

Charlotte Uzarewicz, Martin Moers

Leibphänomenologie für Pflegerwissenschaft – eine Annäherung

Philosophy of the Body and Nursing Science

Nursing as a health profession works as close to the body as possible. Despite the truth of this statement, questions concerning the body are rarely in the focus of nursing science. This article provides insight to the actual neo-phenomenological discussion concerning the body and connects these discussions to questions in nursing science.

Keywords

Forgetting the felt body, body turn, embodiment, new phenomenology

Pflege als Gesundheitsprofession kann als sehr körpernaher Beruf bezeichnet werden. Im Gegensatz zu dieser Feststellung spielen Fragen von Körper und Leiblichkeit kaum eine Rolle in der pflegewissenschaftlichen Diskussion. In diesem Artikel werden Ergebnisse der Neuen Phänomenologie zur Leiblichkeit vorgestellt und erste Verbindungslinien zu Fragen der Pflegerwissenschaft aufgezeigt.

Schlüsselwörter

Leibvergessenheit, Leiblichkeit, body turn, embodiment, Neue Phänomenologie

Problemaufriss

Offenbar ist das Verhältnis zum eigenen Körper und zum Leib für uns Menschen¹ nicht mehr selbstverständlich. Damit ist nicht erst das Verhältnis zum *äußerlich wahrnehmbaren Körper* gemeint, das für viele problematisch wird, wenn sie unter dem Druck eigener oder gesellschaftlicher Erwartungen dem erwünschten Körperbild von Jugend, Fitness, Gesundheit und Funktionsfähigkeit nicht zu entsprechen meinen oder auch wirklich nicht mehr entsprechen. Vielmehr scheint dem heutigen Menschen die *unmittelbare Wahrnehmung seiner selbst* zu entgleiten. Der Körper wird überwiegend als möglichst reibungslos funktionierendes Organsystem gesehen, und darüber schwebt

¹ Wenn im Folgenden von „wir“, „uns“, „ich“ etc. die Rede ist, so ist das weder ein pluralis majestatis, noch Ausdruck irgendeiner Egozentrik, sondern ist anthropologisch zu verstehen. Mit dem hier gewählten Stilmittel soll jeder Mensch angesprochen werden und somit auch das Hineinverstetzen in das Geschilderte erleichtern.

eingereicht 02.01.2012

akzeptiert 09.02.2012 (nach Überarbeitung)

unverbunden das vermeintlich körperlose „Ich“, die Person mit ihrem Denken, Fühlen und Wollen. Diese Ansicht ist in den modernen Wissenschaften und so auch in Medizin und Pflege weit verbreitet. Körperliche Funktionen sind aber nicht alles, was die wahrnehmbare Seite des Menschen ausmachen. Wir befinden uns beispielsweise stets in einer Stimmung. Diese sind unterschiedlich geartet und können auch im Laufe des Tages wechseln. Wir spüren, dass wir matt, müde oder wach sind, dass wir irgendwie verspannt oder gelassen sind, uns unwohl oder wohl fühlen, dass wir uns nicht recht konzentrieren können oder von etwas in Bann gezogen werden, nehmen unsere Umgebung als heiter oder bedrückend wahr. Wir spüren, wenn wir von einer unbändigen Freude erfasst werden, wenn wir vor Freude „aus dem Häuschen“ sind, nicht wissen wohin mit diesem erhebenden, nach oben und außen drängenden Gefühl. Bei Kindern kann man noch solche spontanen Freudentänze sehen, Erwachsene sind dafür schon „zu gut“ erzogen. Auch haben wir Hunger, Durst oder Schmerzen, spüren Angst oder Enge und Beklemmung. Gerade dann, wenn uns etwas geschieht, dem wir nicht ausweichen können, beispielsweise eine Leiderfahrung wie Unfall, Krankheit oder der Verlust eines nahestehenden Menschen, spüren wir das Geschehene unmittelbar als lähmend, betäubend, wie neben uns stehend oder aber schockartig elektrisierend und Panik machend. Wir wissen sofort, dass dieses Ereignis uns betrifft und verändert, noch vor allem Nachdenken, Reflektieren und sich bewusst machen von Gefühlen.

All das geht über reines Funktionieren des Körpers hinaus, es betrifft etwas, das mit einem traditionsgeladenen Ausdruck als leiblich bezeichnet wird – eine Ausdrucksdifferenz, über den viele andere Sprachen, nebenbei bemerkt, nicht verfügen. Dieses mehr als das rein körperliche Funktionieren wird mit Bezug auf Plessner (1928, S. 35f, S. 294) oft so beschrieben, dass wir einen *Körper haben*, aber *Leib sind*. Uzarewicz & Uzarewicz (2005) haben herausgearbeitet, dass das Denken des Leibes für die Pflege ein zentrales Thema ist und dabei helfen kann, für die Pflegewissenschaft eine eigenständige theoretische und anthropologische Basis zu generieren. Dass dazu noch ein weiter Weg zurückzulegen ist, ist offenbar der langen Tradition medizinischer und früher auch theologischer Prägung der Pflege geschuldet. Was macht deren dauerhafte Wirksamkeit aus?

Leiblichkeit hat im naturwissenschaftlichen Denken, welches in der Medizin dominant und zu weiten Teilen sinnvoll und nutzbringend ist, keinen Platz. Hier ist der Mensch als Körper ein Organsystem, dessen Funktionen zu erhalten sind. Überspitzt gesagt wird der Körper als Maschine gesehen (vgl. hierzu ausführlich Uzarewicz & Uzarewicz 2006). Dieses Verständnis geht auf einen der Begründer neuzeitlichen Wissenschaftsdenkens zurück, auf René Descartes, der den Menschen in Körper und Geist geteilt hat und alles Körperliche als bloße Materie und das Denken, also den Geist, die Seele oder das Bewusstsein, als immaterielles Vermögen des Menschen gesehen hat. Diese Lehre ist unter dem Namen cartesianischer Dualismus bis heute äußerst wirksam. Seit der antiken griechischen Entwicklung der Wissenschaften wird die Frage diskutiert, wie sich der Mensch von anderen Lebewesen unterscheidet. Die Antwort darauf führt das Konzept der Seelen an, die beim Menschen zur Vernunft fähig seien. Damit wird die Vorstellung verbunden, dass es zur Entwicklung des Menschen gehöre,

sich über seine leiblichen Regungen zu erheben und auch seine Gefühle unter Kontrolle zu bringen, um sein Schicksal zu meistern. Diese Vorstellungen finden sich bereits bei Platon: Der Mensch im Menschen, die Vernunft, bewacht zusammen mit dem Löwen im Menschen, dem Herd der mutigen, aggressiven Regungen, das Ungeheuer im Menschen, die Sinnlichkeit. Und auch für Freud ist die Seele das Haus der Person mit drei Stockwerken: Im Keller bzw. Parterre ist die Sinnlichkeit mit Empfindungen und Trieben verortet, im ersten Stockwerk sitzt die Ratio, der Verstand und darüber thront im zweiten Stock die höhere Vernunft, der Geist oder Intellekt (vgl. Rappe 1995, 2005).

Die Trennung von Körper und Seele wird im Christentum explizites Programm mit Blick auf religiöse und moralische Pflichten, die zur Errettung der Seele zu erfüllen seien. Somit gilt die Seele als höherwertiger Sitz des Denkens und der Gefühle und wird als vom Körper getrennt gesehen. Der theologisch geprägte Begriff der Seele wandelt sich im weiteren Verlauf der Emanzipation der Wissenschaften zum Begriff des Bewusstseins. Im heutigen Wissenschaftsverständnis wird dieses zumeist einer eigenen Innenwelt mit Denk- und Gefühlsprozessen zugeordnet, die nach eigenen, von außen zunächst nicht einsehbaren Regeln funktionieren und von Kognitionswissenschaften und Psychologie bearbeitet werden. Diesen stehen die wahrnehmbare materielle Außenwelt und das sichtbare Verhalten von Menschen gegenüber. Bis heute tun sich die Vertreter dieser Auffassung schwer zu erklären, wie Wahrnehmung und Kontakt mit der Welt funktionieren, wo doch Innen- und Außenwelt als getrennte Sphären gedacht werden (vgl. Mausfeld 2005; 2011). Meist werden komplizierte kognitive und psychische Übersetzungsprozesse und Repräsentationen der Außenwelt in der Innenwelt angenommen.

All dies wird in verschiedenen Disziplinen und Diskursen zunehmend als unzureichend empfunden, da viele Phänomene mit einem dualistischen Menschenbild nicht befriedigend bearbeitet werden können. Eine Neubewertung des Körpers und der Leiblichkeit stößt in der Soziologie (Uzarewicz 2011), der Sportwissenschaft (Gugutzer 2002, 2006), bei therapeutischen Ansätzen, alternativen Heilverfahren oder der Gesundheitsförderung in den letzten Jahren zunehmend auf Interesse und führt zu einer zunehmenden Etablierung von leiblich orientierten Methoden wie der Feldenkraismethode für Bewegungslernen, dem Tanz oder körperorientierten Therapien. Bisweilen ist sogar von einem body turn in den Sozialwissenschaften die Rede, wenngleich diese Vermutung doch recht optimistisch erscheint (vgl. Gugutzer 2006; Böhle & Weihrich 2010, S. 7ff). Viele der aus dem Unbehagen an der gesellschaftlichen Reduktion des Körpers auf ein verfügbares Objekt entstandenen Phänomene sind im Zuge dessen aufgearbeitet worden: von der Vernachlässigung des Körperlichen bis zur Bearbeitung und Vermarktung des Körpers als visuelles Sexualobjekt oder Organspendematerial für eine ihre Grenzen ständig erweiternde Transplantationsmedizin und Zellforschung (z. B. Kalitzkus 2003; Schnell 2004; Hauser-Schäublin et al. 2008; Böhle & Weihrich 2010; Motakef 2011). Auch in der Pflege existiert dieser Diskurs, jedoch eher als Unterströmung, die unter Schlagwörtern wie „ganzheitliche Pflege“ ein Unbehagen an dominanten Denkmustern äußert oder in der Zuwendung zu körperorientierten

Pflegekonzepten wie der Basalen Stimulation Themen der Leiblichkeit aufgreift (vgl. Schürenberg 2004). Die kritische Auseinandersetzung mit dem Dualismus ist ein zentrales Anliegen der Leibphänomenologie, deren Positionen nun exemplarisch skizziert werden sollen.²

Leibphänomenologische Ansätze

Die klassische Phänomenologie wurde von Edmund Husserl (1859-1938) zu Beginn des 20. Jahrhunderts begründet und geprägt. Ihm ging es um eine Neugründung der als spekulativ und idealistisch kritisierten Philosophie und ihre Rückführung auf nachvollziehbare Analysen von für jedermann wahrnehmbaren Phänomenen. Sein Thema war primär Bewusstsein und Wahrnehmung, weniger die Leiblichkeit selbst, obwohl er auch dazu Grundlegendes gesagt hat. Sein Schüler Martin Heidegger hat diese Analysen wahrnehmbarer Phänomene auf das Feld des Daseins selbst, die Existenz des Menschen in der Welt ausgedehnt. In der Folge hat Jean Paul Sartre dieses Thema radikalisiert und auf die Frage nach der Freiheit des Menschen angesichts der Unbegreifbarkeit seiner Existenz konzentriert. Maurice Merleau-Ponty hat, wie andere anthropologisch orientierte Denker ebenfalls, in seinen Analysen zur Wahrnehmung eine Wendung zur Leiblichkeit vollzogen (eine konzise Übersicht findet sich bei Fuchs 2000, S. 43-85). Nach einer gewissen Blüte vor und nach dem zweiten Weltkrieg ließ das philosophische Interesse an Phänomenologie und Existenzialismus nach, die Fachdiskussion verlagerte sich zusehends auf sprachanalytische oder machttheoretische Ansätze.

Hermann Schmitz begründet seit den 1960er Jahren die Neue Phänomenologie, die die Leiblichkeit des Menschen zum expliziten Ausgangspunkt nimmt. In seinem zehnbändigen Hauptwerk „System der Philosophie“ (2005) macht der Titel bereits deutlich, dass es ihm um alle Bereiche der Philosophie geht – also auch Ethik, Recht, Ästhetik usw. Diese leitet er grundlegend aus der leiblichen Verfasstheit des Menschen ab. Seine Leibphänomenologie dient der folgenden Darstellung als Grundlage, wobei die aktuelle Diskussion einbezogen wird.³

Die Leiblichkeit des Menschen

Was zeichnet eine leibliche Perspektive aus? Der Mensch bzw. das Menschsein erschöpft sich ja nicht in bloßer Körperlichkeit, im *Körperding*. Der Leib ist dem Körper

2 Andere Philosophien, die das ebenfalls versucht haben, wie z.B. die philosophische und die medizinische Anthropologie sind bereits an anderer Stelle bearbeitet worden (Uzarewicz & Uzarewicz 2005).

3 Hier ist insbesondere Thomas Fuchs (2000) zu nennen, der eine phänomenologische Anthropologie aus leiblicher Perspektive entworfen hat und sich – mit einigen kritischen Stellungnahmen – weitgehend auf Schmitz stützt. Seine Positionen sind für die Pflegediskussion interessant, da er aus einer klinischen Perspektive kommt. Die Arbeiten von Uzarewicz (2003, 2007) sowie Uzarewicz & Uzarewicz (2005, 2006) haben im Anschluss an Schmitz den leibphänomenologischen Ansatz in überwiegend anthropologischer Perspektive für die Pflege bearbeitet. Bernhard Waldenfels (2000) bezieht sich vielfach auf Merleau-Ponty und nimmt gegenüber Schmitz kritisch und zum Teil polemisch Stellung. Im Anschluss an Waldenfels erschließen weitere Autoren leibphänomenologisch Anwendungsfelder für hilfs- und pflegebedürftige Menschen (Schnell 2004).

vorgängig, vor jeglichem trennenden Dualismus in Körper und Geist (bei Betonung der Verstandesfunktion), der uns aufteilt in eine sichtbare, materielle Außenwelt und eine unsichtbare, immaterielle Innenwelt. Schmitz beantwortet die Frage nach Dualismus oder Einheit des Menschen damit, „... daß das Subjekt wesentlich leiblich ist; ...“ (2005, Bd. III, 2, § 147, S. 89). Subjekt ist für ihn die Person, die Bewusstsein und Selbstbewusstsein hat⁴, was nur leiblich verfasst vorkommt. Kein abstrakter Akt des Denkens kann mir in dem Versuch, mich in meiner Umgebung zurecht zu finden, Sicherheit geben (Schmitz 2005, Bd. I, § 1, S. 1-14). Beim Besinnen darüber stoße ich immer darauf, dass es Spüren und Fühlen meiner selbst nicht ohne diesen Leib gibt. Es gibt kein Selbst und keine Person unabhängig vom Hier und Jetzt meines sicht- und tastbaren Körpers, aber vor allem nicht unabhängig von meinem gespürten Leib.

Auch Waldenfels (2000, S. 246ff) betont die zentrale Rolle des Leibes für die menschliche Natur. Der Leib ist an allem beteiligt, von einfachen physiologischen Vorgängen bis zum Denken. Er spricht (im Anschluss an Husserl) vom Leib als Umschlagstelle zwischen Kultur und Natur. Der Leib fungiert als sich selbst bewegender, als absoluter Ort der Wahrnehmung und als Wahrnehmungsorgan und ist damit Bedingung dafür, dass „eine Welt als solche auftritt“ (a. a. O. S. 249). Er ist also Medium aller Welt-habe. Andererseits kann er auch als reines Körperding genommen werden, das von außen betrachtet wird, „das in der Welt vorkommt wie ein Ding“ (a.a.O.; Uzarewicz & Uzarewicz 2005, S. 82 ff). Somit verbleibt Waldenfels im Dualismus (Kultur – Natur; materieller Körper – Wahrnehmungssystem) und versucht, den Leibbegriff als Brücke bzw. Bindeglied innerhalb des bestehenden Dualismus zu etablieren. Fuchs sieht ähnlich Leib und Körper in einem korrespondierenden Feld (2000, S. 149f), während Schmitz den Unterschied von spürbarem Leib einerseits und dem sinnlichen Wahrnehmen sowie der Messbarkeit des Körpers andererseits betont, wobei der Leib als unhintergehbare Einheit noch vor jeglichem Dualismus eine Struktur des gespürten Daseins, des Lebendigseins ist. Einig sind sich die genannten Autoren in der vereinheitlichenden Schlüsselrolle, die der Leiblichkeit für die Konstitution des Menschen insgesamt zukommt.

Wenn der Mensch grundsätzlich leiblich ist, was kennzeichnet dann den Leib? Schmitz (2005, Bd. II, 1) entfaltet hierzu eine differenzierte Lehre, die vom eigenleiblichen Spüren ausgeht, das vom Hören, Riechen, Schmecken, Sehen und Tasten des Körpers unabhängig ist. Fünf Elemente prägen diese Konzeption von Leiblichkeit:

1. Als grundlegendes Element ist die *leibliche Ökonomie* zu nennen. Leibliche Regungen⁵ wie Hunger, Durst, Wollust, Müdigkeit oder Frische, aber auch Spannung und Schwellung, z.B. bei Ein- und Ausatmung, Druck oder Schmerz, Schwindel, Enge oder Angst werden unmittelbar gespürt. Diese Regungen können scharf (epikritisch) oder dumpf (protopathisch) sein. Leibliche Regungen sind immer mit Bewegungen verbunden und werden dadurch auch räumlich spürbar: Müdigkeit zieht nach unten,

⁴ Deswegen spricht Schmitz von Bewussthaber.

⁵ Schmitz hat ein Kategoriensystem entwickelt – das Alphabet der Leiblichkeit – mit dessen Hilfe es möglich wird, subjektive Tatsachen intersubjektiv kommunizierbar zu machen.

Schmerz strahlt aus usw. Diese subjektiven Tatsachen des affektiven Betroffenseins spüren wir am eigenen Leibe zum Beispiel als *Leibesinseln*, die nicht der Physiologie folgen, sondern der Aufmerksamkeit, die die jeweilige leibliche Regung auf sich zieht: bei Hunger wird die Magenregion auffallend, der Durst macht sich in einer langgezogenen Region um Mund und Kehle bemerkbar, Schmerzen können ein Knie größer und in die Nachbarregionen ausstrahlend machen, während andere Regionen des Körpers unauffällig bleiben und undifferenziert in größere Leibesinseln eingehen wie etwa der Rumpf, der sich insgesamt schwer und matt anfühlen kann.

Für Schmitz findet sich der Mensch grundsätzlich in fünf Weisen in der Welt, dem Hier, Jetzt, Dasein, Dieses und dem Ich. Das entspricht dem jeweiligen Ort in der Gegenwart, der Gewissheit der Existenz, der Differenzierung der mannigfaltigen leiblichen und objekthaften Umgebung sowie der Person in ihrer Selbstwahrnehmung (2005, Bd. I, §§ 22-26, S. 207-227). Dies nennt er die entfaltete Gegenwart, in der sich der Mensch in personaler Emanzipation bewegt. In den stärksten leiblichen Regungen, der Angst und dem Schmerz, aber auch in Extasen der Wollust oder der Raserei, die den Menschen gleichsam festnageln bzw. außer sich bringen, verdichtet sich das In-der-Welt-Sein zur primitiven Gegenwart, die nur noch das Hier, Jetzt und das Ich kennt. Ein extremes Ungleichgewicht der leiblichen Ökonomie stellt die privative Weitung (bspw. in einer Trance) oder Engung (bspw. im Schmerz) dar; hier kommt Weite ohne Enge oder Enge ohne Weite vor (deswegen nennt er die Enge bzw. Weite jeweils privativ). In einem solchen Zustand befindet sich der Mensch in personaler Regression (2005, Bd. IV, § 256, S. 14).

2. Weil wir alle leiblich verfasste Wesen sind, können wir an der Leiblichkeit anderer teilhaben. Dies geschieht bei der *leiblichen Kommunikation*, die beständig stattfindet und die die Basis aller Sozialkontakte überhaupt bildet. Leibliche Kommunikation führt zu übergreifenden leiblichen Zusammenhängen wie etwa in Massenveranstaltungen (ad hoc Leiber), in denen die Zuschauer beim Fußballspiel gebannt den Elfmeterschuss verfolgen (Schmitz nennt dies etwas rustikal Einleibung). Ebenso kann man sich in leiblicher Kommunikation an das Gegenüber verlieren, wie der Autofahrer in der Trance des Weiterlebens der Landschaft, was Schmitz dementsprechend Ausleibung nennt. Aber auch in einer pflegerischen Interaktionssituation findet man derartige Phänomene, z.B. dann, wenn eine Pflegeschülerin ihren ersten Einsatz auf der Intensivstation hat und einen Notfall mit-erlebt. Dann taucht sie unter Umständen derart in die Situation des Patienten ein, dass sie quasi wie neben sich steht und handlungsunfähig am Geschehen teilnimmt – besser gesagt: Teil des Geschehens ist. Oder – was häufiger vorkommt – der erste Einsatz im Kreissaal und das Miterleben einer Geburt. Hier findet über den Schmerz leibliche Kommunikation statt und man ist u.U. von den Gebärden und dem Schreien und Stöhnen der Gebärenden derart in Bann gezogen, dass man die Bewegungen unwillkürlich nachmacht – jedenfalls die Distanz zum Geschehen für gewisse Zeit verliert (Dörpinghaus 2010). Dann ist man in die Situation eingeleibt. Grundlegend ist für die beständig stattfindende leibliche Kommunikation eine ausgeglichene Ökonomie zwischen Enge und Weite. Sichtbar wird dies besonders in den Fällen, in denen diese Ökonomie gestört ist. Wenn das mo-

torische Körperschema mit seinen Bewegungsgewohnheiten gestört ist, kann es zu einer gespürten Enge kommen, z.B. bei Parkinsonerkrankten, die sich geradezu eingeschlossen fühlen. Bei Bettlägerigen kommt es umgekehrt häufig zum Zerfließen in einer undifferenzierten Weite (Ausleibung), in der der Kranke zunehmend die Orientierung verliert (Schmitz, 2005, Bd. III, 5; Schmitz 2011).

3. Als Drittes ist für den Leib die *Räumlichkeit* konstitutiv. Dabei bildet das Hier und Jetzt für den Leib den absoluten Ort, sozusagen den Nullpunkt meiner Selbstwahrnehmung und Orientierung im Raum. Der Leib befindet sich dabei in einer gewissen Enge, die ihn zusammenhält und die auch erst das Bewusstsein ermöglicht. Bei Schreck, Ohnmacht oder Schlaf geht das Band der Enge zur Weite und damit auch das Bewusstsein zeitweise verloren. Diese Enge steht in dynamischem Verhältnis zur Weite, auf die der Leib immer schon gerichtet ist. Mit jedem Atemzug, mit jedem Blick, mit jeder Bewegung richtet sich der Mensch in die Weite. Die Weite des Leibes und die des Raumes sind hierbei identisch. Der Raum wird nicht als dreidimensionales, geometrisches Konstrukt gedacht, sondern zunächst einfach als prädimensionaler *Weiteraum* (Räumlichkeit überhaupt) gespürt. Bei jeder leiblichen Regung tritt sodann der *Richtungsraum* hinzu, dies meint z.B. die Freude, die in die Weite nach oben und außen gerichtet ist, oder die Scham, die als Richtungsraum nach innen und unten spürbar wird. Man muss hier unterscheiden zwischen körperlichen Bewegungen, die als reine Ortsveränderung (im geografischen Raum) beschrieben werden können, und leiblichen Bewegungen, die als leibliche Richtung bzw. Gerichtetheit spürbar sind. Die Räumlichkeit der Gefühle, die leiblich spürbar sind, z.B. bei Freude oder bei Trauer, nennt Schmitz den Gefühlsraum (Schmitz 1998). Der Blick, der sich aktiv und gezielt seiner Umgebung zuwendet, ist ein Beispiel für diese ursprüngliche Verbindung von Leib und Raum.

4. Viertens gehört zur Leiblichkeit nach Schmitz, dass *Atmosphären, Stimmungen* und *Gefühle* nicht subjektiv in der Person, sondern als räumliche Geschehnisse gespürt werden, wie etwa eine trübe Stimmung bei Regen oder eine angespannte Atmosphäre in einem Saal, aber auch der Zorn, der jemanden ergreift. Menschen können davon affektiv betroffen werden und reagieren darauf mit leiblichen Regungen, die davon bestimmt werden, ob die Betroffenen von der Stimmung oder dem Gefühl affiziert werden oder nicht. Damit wendet sich Schmitz gegen die gängige dualistische Vorstellung, die die Gefühle einer (immateriellen) Innenwelt des Menschen zuordnet. Er unterscheidet die Gefühle von dem Fühlen der Gefühle; bei letzterem ist man affektiv betroffen und die Gefühle werden zu subjektiven Tatsachen des affektiven Betroffenseins. Fuchs (2000, S. 84f, S. 225ff) sieht Gefühle wie Schmitz in leiblicher Resonanz begründet, aber als interpersonale Phänomene und wendet sich gegen die apersonale Sicht von Schmitz. Gemeinsam ist beiden Positionen die Ablehnung der Introjektion, also der Verlagerung der Gefühle in eine unzugängliche Innenwelt.

5. Zu guter letzt sei noch die *Situationstheorie* von Schmitz erwähnt. Schmitz' Situationsbegriff unterscheidet sich wesentlich von den sozialwissenschaftlichen Begriffen (vgl. Elsbernd 2000). Er begreift Situationen recht grundlegend und immer schon da,

wenn Menschen irgendwie miteinander in Kontakt treten. In einer Situation ist alles vorhanden, jedoch noch ohne Unterschied, d.h. ohne Identität und Differenz; er bezeichnet dies als binnendiffus und chaotisch mannigfaltig. Eine Situation ist nach Schmitz (1999, S. 21) durch drei Merkmale charakterisiert. *Ganzheit* meint einen Zusammenhalt und eine Abgeschlossenheit nach außen. *Bedeutsamkeit* betrifft Sachverhalte, Programme und Probleme, „*wodurch das Ganze gleichsam etwas zu sagen hat. Sachverhalt besagt, dass überhaupt und/oder irgendwie etwas ist; Programm bezieht sich darauf, dass etwas sein soll oder möge; Problem meint, ob etwas ist*“ (Hasse 2009, S. 42). In Situationen sind also binnendiffuse, chaotisch-mannigfaltige Bedeutsamkeiten von Sachverhalten, Programmen und Problemen primär und wirken im menschlichen Miteinander auf unterschiedliche Weisen. Dies schält sich erst allmählich heraus (vgl. Fromm 2009; S. 19 ff). Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

Die Sprache ist eine Situation, eine Ganzheit mit verschiedenen Bedeutsamkeiten, die mehr oder weniger diffus sind, d.h. mir und auch anderen nicht mit einem Schlage und immer offensichtlich sind. Wer kennt schon alle Grammatikregeln der Muttersprache und kann diese erklären? Ich richte mich in meiner Sprache auf eine bestimmte Art und Weise ein, gehe mit ihr um. Gerade beim Erlernen einer neuen Sprache kann man spüren, was es bedeutet, diese Sprache zu sprechen, um sich zu verständigen, oder in dieser Sprache zu leben.

Schmitz kategorisiert Situationen nach augenblicklichen Gegebenheiten oder zeitlichem Verlauf. Hierin finden sich weitere Differenzierungen, die die verschiedenen Seinsmodalitäten des Menschen verknüpfen: jeder Mensch agiert, reagiert und erleidet in einer gegebenen Situation als ganzer Mensch, als spürbares Dasein und Sosein. Menschen in Situationen sind also weit mehr als nur Interaktionseinheiten. Persönliche Situationen wirken leiblich nach: „... *die Erinnerung als das ganzheitlich und chaotisch-mannigfaltig gewordene Nachschwingen der Lebensgeschichte, also als Spur der die jeweilige Persönlichkeit prägenden Erfahrungen: Dergleichen findet Platz in der persönlichen Situation.*“ (Schmitz, 2005, Bd. IV, § 255, S. 20). Diese Spur kann sich auch als Leibgedächtnis oder implizites Gedächtnis ohne bewusste Erinnerung realisieren und gleichwohl spürbar werden. Situationen werden den Konstellationen gegenüber gestellt. „*Konstellationen sind Vernetzungen einzelner Faktoren*“ (Schmitz, 2005a, S.11), die aus der binnendiffusen Bedeutsamkeit herausgelöst werden, Vereinzlungen eben. „*Die Menschen sind stets beschäftigt, Situationen zu explizieren, d.h. einzelne Bedeutungen aus ihnen herauszuholen und zu Konstellationen zu kombinieren; dann können sie planen und ihre Stellungnahme variieren.*“ (Schmitz, 2011, S. 118).

Sicherlich gibt es kritische Ausführungen zur Leibphänomenologie von Hermann Schmitz (siehe hierzu z.B. Waldenfels 2002, Fuchs 2000). Wir möchten an dieser Stelle aber nicht in die Schmitz-Rezeption einsteigen, sondern die Relevanz des Nutzens für die Pflege herausstellen. Mit einer leibphänomenologischen Basis in der Pflege kann die ausschließliche Perspektive der Funktionalität des Körperlichen überwunden werden. Denn sie bietet verstehende Zugänge zu *leiblichen Regungen* wie Schmerz, Angst oder Unwohlsein an und macht diese subjektiven Tatsachen intersubjektiv kom-

munizierbar. So lässt sich das Erleben bedrohlicher Krankheit als „primitive Gegenwart“ (Schmitz 2005, Bd. I, § 21, S. 192ff) beschreiben, in der die betroffene Person auf sich selbst zurückgeworfen ist: In meinem Schmerz, meiner Angst, meiner existenziellen Erschütterung und meiner panischen Suche nach einem Ausweg bin primär ich selbst betroffen. Diese Erfahrungen prägen das Krankheitserleben und die späteren Reaktionen darauf. Das *pathische Element* ist dabei grundlegend und wird in einem handlungstheoretischen Muster von *actio* und *reactio* leicht übersehen. Auf einer solchen Grundlage können die Pflegenden ganz andere Verhaltensweisen, Verständnisse und letztlich dann auch veränderte Handlungslogiken kreieren.

Leibliche Kommunikation als theoretisches Konzept bildet z.B. auch eine Basis, von der aus die Wahrnehmung der Pflegenden besser erfasst und beschrieben werden kann. Der Leib ist vor aller verbalen Kommunikation das Medium des Ausdrucks in Mimik, Stimme, Gestik, Haltung oder Gang. Was mir da begegnet, ist der Andere selbst und nicht nur sein Körper. Der Leib ist „*Resonanzkörper*“ Fuchs (2000, S. 90) für Atmosphären, Stimmungen oder Gefühle, für Sympathie und Wärme oder Unbehagen und Abneigung einem Anderen gegenüber. Diese leibliche Resonanz lässt sich in der Pflege nutzbar machen, indem der Eindruck, den der Andere macht, von mir leiblich in pathischem Wahrnehmen gespürt wird, anders als kognitive Urteile zustande kommen. Diese pathische Wahrnehmung trifft den Anderen als Person (und ist schon leibliche Kommunikation), nicht nur zufällige Teile von ihm. Das kann insbesondere bei Patienten mit kognitiven oder verbalen Einschränkungen genutzt werden. Leiblich begründete Pflegeerfahrungen können somit theoretisch fundiert und empirisch verifiziert werden.

Literatur

- Böhle, F./Wehrich, M. (2010): Die Körperlichkeit sozialen Handelns. Soziale Ordnung jenseits von Normen und Institutionen. Bielefeld: transcript Verlag
- Dörpinghaus, Sabine (2010): Was Hebammen erspüren. Ein leiborientierter Ansatz in Theorie und Praxis. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Elsbernd, A. (2000): Pflegesituationen. Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege. Bern: Verlag Hans Huber
- Fuchs, Th. (2000): Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fromm, L. (2009): Die Kunst der Verräumlichung. Gestalt und Diskurs. Muthesius Kunsthochschule, Kiel
- Gugutzer, R. (2002): Leib, Körper und Identität. Eine phänomenologisch-soziologische Untersuchung zur personalen Identität, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Gugutzer, R. (2006): Body turn. Bielefeld: transcript
- Hasse, J. (2009): Unbedachtetes Wohnen. Lebensformen an verdeckten Rändern der Gesellschaft. Bielefeld, transcript verlag
- Hauser-Schäublin, B./Kalitzkus, V./Petersen, I./Schröder I. (2001): Der geteilte Leib. Die kulturelle Dimension von Organtransplantation und Reproduktionsmedizin in Deutschland. Frankfurt/Main: Campus
- Kalitzkus, V. (2003): Leben durch den Tod. Die zwei Seiten der Organtransplantation. Eine medizinethnologische Studie. Frankfurt/Main: Campus
- Mausfeld, R. (2005): Vom Sinn in den Sinnen. Wie kann ein biologisches System Bedeutung generieren? In: Elsner, N. & Lüer, G. (Hrsg.): „... sind eben auch nur Menschen“ – Verhalten zwischen Zwang, Freiheit und Verantwortung. Göttingen: Wallstein, S. 47-80

- Mausfeld, R. (2011): Vortrag: Beobachtungen und Überlegungen zum Wahrnehmungsattribut 'real'.
Gehalten auf der Jahrestagung der GNP - Gesellschaft für Neue Phänomenologie, 17.4.2011, Rostock
- Motakef, M. (2011): Körper Gabe. Ambivalente Ökonomie der Organspende. Bielefeld: transcript
- Plessner, H. (1928): Die Stufen des Organischen und der Mensch. Berlin
- Rappe, G. (1995): Archaische Leiberfahrung. Berlin: Akademie Verlag
- Rappe, G. (2005): Interkulturelle Ethik, Band II, Teil 1: Der Leib als Fundament von Ethik. Berlin: Europäischer Universitätsverlag
- Schmitz, H. (1998): Der Leib, der Raum und die Gefühle. Stuttgart: arcaden Verlag
- Schmitz, H. (1999): Adolf Hitler in der Geschichte. Bonn: Bouvier Verlag
- Schmitz, H. (2005): System der Philosophie in 5 Bänden (I - V) und 5 Teilbänden. Studienausgabe.
Bonn: Bouvier Verlag
- I Die Gegenwart
- II, 1 Der Leib
- II, 2 Der Leib im Spiegel der Kunst
- III, 1 Der leibliche Raum
- III, 2 Der Gefühlsraum
- III, 3 Der Rechtsraum. Praktische Philosophie
- III, 4 Das Göttliche und der Raum
- III, 5 Die Wahrnehmung
- IV Die Person
- V Die Aufhebung der Gegenwart
- Schmitz, H. (2005a): Situationen und Konstellationen. Freiburg i.Br.: Karl Alber Verlag
- Schmitz, H. (2011). Der Leib. Berlin: de Gruyter Verlag
- Schnell, M. (2004) (Hrsg.): Leib. Körper. Maschine. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben
- Schürenberg, A. (2004): Basales Berühren. Ein Entwurf im Ausgang vom Konzept Basaler Stimulation in der Pflege und Phänomenologie der Leiblichkeit. In: Schnell, M. (Hrsg.): Leib. Körper. Maschine. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben, S. 71-103
- Uzarewicz, Ch. (2003): Das Konzept der Leiblichkeit und seine Bedeutung für die Pflege. In: DV Pflegewissenschaft (Hrsg.): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Frankfurt a. Main: Mabuse Verlag, S. 13 - 26
- Uzarewicz, Ch. & Uzarewicz, M. (2005): Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Uzarewicz, Ch. & Uzarewicz, M. (2006): Anthropologische Grundlagen und Menschenbilder in der Intensivpflege. In: Friesacher, H./Mayer, G. & Neander, K. D. (Hrsg.): Handbuch Intensivpflege. Ein Lehr- und Handbuch für Mitarbeiter auf Intensivstationen. 21. Ergänzungslieferung, 11, II - 1.3 Landsberg: Ecomed S. 1-15
- Uzarewicz, Ch. (2007): Menschenbild. In: Psychrembel. Wörterbuch Pflege. 2. Auflage. Berlin: de Gruyter Verlag
- Uzarewicz, M. (2011): Der Leib und die Grenzen der Gesellschaft. Eine neophänomenologische Soziologie des Transhumanen. Stuttgart: Lucius + Lucius
- Waldenfels, B. (2000): Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes. Frankfurt a. Main: Suhrkamp Verlag

Prof. Dr. Charlotte Uzarewicz

Katholische Stiftungsfachhochschule München, Preysingstrasse 83, 81667 München, charlotte.uzarewicz@ksfh.de

Prof. Dr. Martin Moers

Pflegewissenschaft, Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschaft- und Sozialwissenschaften, Postfach 1940, 49009 Osnabrück, Moers@wi.hs-osnabrueck.de

Martin Moers

Leibliche Kommunikation, Krankheitserleben und Pflegehandeln

Bodily communication, experience of illness and nursing interventions

Even in nursing the felt body is a nearly forgotten dimension. Bodily communication can enhance the understanding of the patient's situation. In the experience of illness the body becomes problematic and patients withdraw from it. Bodily oriented nursing interventions may help patients to regain a good bodily feeling and more quality of life.

Keywords

Bodily communication, experience of illness, nursing intervention

Der Leib ist auch in der Pflege eine nahezu vergessene Dimension. Leibliche Kommunikation kann das Verständnis der Situation des Patienten verbessern helfen. Im Erleben einer Krankheit wird der Körper problematisch und Patienten ziehen sich von ihm zurück. Leiblich orientierte Pflegeinterventionen können Patienten helfen, ihre leibliche Wahrnehmung zurück zu gewinnen und dadurch auch zu mehr Lebensqualität zu finden.

Schlüsselwörter

Leibliche Kommunikation, Krankheitserleben, Pflegehandeln

Der vergessene Leib in der Pflege

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Leiblichkeit scheint eine keineswegs triviale Übung zu sein. Wenn Pflegestudierende in Seminaren zur Leibphänomenologie aufgefordert werden, Übungen zum eigenleiblichen Spüren zu machen, gilt es zunächst einmal zu klären, dass damit nicht der sicht- und tastbare Körper gemeint ist, sondern das, was ich an mir selbst spüre: ein Gefühl der Enge, des Unwohlseins, vielleicht auch des Schmerzes, oder ein Gefühl der Entspannung, der Weite, des Angenehmen, der Stimmigkeit, das sich auch in freierer Atmung und dergleichen zeigt (zu leiblicher Begrifflichkeit siehe generell Uzarewicz & Moers in diesem Heft). Solche Übungen lösen bei manchen Teilnehmern Widerstände aus, da sie als konfrontativ oder unsinnig erlebt werden. Wieso ist es so konfrontierend, sich selbst leiblich spürend wahrzunehmen? Man müsste doch denken, dass Pflegenden, gerade weil sie stets dicht an anderen Menschen dran sind, einen besonders sensiblen Umgang, ein besonderes Gespür für den anderen und sich selbst entwickelt haben.

Diese Widerständigkeit zeigt sich auch als Irritation und Verwirrung, wenn es in Hochschulseminaren darum geht, die Grundbegriffe des Menschseins zu bestimmen.

eingereicht 02.01.2012

akzeptiert 30.01.2012 (nach Überarbeitung)

Eine Übung¹, in der die Studierenden nacheinander die Begriffe Körper, Geist, Seele und Psyche kurz definieren sollen, zeigt erhellende Ergebnisse: Körper wird noch relativ homogen definiert als das Materielle, das Stoffliche; da kennt man sich aus, da ist man zu Hause. Bei allen anderen Begriffen (Seele, Geist, Psyche) werden die Indifferenzen, das Diffuse der Konzepte schnell erkennbar. Denn keiner weiß genau, was eigentlich mit ihnen gemeint ist. Die drei Begriffe werden teilweise synonym verwendet, teilweise der eine mit dem anderen erklärt: Für den einen sitzt der Verstand in der Seele, für andere im Geist, für dritte in der Psyche und vice versa. Manchmal lässt sich eine Tendenz dahingehend erkennen, dass der Geist am häufigsten mit Vernunft oder Verstand assoziiert wird, aber das ist nur eine leise Tendenz. Diese Übung verdeutlicht, mit welchen Ungereimtheiten häufig argumentiert wird. Wir benutzen diese Begriffe ganz selbstverständlich („das ist doch ein psychisches Problem“, „das ist eine seelische Krankheit“ etc.), aber niemand weiß wirklich, was eigentlich gemeint ist.

Schaut man auf die Tätigkeiten, bei denen Pflegenden seit geraumer Zeit viel Kompetenz zugesprochen wird, so ergeben sich neben medizinnahen Aufgaben viele Aspekte der Organisation und Gestaltung der Versorgung, des Sorgens für Sicherheit der Patienten, der Anleitung und Schulung, aber auch Aspekte emotionaler Betreuung angesichts schwerer Leiderfahrung (Trösten, Begleiten, Berühren, emotionale Unterstützung von Angehörigen leisten usw.) (z.B. Benner 1984; Strauss et al. 1980). Auffällig ist in der Praxis, dass Pflegende bei dieser „persönlichen“ Dimension oft an ihre Grenzen kommen und auch wenig professionelle Konzepte dafür zur Verfügung stehen (vgl. Elsbernd 2000, S. 154ff; Bischoff-Wanner 2002, S. 51ff; Pohlmann 2005, S. 94ff). Pflegende diskutieren vielfach das angemessene Verhältnis von Nähe und Distanz, verstehen dies oft aber als burn-out Prophylaxe und enden häufig gleichwohl bei einer Verobjektivierung des Patienten oder Bewohners und der Konzentration auf seine körperlichen oder versorgungsstrukturellen Probleme, während bei vermeintlich schwierigen Verhaltensweisen häufig vorschnell versucht wird, an andere Instanzen wie Medizin, Psychologie oder Seelsorge zu delegieren.

In der Praxis hat das natürlich Auswirkungen. Vielfache Beobachtungen zeigen, dass Pflegende den Körper von Patienten und Bewohnern häufig regelrecht als Werkstück sehen, das im Sinne der Hygiene, der Mobilisierung oder Ernährung bearbeitet werden muss und dabei von der Leiblichkeit völlig absehen, sowohl bei den Patienten als auch bei sich selbst. Bei der Ausbildung zum Pflegeberuf wurde in Pflegeschulen früher der Praxisschock als Mittel eingesetzt, um die Eignung der Pflegeschülerinnen zu testen – zumindest war das das „hidden curriculum“ derartiger Zumutungen. Nach einigen Einführungstagen wurden die Schüler morgens zu Patienten gebracht, die sie waschen sollten. Damit waren sie völlig überfordert, denn ohne jede Kenntnis der Menschen, ihrer Krankheits- und Lebenssituation, ohne vorherigen Kontakt oder Beziehungsaufbau wurden sie in eine Situation geworfen, die sie nur funktional bewältigen konnten: Waschschüssel mit warmen Wasser und Seifenlösung auf den Nachttisch

¹ Diese Übung wird seit mehreren Jahren von Charlotte Uzarewicz in zahlreichen Seminaren zur Leibphänomenologie in unterschiedlichen Pflegestudiengängen durchgeführt; inzwischen ist die Teilnehmerzahl auf ca. 300 Personen angewachsen.

stellen, Bettdecke zurück schlagen, Nachthemd ausziehen, Waschlappen nass machen, waschen (auch im Intimbereich, mit „untenrum“ umschrieben) abtrocknen, frisches Hemd anziehen, Decke drüber, fertig. Wer die leibfeindliche und unpersönliche Fertigkeit besaß, so funktional vorzugehen und dabei die Person der Patienten, ihr körperliches Leiden und ihre Problemlagen sowie eigene Gefühle und Regungen zu ignorieren oder zu unterdrücken, war offenbar für den Pflegeberuf geeignet. So etwas kommt hoffentlich heutzutage nicht mehr vor. Eigenleibliches Spüren, Wahrnehmen der Situation oder Eingehen auf den Patienten wird jedoch auch in heutiger Pflegepraxis negiert und von Anfang an abtrainiert, meist mit dem Hinweis auf fehlende Zeit. Abgesehen von der in der Tat überwiegend unzureichenden Personalausstattung in der deutschen Pflege bleibt die Frage, warum das so sein muss: Soll man den Patienten nicht an sich heranlassen, um sich nicht emotional zu stark zu engagieren? Will man mit der Ignoranz der Leiblichkeit das eigene Spüren angesichts intimer Situationen von Leid- und Schamerfahrungen aussperren, ein Tabu um eine ansonsten nicht bewältigbare Situation aufrichten?

Man könnte in Anlehnung an Norbert Elias' Zivilisationstheorie², der die zunehmende und individualisierte Affektkontrolle im Prozess der Zivilisation beschrieben hat (Elias 1977), denken, dass gerade die Pflege eine subversive Macht hätte, eben diesen dünnen Firnis der Zivilisation zerreißen zu lassen. Denn Pflege bricht permanent zivilisatorische Tabus, in dem sie sich mit Exkrementen, Erbrochenem, eiternden Wunden etc. fremder Menschen – im wahrsten Wortsinn – befasst. Vielleicht ist das auch einer der Gründe für den gesellschaftlichen Status des Berufsstandes: Pflege muss genau aus diesem Grund besonders streng kontrolliert werden (organisatorisch unter die Medizin gestellt), und Pflegenden werden in der beruflichen Sozialisation dahin trainiert, sich selbst zu kontrollieren und zu beherrschen. Man könnte meinen, in dieser Leibvergessenheit (oder Leibverdeckung) spiegelt sich die Scheu vor dem gesellschaftlich Verdrängten, dem Unwillen, sich gerade mit den Scham, Ekel und Abscheu erregenden Aspekten zu beschäftigen. Auch weckt ein solcher Kontext die Erinnerungen an die Kaste der Unberührbaren im hinduistischen Indien, mit deren Hilfe Probleme wie Siechtum und Tod entsorgt werden, wobei diese Menschen durch den Kontakt mit dem Unerwünschten kontaminiert und deshalb gesellschaftlich gemieden werden. Kann es sein, dass die Pflegenden im Zuge der Berufsbildung und der aktuellen Professionalisierungsbemühen Angst vor dem falschen Image haben und sich bei dem Weg von der christlich geprägten Barmherzigkeit zu einem modernen Gesundheitsberuf von den leiblich geprägten Leiderfahrungen der Pflegebedürftigen wegbewegen? Betrachten wir zunächst genauer die hier angesprochene leibliche Kommunikation, bevor wir auf die andere Seite wechseln, also die Perspektive des von Krankheit Betroffenen einnehmen.

2 Die Gedanken zur Zivilisationstheorie und zur subversiven Macht der Pflege verdanke ich Charlotte Uzarewicz.

Leibliche Kommunikation³

Kommunikation im landläufigen Sinne würde damit beginnen, dass ich etwas oder jemanden sehe, mir dies bewusst mache und dann darauf reagiere. Leibliche Kommunikation beginnt jedoch früher, denn bereits der eigene Blick ist ein aktives Geschehen, eine leibliche Regung, die eine eigene Dynamik, einen eigenen Ausdruck hat und kein passives Aufnehmen von Seheindrücken ist. Das wird deutlich, wenn ich gezielt irgendwo hinschaut und nicht einfach passiv eine Information empfangen. Auch der Blick des Anderen ist nicht einfach funktionales sehen und gesehen werden, sondern geht darüber hinaus. „*Als leibliche Regung begegnet und ergreift aber auch der fremde Blick; ...*“ (Schmitz 2005, S. 378). Den fremden Blick kann ich sehen, aber auch an mir leiblich spüren, wodurch vielfältige leibliche Kommunikation möglich wird: der durchbohrende Blick, demgegenüber ich mich verschließe, der zugewandte Blick, demgegenüber ich mich entspanne usw.

Aber auch die Atmosphäre, die Stimme, der Händedruck sind „Anschlüsse“ für leibliche Kommunikation, d.h. „*Medien für Mitteilungen auf leiblicher Ebene*“ (Uzarewicz & Uzarewicz, 2005, S. 150; vgl. Soentgen, 1998, S. 38). Wenn eine Pflegerin das Zimmer eines Krankenhauspatienten oder Altenheimbewohners betritt, um ihm eine bestimmte Information zu geben, so spürt sie sofort, welche Stimmung hier herrscht, ob die Atmosphäre entspannt, traurig, fröhlich oder irgendwie geladen ist. Mit einem Schlag erfasst sie die Situation, noch bevor ihre einzelnen Sinne überhaupt zum Einsatz kommen und lange bevor sie darüber nachzudenken beginnt. Der Patient oder Bewohner hingegen spürt, ob es sich z.B. bei der Pflegerin um eine unsichere oder routiniertere Person handelt, ob sie guter Stimmung, in Eile oder angespannt ist. Diese leiblichen Botschaften haben oft eine viel größere Wirkung und weitreichendere Konsequenzen als das Gesagte selbst. Nicht der Inhalt, sondern die Stimme, die jemanden beruhigen, aus der Fassung bringen oder aufreizen kann, ist entscheidend bei der leiblichen Kommunikation. In diesem Kontext steht auch der Atem. Die unterstützende und verbindende Wirkung des gemeinsamen Atmens ist in der Geburtshilfe, aber auch allgemein im therapeutischen Kontext bekannt. Auch die taktile Berührung ist bedeutsam. Wenn man jemanden die Hand auf die Schulter legt, so spürt man gleichzeitig die Schulter und sich selbst. Diese „Gleichzeitigkeit und Beidseitigkeit“ ist im pflegerischen Alltag konstitutiv, weil man bei vielen Pflegehandlungen jemanden berührt. Damit geschieht aber auch immer eine Berührung auf leiblichem Niveau.⁴ Pflegerische Interventionen sind also – zusammenfassend gesagt – immer auch leibliche Kommunikation.

Fuchs (2000, S. 87ff) betont in seinem Entwurf der Leiblichkeit die Bedeutung leiblicher Kommunikation. Die Beachtung des Zustands der leiblichen Ökonomie, also des Antriebs als grundlegende nach außen gerichtete Spannung eines Menschen, ermöglicht zahlreiche pflegerrelevante Beobachtungen, denn der Leib ist das Medium des

³ Für einen raschen Überblick über die Formen leiblicher Kommunikation siehe Uzarewicz & Uzarewicz, 2005, S. 168.

⁴ Die Inhalte dieses Absatzes hat Charlotte Uzarewicz zusammengefasst und mir zur Verfügung gestellt aus: Uzarewicz & Uzarewicz, 2005, S. 90 ff, S. 150-152.

Ausdrucks in Mimik, Stimme, Gestik, Haltung und Gang. Mithin macht ein anderer Mensch auf mich Eindruck, er hat ein Auftreten und eine Ausstrahlung. „*In ihm (dem Leiblichen) erscheint uns ursprünglich die Person des Anderen, vor aller Unterscheidung von Außen und Innen, Physischem und Psychischem. Dieser Leib, dieses leibliche Wesen mir gegenüber ist der Andere, und nicht nur seine Hülle oder sein Träger.*“ (a. a. O. S. 90). Ich kann am leiblichen Ausdruck viel vom Anderen und seiner Situation erkennen. „*Die Schärfe der gehörten Stimme wird ... ein unangenehmes ‚Zusammenziehen‘ auslösen, die verächtlich-wegwerfende Gebärde die Empfindung des ‚Schrumpfens‘, ein liebevoller Blick hingegen eine leibliche Öffnung und Zuwendung.*“ (a. a. O., S. 246). Diese leibliche Resonanz lässt sich in der Pflege nutzbar machen, indem der Eindruck, den der Andere macht, von mir zunächst einmal leiblich wahrgenommen, gespürt wird. Das heißt aber auch, dass ich als Person Teil dieser Kommunikation bin und mich ihr leiblich nicht entziehen kann. Den unbeteiligten Beobachter gibt es so nicht. Wir kommen am Schluss noch einmal auf diesen Punkt zurück.

Diese pathische Wahrnehmung wird in der Pflege insbesondere dann wichtig, wenn die verbale Kommunikation eingeschränkt ist. Das kann bei kognitiven Einschränkungen der Fall sein, bei Wachkomapatienten, bei schweren Behinderungen, bei neurologischen Erkrankungen, aber auch bei noch nicht sprachfähigen Kindern, bei Sprachbarrieren interkultureller Art oder gar bei Kommunikationsproblemen anderer Ursachen, wie z.B. Ängsten. Hinzu kommt, dass neben anderen auch viele traumatische Erfahrungen im sogenannten Leibgedächtnis oder auch implizitem Gedächtnis (a.a.O., S. 316) gespeichert sind, das sich ebenfalls im leiblichen Ausdruck, in bestimmten Gebärden, Handlungen oder Vermeidungen zeigt. Dies kann bei dementierenden Menschen wertvolle Hinweise auf Bedeutungszuweisungen, Ängste oder Intentionen geben, wenn die sprachliche Verständigung schwierig geworden ist. In leiblicher Kommunikation kann vielen der oft beklagten depersonalisierenden Handlungsweisen gegenüber Menschen mit Demenz begegnet werden.

Das Entfremdungsgefühl im Krankheitserleben

Leiblichkeit ist nichts Materielles, keine feststehende Form, vielmehr ist sie einem ständigen Wandel unterworfen, sie ist ein Prozess im Austausch von Subjekt und Umwelt, die sich gegenseitig durchdringen. In kreativen Phasen des Lebens entwickelt sich eine entfaltete Persönlichkeit mit Wohlbefinden, das durch die Realisierung von Handlungs- und Erlebnismöglichkeiten geschaffen wird. In solchen Phasen sind die Vollzüge der Leiblichkeit vielfach unauffällig und weitgehend automatisch. In krisenhaften Phasen reduziert sich die Person auf eine „primitive Gegenwart“ (Schmitz 2005, Bd. I, § 21, S. 192ff), z.B. auf das ursprüngliche Erleben von Angst und Schmerz. Es liegt nahe, auch den Einbruch von schwerer Krankheit zu derartigen Krisen zu zählen, nicht nur, weil sie häufig mit Angst und Schmerz einhergehen. Sie sind als Leiderfahrung eine existenzielle Herausforderung, die den Menschen vielfach an seine Grenzen bringt in den empfundenen Einschränkungen, den Auswirkungen der Krankheit und ihrer Folgen auf den Lebensentwurf und die persönliche Situation, z.B. Familie und Beruf.

Im Einbruch der Krankheit bricht die gewohnte Wirklichkeit in sich zusammen, die Gegenwart mit all ihren biographischen Prägungen und Erwartungen reißt plötzlich ab und wird zur Vergangenheit, die Zukunft wirkt bedrohlich in die neue Gegenwart der Krankheit hinein.

In gesundem Zustand befindet sich die leibliche Ökonomie in einer beständigen Bewegung zwischen Enge und Weite, die als zusammenhängend und gestaltbar erlebt wird. So wird bei Hunger die entsprechende Leibesinsel im Bauch auffällig und regt zum Handeln an. Im Falle von Krankwerden und Kranksein wird jedoch eine Diskrepanz spürbar: „Demgegenüber tritt in der Erfahrung des Krankseins eine Entzweiung auf, die wir als Fremdwerden des Leibes und das Hervortreten des Körpers aus der Leiblichkeit begreifen können.“ (Fuchs 2000, S. 131). Dabei wird in prominent werdenden Leibesinseln, z.B. durch Schmerzen oder Funktionsausfälle, für den Erkrankten spürbar, wo er sich krank fühle und was er als Entfremdung erlebt: „Der Leib entzieht sich teilweise meiner Verfügung und wird eben dadurch zum Körper, an den ich gebunden bin. ... Einerseits bin oder fühle ich mich krank (leiblich), andererseits habe ich eine Krankheit (körperlich)“ (a.a.O.). Vom Leib sein wechsele ich also changierend zum Körper haben, der durch seine Unzuverlässigkeit und sein partielles Versagen zum mir scheinbar äußerlichen Körper wird.

Bei schweren Krankheiten wird nun häufig das Phänomen beschrieben, dass sich die Menschen quasi aus ihrem Körper zurückziehen und ihn nur noch wie von außen betrachten, z.B. in Berichten zu ihrem Erleben auf Intensivstationen (Morse & O'Brien 1995) oder bei Frauen mit einer Brustamputation (Fesenfeld 2006, S. 256ff). Auch lange nach der akuten Phase kann dies Entfremdungserleben anhalten. So vollziehen viele chronisch Kranke eine Spaltung von Körper und Bewusstsein, um sich vor dieser Unzuverlässigkeit und dem Versagen des Körpers zu schützen, besonders von MS-Kranken wird dies berichtet (vgl. Grypdonck 2005, S. 24f; Hellige 2002). Indem sie den Körper zum Objekt machen, der bearbeitet werden muss, können sie ihr „Ich“ weiterhin als intakt definieren. Damit ergibt sich vielfach eine unheilige Allianz mit den Pflegenden, wenn diese ebenfalls nur die körperliche Dimension sehen. Beide Seiten nehmen die – gesellschaftlich unhinterfragte – dualistische Perspektive der Trennung von Körper und Geist ein, um einen Schutzwall gegen die bedrohliche Krankheit und den unzuverlässigen Körper aufzubauen.

Aus leibphänomenologischer Perspektive kann man sich nicht aus seinem Leib zurückziehen, da er das Wesen eines Menschen ausmacht. Man zieht sich aber auch nicht aus seinem Körper zurück, denn den kann man bei Lichte betrachtet ebenfalls nicht verlassen. Der Kern des Entfremdungserlebens besteht darin, dass ein Erkrankter zwar funktional und materiell in seinem Körper bleibt, ihn aber nicht mehr belebe, sondern ihn zum Objekt mache. Er reduziert damit viel von seiner Leiblichkeit: seinem Antrieb, von seinem Lebensrhythmus auf der Grundlage seiner leiblichen Spannung, die seine Handlungen in die Umgebung trägt. Das ist eine partielle Depersonalisation, die „Ich-Qualität der Wahrnehmung“ (Fuchs 2000 S. 271) fehlt weitgehend. Es ist also nicht ein Rückzug in eine andere, immaterielle Instanz (etwa die Seele), sondern der Verlust gro-

ßer Teile der leiblichen Vitalität. Der Mensch wird insgesamt weniger. Es schält sich also heraus, dass die scheinbare Entfremdung vom Körper eine Schutzreaktion auf den Verlust des ungestörten Leibbewusstseins darstellt.

Leiblichkeit und Pflegehandeln

Die besondere Herausforderung für Pflegehandeln besteht nun darin, dass die Betroffenen diese Rückzugsstrategie in der Regel nicht verbalisieren, sondern dass dieser Verlust an Vitalität und die Veränderungen der Leiblichkeit von den Pflegenden beobachtet und häufig auch in pathischer Wahrnehmung erspürt sowie mitgeteilt werden können, wenn ihnen diesbezüglich ein Vokabular zur Verfügung steht und die Aufmerksamkeit dahingehend geschult ist. Der leibliche Ausdruck der Kranken gibt dazu vielfältig Gelegenheit. Er reicht von mangelnder Spannung, nach unten gerichteter Bewegung, Desinteresse, Fixierung auf anstehendes Krankheitsmanagement (z.B. Mobilisierung, Medikamenteneinnahme, Nahrungszufuhr) und monotoner Wiederholung des Tagesablaufs bis zu einer insgesamt mechanisch wirkenden Gestik und Mimik. Daraus folgt, dass der eigentliche Gegenstand der Pflege nicht der Körper – getrennt von einem „Ich“ – sein kann, sondern der Leib sein muss, in dem alle Lebensvollzüge zusammenfließen und der der Ort für Gesundung und personale Emanzipation ist. In Praxiskonzepten wie der Basalen Stimulation wird diesem Sachverhalt durchaus Rechnung getragen (vgl. Schürenberg 2004), es bleibt hier in der Pflegepraxis jedoch noch sehr viel an fallangemessenen Interventionen zu entwickeln (vgl. Fesenfeld 2006, S. 291 ff).

Das beschriebene Entfremdungserleben bei Erkrankung liefert einen Hinweis für den spezifischen Zugang der Pflege zum Leib. Es macht deutlich, dass gegenüber dem gesunden Zustand etwas fehlt, ein Rückzug und Verlust eingetreten ist. Der Ausgangspunkt der Pflege bei der Unterstützung eingeschränkter oder gestörter Körperfunktionen und Lebensaktivitäten ist unbestritten, aber es reicht offenbar nicht aus, wenn Pflegekonzeptionen dabei stehen bleiben. Fügt man hinzu, den Menschen, der wegen Krankheit, Funktionsverlusten oder Behinderung in seiner Leiblichkeit reduziert ist, nicht nur körperlich-funktional zu unterstützen, sondern auch ihm zu mehr Leiblichkeit und damit Wohlbefinden und letztlich auch Persönlichkeitsstärkung zu verhelfen, ihm seine Leiblichkeit wieder verfügbar zu machen, dann ergäbe sich eine grundlegende Erweiterung pflegerischer Konzeptionen. Leibliche Kommunikation und leibliche Interventionen bieten Pflegenden die Möglichkeit, die persönliche Situation eines Kranken besser einzuschätzen und gezielt zur Förderung der Leiblichkeit beizutragen.

Dazu bedarf es allerdings des Einsatzes der eigenen Person. Grundsätzlich ist dies keine Besonderheit eines leiblichen Pflegeverständnisses. Die eigene Person ist auch bei einem funktionalen Pflegeverständnis nicht auszuschalten, denn leiblich ist man immer, ob man es will oder nicht. Diesem Faktum kann man sich nicht entziehen. Auch wenn ein Pflegender in einer Pflegesituation Ausweichstrategien verfolgt, um der Überlast durch Gefühlsarbeit zu entgehen, bleibt er leiblich in der Situation verhaftet

und muss auch für seine Ausweichstrategien und Verdrängungsleistungen emotionale Energie aufbringen, die ebenfalls zu Stressgefühlen führen können (vgl. Overlander 1994). Es erscheint sinnvoller, von der Tatsache leiblicher Kommunikation auszugehen und die emotionalen Aspekte in Spüren, Verstehen und Handeln einzubeziehen, ohne ein bestimmtes Gefühl – das Mitgefühl – normativ zu verlangen. Es sei daran erinnert, dass die Leibphänomenologie Gefühle nicht als Privatsache sieht, sondern von einem gemeinsamen Gefühlsraum ausgeht. Altruistische Gefühle können so nicht zur Pflicht werden und auch unerwünschte Gefühle sind nicht selbst verschuldet. Vielmehr kann eine Reflexion über die Umstände ihres Auftretens zur Situationsklärung beitragen.

Das konkrete Pflegehandeln ist also eine gemeinsame Situation, in der leibliche Kommunikation zum Leitfaden des Handelns werden kann. Die leiblichen Ökonomien des Patienten und der Pflegenden treten in Kontakt. Pflege könnte so als leiblich orientierter Beziehungsberuf aufgefasst werden. Damit bedarf es keiner besonderen Berufung oder empathischen Beziehungsbereitschaft für die Pflege, sondern einer reflektierten zwischenleiblichen Kommunikation, die angemessenes Pflegehandeln ermöglicht. Die einzige, allerdings wesentliche Bedingung bleibt, dass Pflegende sich auf ihre Leiblichkeit und auf leibliche Kommunikation einlassen. Das bedeutet aber keinen neuen Herrn statt der bisher herrschenden Moral anzuerkennen, sondern es läuft darauf hinaus, die ohnehin immer vorhandenen, aber vielfach übersehenen Aspekte der Leiblichkeit wahrzunehmen und aktiv zu nutzen. Pflegende müssen nicht bessere Menschen als andere sein, sie müssen nur – neben anderen fachlichen Kompetenzen – in leiblicher Kommunikation geschult sein, sie müssen zu leiblicher Hermeneutik befähigt werden. Das bedeutet zunächst nichts anderes, als auf die eigenleiblich gespürten Signale und die Signale des Anderen zu achten und sie vor aller rationalen oder emotionalen Einordnung ernst zu nehmen. Die Reflexivität leiblicher Kommunikation meint keine Metaebene, sondern die Einbeziehung des Erspürten in die Analyse der Situation. Das wäre möglicherweise eine Antwort auf die Frage, wie denn eine fürsorgliche Einstellung in pflegerischen Beziehungen erreicht werden kann, ohne in altruistische Selbstausbeutung und -verleugnung oder die Unwägbarkeiten einer Intimbeziehung zu geraten.

Allerdings darf nicht vergessen werden, dass eine leiborientierte Pflege an dem bisherigen Verständnis von Professionalität kratzt, das – im Anschluss an die dafür viel kritisierte Medizin – einen Ausweg aus der Überforderung durch moralische Ansprüche überwiegend durch kognitiv bestimmtes Handeln und damit die Möglichkeit der Distanz zur Person des Pflegebedürftigen sucht. Dies drückt sich z.B. in der Art des Gebrauchs pflegediagnostischer Instrumente aus, die nicht im Rahmen einer pflegerischen Beziehung eingesetzt werden, sondern quasi als Ersatz der Beziehung, wenn die Pflegenden sich auf einen objektivierenden Blick beschränken. Um einem Missverständnis vorzubeugen sei hinzugefügt, dass nicht die Systematisierung pflegerischen Handelns oder die Einführung bestimmter Techniken zu beklagen sind, sondern ihre Funktionalisierung im Interesse der Vermeidung einer pflegerischen Beziehung zu Patienten. In einer leiborientierten Pflege wird hingegen Nähe gefordert, die sogar beun-

ruhigender sein kann als die Nähe der altruistischen Beziehung, da man selbst als Person präsent sein und sich auf zwischenleibliche Kommunikation einlassen müsste. Zudem könnten im eigenleiblichen Spüren Gefühle und Regungen an die Oberfläche kommen, die man im beruflichen Alltag lieber wegschiebt und vermeidet. Pflege wäre dann nicht mehr nur ein Interaktionsprozess mit hierarchischer und zeitlicher Struktur in Form eines Aktion/Reaktion-Zusammenhangs, Pflege müsste vielmehr als gemeinsame Situation aufgefasst werden, wo es zwischenleibliche Resonanzen, Synchronizitäten, aber auch Widerstände gibt. All das erfordert ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit und zwar nicht nur kognitiv, sondern eben auch leiblich. Diese leibliche Hermeneutik hat eine eigene „Sprache“, in der man sich üben kann, aber auch sollte, denn die Nichtbeachtung dieser Dimension des Menschseins produziert immer wieder Missverständnisse und Fehlverhalten in pflegerischen Interaktionssettings.

Literatur

- Benner, P. (1984): From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company
- Bischoff-Wanner, C. (2002): Empathie in der Pflege. Bern: Verlag Hans Huber
- Elias, N. (1977): Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag
- Elsbernd, A. (2000): Pflegesituationen. Erlebnisorientierte Situationsforschung in der Pflege. Bern: Verlag Hans Huber
- Fesenfeld, A. (2006): Brustverlust. Zum Leib-Erleben von Frauen mit einer Brustamputation. Marburg: Tectum Verlag
- Fuchs, Th. (2000): Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Hellige, B. (2002): Balanceakt Multiple Sklerose. Leben und Pflege bei chronischer Krankheit. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Morse, J. & O'Brien, B. (1995): Preserving self: from victim, to patient, to disabled person. In: Journal of Advanced Nursing, Nr. 21, S. 886 - 896
- Overlander, G. (1994): Die Last des Mitfühlers. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel der Krankenpflege. Frankfurt a. Main: Mabuse Verlag
- Pohlmann, M. (2005): Beziehung pflegen. Eine phänomenologische Untersuchung der Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. Bern: Verlag Hans Huber
- Schmitz, H. (2005): Der leibliche Raum. System der Philosophie, Band III, 1. Studienausgabe. Bonn: Bouvier Verlag
- Schürenberg, A. (2004): Basales Berühren. Ein Entwurf im Ausgang vom Konzept Basaler Stimulation in der Pflege und Phänomenologie der Leiblichkeit. In: Schnell, M. (Hrsg.): Leib. Körper. Maschine. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben, S. 71-103
- Soentgen, J. (1998): Die verdeckte Wirklichkeit. Einführung in die Neue Phänomenologie von Hermann Schmitz. Bonn: Bouvier Verlag
- Strauss, A./Fagerhaugh, S./Suzek, B. & Wiener, C. (1980): Gefühlsarbeit. In: KZfSS, Nr. 32, S. 629-651
- Uzarewicz, Ch. & Uzarewicz, M. (2005): Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für die Pflege. Stuttgart: Lucius & Lucius

Prof. Dr. Martin Moers

Pflegewissenschaft, Hochschule Osnabrück, Fakultät Wirtschaft- und Sozialwissenschaften,
Postfach 1940, 49009 Osnabrück, Moers@wi.hs-osnabrueck.de