in antagonistischer Auseinandersetzung mit Weitung – die Spannung und aus der Weitung in antagonistischer Auseinandersetzung mit der Engung die Schwelung.

Am besten verdeutlicht dies die Metapher von 2 Mannschaften beim Seilziehen: Durch das Enge-Tor kommt die Mannschaft in den roten Trikots, durch das Weite-Tor betritt die Mannschaft in den blauen Hemden den Kampfplatz. Zwischen beiden Mannschaften liegt das Seil der leiblichen Intensität schlaff am Boden. Es lässt sich eine erste Phase der Auseinandersetzung denken, in der jede Mannschaft überprüft, ob die Hälfte der Seillänge ausreicht, damit alle Mannschaftsmitglieder

zupacken können. In dieser Phase wird mal die rote Mannschaft ohne Widerstand der blauen das Seil in ihre Richtung ziehen können und umgekehrt, dann haben wir Engung und Weitung versinnbildlicht; das Seil zwischen den beiden Mannschaften ist schlapp, sie ziehen es am Boden hin und her. Es ist nie wirklich straff gespannt. Spannung im Seil entsteht erst dann, wenn sich der Engung, also dem Ziehen in die rote Ecke, der Widerstand der Weitung entgegenstellt. In diesem Fall

nimmt die leibliche Intensität bzw. die Spannung im Seil zu, und zwar so lange und umso mehr, je energischer beide Seiten versuchen, die widerstrebenden Repräsentanten des anderen Pols zu übertrumpfen. Es wird also zu einem Wechselspiel von Schwellung (die blaue Seite scheint das Übergewicht zu gewinnen) und Spannung (die rote Seite schlägt sich besser) kommen, die das Seil der leiblichen Intensität womöglich bis zum Zerreißen spannt.

Damit wären die Begriffe der Engung und Weitung, der Spannung und der Schwellung erläutert, und es wäre auch deutlich geworden, dass die zeitliche Abfolge im Hin- und Herwogen der Tendenzen 2 weitere Begriffe verstehbar werden lässt: den der Intensität bei gleichzeitigem antagonistischen Ringen von Engung und Weitung und den des Rhythmus, wenn sich mal die eine, mal die andere Mannschaft durchsetzt und so das Seil zwar straff gespannt bleibt, letztlich sich aber doch in einem ganz bestimmten Rhythmus mal mehr nach links und mal mehr nach rechts bewegt. (Schwellung hat im Übrigen nichts mit der geschwellenen dicken Backe zu tun, sondern mit den geschwellten Segeln, unter denen das Schiff majestätisch über das Meer zieht!)

Die Bindung zwischen Spannung und Schwellung kann kompakt sein, so dass beide Tendenzen schwer gegeneinander zu verschieben sind, wie beim Schmerz (Schmitz, 2003). Die Bindung kann aber auch locker sein, entweder so, dass der vitale Antrieb aus einem Pol aushakt, so dass es bei Verlust der Verankerung im Enge-Pol zu schlagartiger Weitung kommt, was zu Bewusstseinsverlust oder Derealisation führen kann. Eine andere Möglichkeit der lockeren Bindung bei ausreichend weit auseinander liegenden Polen ist die leibliche Tendenz zu rhythmischem Schwingen zwischen Spannung und Schwellung. Dies ist nicht nur typisch für die Angst, sondern genauso auch für die sexuelle Lust.

13.5 Die primitive Gegenwart

Wo landen Menschen, deren Erleben unter dem Eindruck eines Traumas in einer Existenzform zusammensintert, die keine Varianz im Erleben, geschweige denn in den Reaktionsmöglichkeiten erlaubt?

In der Terminologie der Neuen Phänomenologie fallen sie zurück auf das Niveau der primitiven Gegenwart:

Gegenwärtig sein, heißt seiner selbst gewahr sein, wach sein. Pflanzen sind sich wahrscheinlich nicht gegenwärtig, sie können nicht aufschrecken und – im Gegensatz zu Tieren und Kleinkindern – plötzlich ganz da, sozusagen hellwach sein. Pflanzen dösen immer, Tiere und Menschen können aus dem Dahindösen herausgerissen werden; wir Menschen spüren in diesem Moment eine intensive leibliche Enge. In diesem Moment sind die fünf Dimensionen menschlicher Orientierung miteinander verschmolzen, die sich beim besonnenen Menschen in fünf polare Dimensionen entfalten. (Schmitz, 1998, S. 197)

In primitiver Gegenwart entsteht schlagartig die Gewissheit von »dieses hier bin jetzt (wirklich) ich« (Blume, 2003, S. 40). Unter alltäglichen Bedingungen ist die reine primitive Gegenwart ein seltenes Erlebnis für einen erwachsenen Menschen, allerdings bleibt die Anbindung an das affektive Betroffensein in primitiver Gegenwart lebenslang er-

halten; sie gibt uns die Gewissheit, ohne Zweifel wir selber zu sein, sie ist sozusagen der Ankerpunkt unserer Sicherheit von uns selber: Im affektiven Betroffensein spüre ich die Gewissheit, dass es sich um mich selber handelt (Blume, 2003).

In meinem Verständnis von Trauma und Neuer Phänomenologie ist die Beschmutzung dieses Kerns des Selbstbewusstseins eines Menschen z. B. durch Folter ein zentrales Geschehen. Ich fürchte, dass wir Menschen und unter uns die Folterer ein profundes Wissen besitzen, das sich benutzen lässt, um andere »im Kern« zu zerstören. Eine phänomenologische Analyse der Foltertechniken der verschiedenen Systeme würde womöglich einen unmittelbaren Beleg für die Aussagen der Neuen Phänomenologie zur Bedeutung des Leibes für das Sichbesinnen auf das Sichfinden in der Welt aufweisen. Ein Beispiel mag an dieser Stelle genügen: Jean Améry (1977, S. 63) beschreibt in dem Essay »Die Tortur«, wie er in Breen-donk in Flandern von der Gestapo gefoltert wurde:

Der Schmerz war der, der er war. Darüber hinaus ist nichts zu sagen. Wer seinen Körperschmerz mitteilen wollte, wäre darauf gestellt, ihn zuzufügen und damit selbst zum Folterknecht zu werden. [...] Wer nämlich in der Folter von Schmerz überwältigt wird, erfährt seinen Körper wie nie zuvor. [...] nur in der Tortur wird die Verfleischung des Menschen vollständig: Aufheulend vor Schmerz ist der gewalthinfrällige, auf keine Hilfe hoffende, zu keiner Notwehr befähigte Gefolterte nur noch Körper und sonst nichts mehr.

13.6 Schmerz und Angst aus der Leibperspektive

13.6.1 Angst

In der Schmitz'schen Phänomenologie lässt sich eine Grundaussage zur Angst machen: Sie ist kein Seelenzustand, sondern ein Gefühl, das den Betroffenen leiblich ergreift (Schmitz, 2003). Davon unabhängig kann man sicherlich das Gefühl der Angst auch wahrnehmen, ohne davon selbst ergriffen zu sein: wenn ich z. B. als Prüfer in einem Hörsaal schwitzender Studierender als Aufsicht hin und her laufe, wissend, dass ich das ein für allemal hinter mir habe.

Angst ist durch und durch eine leibliche Re-gung, sie gehört ins präpersonale Leben in primi-tiver Gegenwart und ist daher schon den Tieren vertraut (Schmitz, 2003). In der Angst schwingt der vitale Antrieb heftig zwischen Spannung und Schwellung hin und her, wobei in der Angst die Spannung überwiegt. Der Geängstigte will weg und dieser Impuls ist gehemmt. Auch beim Menschen, der sich starr vor Angst nicht von der Stelle rührt, ist der aufgeladene vitale Antrieb, dieses Hin und Her von Spannung und Schwellung zu beobachten: Die ruckartige keuchende Atembewegung verrät ihn. »Der expansive Impuls bricht an der hem-menden Spannung ab und setzt wieder ein« (Schmitz, 2003, S. 14).

13.6.2 Schmerz

Im Gegensatz zur Angst hat Schmerz etwas Stump-fes. In der Angst gibt es im leiblichen Ausdruck ein Hin und Her, heftiges Atmen, Schreien. In heftigem Schmerz ist dieser Rhythmus aufgehoben. Der ver-ängstigte Mensch keucht, der von Schmerzen ge-plagte stöhnt. Im Schmerz kommen die beiden Pole der Engung und Weitung nicht auseinander; weites Schwingen leiblicher Befindlichkeit zwischen Enge und Weite, das antagonistische Ringen zwischen Spannung und Schwellung wird verhindert. Den-noch ist der Schmerz offenkundig ein Weg zu den Grundlagen der Gewissheit der eigenen Existenz, der Selbstzuschreibung: Fast alle Initiationsriten benutzen Schmerz als eine Möglichkeit der Eng-führung im Erleben und als Gegenpol dazu Trance-phänomene als eine Möglichkeit der Aufweitung der empfundenen eigenen Grenzen bis zum Verlust des Bewusstseins in privativer Weitung. »In Angst und Schmerz zeigt sich [die Enge des Leibes] wie ein unerträglich fressendes Feuer, dem der Betrof-fene ganz nahe ist, während sie ihm im gewöhn-lichen dumpfen Druck beinahe verborgen bleibt« (Schmitz, 2005).

Angst und in gewissem Umfang auch der Schmerz können auch lustvoll sein: Gemeinsam haben sie mit der Lust das heftige Schwingen zwischen Spannung und Schwellung. Das Übergewicht der Spannung bei der Angst kann umschlagen in ein Übergewicht der Schwellung in der sexuellen Lust.

Diese Plastizität des vitalen Antriebs ermöglicht Mischaffekte, in denen Angst oder Schmerz die Wollust fördern. Angst und Schmerz, womöglich unter Beimischung von (erzwungener) sexueller Erregung, entfalten – so meine These – diese zerstörerische Sprengkraft, weil sie einen »Königsweg« in die Tiefe leiblichen Betroffenseins gebrauchen und missbrauchen. Wenn sich daraus eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt, könnte dies damit zusammenhängen, dass sich die betroffenen Menschen von der primitiven Gegenwart nie so weit lösen können, dass personale Emanzipation wieder (i. S. von: wie vor dem Trauma) gelingt. Therapeutisches Arbeiten müsste dann, wie z. B. im EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) vermittelt, das Absinken in primitive Gegenwart im heftigen Wiedererleben des Traumas vermeiden und stattdessen am Etablieren eines Ortes arbeiten, von dem aus primitive Gegenwart aus sicherer Distanz zur Kenntnis genommen werden kann. Wenn sich allerdings, wie Schmitz betont, die psychische Entwicklung eines Menschen im Hin und Her von personaler Emanzipation und personaler Regression (bis zur primitiven Gegenwart) abspielt, kann es nicht ohne Folgen bleiben, wenn das Erleben der primitiven Gegenwart auf Dauer vergiftet ist; dies wäre gleichbedeutend mit einem Mangel an Entwicklungsmöglichkeiten für die von Traumata Betroffenen.

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, auch noch näher auf die Scham einzugehen. Dazu existiert eine sehr sorgfältige Studie von Anna Blume (Blume, 2003). Hier nur soviel: Scham besitzt Brückenqualität zwischen dem leiblichen Betroffensein von Angst und Schmerz in primitiver Gegenwart und dem Selbst-Bewusstsein in entfalteter Gegenwart. Scham hat nicht nur den heftigen engenden Charakter einer leiblichen Regung, sondern Scham zwingt den von Scham Betroffenen, auf sich selbst zu schauen, »sich selbst reflexiv in den Blick zu nehmen« (Blume, 2003, S. 55).

Zusammenfassung und Ausblick

Psychische Traumata betreffen das Besondere einer Person, ihr Eigenes. Sie haben z. B. nach Unfällen oder nach Folterung sicher eine körperliche Dimension. Es ist hoffentlich aber gelungen zu zeigen, dass

sie wesentlich auch eine leibliche Dimension haben, wenn diese im Sinne der Neuen Phänomenologie formuliert wird. Damit wird zunächst einmal ein neues Denken in die Diskussion um die Ätiologie posttraumatischer Störungen eingeführt, das sich in der Praxis bewähren muss. Bei der praktischen Umsetzung wird sich allerdings ein Problem ergeben: Reden über leibliche Phänomene fällt nicht nur dem Kollegen mit der HWS-Verletzung – der sich über seine eigene Sprachlosigkeit und die seiner Behandler beklagt hatte – schwer. Auch professionelle Helfer haben Schwierigkeiten, mit Patienten über Erfahrungen zu sprechen, die so sehr im subjektiven Erleben eines Menschen verankert sind, dass eine Verständigung mit dem Gegenüber unmöglich erscheint.

Was meiner Erfahrung nach hilft, ist der Versuch, die Aufmerksamkeit auf eigenes leibliches Befinden zu richten und nach sprachlichen Bildern zu suchen, mit denen sich dieses Empfinden wiedergeben ließe. Dieses Vorgehen erinnert an das Erlernen einer Fachsprache – auch die ersten Versuche, »einen Fall« in einer professionellen Runde vorzustellen, sind für die meisten Novizen peinlich und mühsam. Der glatte Gebrauch bestimmter Ausdrücke stellt sich erst mit einer gewissen Übung ein. Gerade Therapeuten mit ärztlicher Sozialisation wird dies schwer fallen, da gerade in der Medizin die Fachsprache geprägt ist durch eine Verarmung an beschreibenden Adjektiven; man lernt, sich auf bestimmte Eigenschaften zu beschränken und nüchtern zu formulieren. Leibliche Phänomene sind mit einer derart reduzierten Sprache schwer zu beschreiben.

Die Neue Phänomenologie stellt als Ausdrucksform die poetische Explikation vor, um dieser Sprachlosigkeit zu begegnen. Während die prosaische Explikation in Berichtsform aufzählt, was eindeutig an objektiven Tatsachen und Eigenschaften zu konstatieren ist, schon die poetische Explikation die zu explizierende Situation durch geschickte Sparsamkeit der Rede, die hinter einem dünnen, aber passend und treffend gewebten Schleier beredeter Sachverhalte, Programme und Probleme die ungebrochene Ganzheit der Situation mit der binnendiffusen Fülle ihrer Bedeutsamkeit durchscheinen lässt (Schmitz, 2003).



Literatur

- Améry, J. (1977). *Jenseits von Schuld und Sühne: Bewältigungsversuche eines Überwältigten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Blume, A. (2003). *Scham und Selbstbewusstsein. Zur Phänomenologie konkreter Subjektivität bei Hermann Schmitz*. Freiburg: Karl Alber
- Brenner, A. (2006). *Bioethik und Biophänomen. Den Leib zur Sprache bringen*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Fuchs, T. (2000). *Leib, Raum, Person*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Langewitz, W. (2008). *Der Ertrag der Neuen Phänomenologie für die Psychosomatische Medizin*. In M. Grossheim (Hrsg.), *Neue Phänomenologie zwischen Praxis und Theorie. Festschrift für Hermann Schmitz* (S. 126-140). Freiburg: Karl Alber.
- Morse, J. M. & Mitcham, C. (1998). *The experience of agonizing pain and signals of disembodiment*. *J Psychosom Res*, 44, 667-680.
- Schmitz, H. (1998). *System der Philosophie*. Bonn: Bouvier.
- Schmitz, H. (2003). *Was ist Neue Phänomenologie?* Rostock: Ingo Koch.
- Schmitz, H. (2005). *System der Philosophie. Studienausgabe*. Bonn: Bouvier.
- Schmitz, H. (2007). *Der Leib, der Raum und die Gefühle*. Bielefeld: Sirius.
- Soentgen, J. (1998). *Die verdeckte Wirklichkeit: Einführung in die Neue Phänomenologie von Hermann Schmitz*. Bonn: Bouvier.