

# VERLETZTE LEIBLICHKEIT

Dr. med. Dr. phil. Andrea Moldzio

Eines der interessantesten und herausforderndsten Gebiete psychotherapeutischen Denkens und Handelns stellen Krankheitsbilder dar, bei welchen die Leiblichkeit des Menschen gestört ist. Dies ist beispielsweise bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen der Fall. Diese sind nicht nur für den medizinischen Forschergeist relativ neu, sondern vor allem für den philosophischen Diskurs. Während sich die Philosophen durchaus an die Schizophrenie, Depression und Melancholie heranwagten, blieb der Bereich der Persönlichkeits- und Belastungsstörungen eher ausgespart. Aber gerade bei diesen Patienten bietet sich an, das komplizierte Zusammenspiel von Leib<sup>1</sup> und Körper, Wahrnehmungen und Gefühlen, sowie die auffälligen Beziehungs- und Kommunikationsmuster, einer philosophisch-phänomenologischen Analyse zu unterziehen. Dabei kann die Neue Phänomenologie von Hermann Schmitz eine wertvolle Hilfe leisten. Eine fruchtbare Verknüpfung von Neuer Phänomenologie und Psychiatrie/Psychotherapie kann beide Disziplinen bereichern, indem sie zum einen der Philosophie die Möglichkeit bietet, ihr Begriffssystem an der (pathologischen) Lebenswirklichkeit zu eichen und zum anderen der Psychotherapie die Chance gibt, ihr psychopathologisches Verständnis durch eine differenzierte phänomenologische Analyse noch schärfer und genauer begrifflich zu erfassen.

Ziel des vorliegenden Artikels kann es nicht sein, das breite Feld der Ätiologie, Symptomatik, Psychodynamik und Therapie dieser komplexen Störungsbilder erfassen zu wollen. Statt dessen beschränke ich mich im Folgenden auf die phänomenologische Analyse des Selbstverletzenden Verhaltens als Ausdruck einer verletzten Leiblichkeit.

Besonders Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, Posttraumatischen Belastungsstörung oder artifiziellen Krankheit<sup>2</sup> verletzen sich regelmäßig selbst. Typischerweise fügen sie ihrer Haut mit Rasierklingen, Scherben oder sonstigen scharfen Gegenständen Schnittverletzungen zu. Meist betreffen diese Selbstbeschädigungen nur die Haut an den Extremitäten, seltener werden Rumpf, Hals und Gesicht verletzt.

Es kommen aber auch schwere, tiefliegende Schnittverletzungen bis zur Muskulatur mit Sehnen-, Nerven-, oder Gefäßdurchtrennungen vor. Überwiegend handelt es sich dabei um Menschen (häufiger Frauen), bei denen eine Traumatisierung (meist sexueller Mißbrauch) in der Anamnese vorliegt.

Das Symptom »Selbstverletzendes Verhalten« (Sachsse) steht in einem engen Zusammenhang mit Störungen auf anderen Ebenen (wie z.B. Störungen des Körperbildes, Affekt-, Arbeits- und Beziehungsstörungen) bzw. anderen selbstschädigenden Verhaltensweisen (wie z.B. (para)suizidale Handlungen, Eßstörungen oder Substanzmittelabusus). Durch die meist zu findende Traumaanamnese ist in der persönlichen Situation der Patienten besonders die retrospektive Komponente akzentuiert, die den Menschen geradezu tyrannisieren kann. Die Vergangenheit drängt sich dann in Form intrusiver Phänomene<sup>3</sup> so auf, daß Gegenwart und

Zukunft wie weggeblasen erscheinen und die Erinnerung als herrschende Zeitdimension dominiert.

Wie noch zu zeigen sein wird, imponiert bei der absichtlichen Zufügung von Schmerzen und Verletzungen der eigenen Person besonders der Dialog zwischen Leiblichkeit, Gefühlen und Gedanken. Desweiteren fällt das fast imperativische Angebot eines »interpsychischen« Dialoges auf, da das Motiv der Absichtlichkeit befremdet und zum Nachfragen zwingt. Sich selbst zugefügte Verletzungen erregen mindestens unser Aufsehen, meist sogar unser Unverständnis oder Entsetzen.

Phänomenologisch betrachtet sind Selbstverletzungen im Rahmen psychiatrischer Störungsbilder Ausdruck einer basalen Störung der Leiblichkeit. Das zarte Band<sup>4</sup> zwischen Engung und Weitung ist partiell gerissen, was später noch genauer dargestellt werden soll. Der Patient muß daher die Schwingungsfähigkeit zwischen den beiden Polen mittels Symptombildung aktiv wieder herstellen.

Bei der offenen Selbstbeschädigung wird immer auch die Haut verletzt und ist in den meisten Fällen alleinige Trägerin der Wunden. Dadurch kommt ihr eine ganz besondere Bedeutung für unser Thema zu, welche noch nicht genügend erfaßt wird, wenn man vom »offensichtlichen« Charakter der Haut spricht (vgl. Benthien 1999).

In unserer Alltagssprache verwenden wir häufig unreflektiert Hautmetaphern wie »Ich könnte aus der Haut fahren!«, »Ich fühle mich nicht wohl in meiner Haut!«, »Ich bin mit Haut und Haaren verliebt!« oder »Das geht mir unter die Haut!«. Darin steht die Haut als pars pro toto für die ganze Person. Wenn wir unsere »eigene Haut retten« wollen, meinen wir uns als Ganzes. Unsere Haut geht uns an, betrifft und kennzeichnet uns.

Gleichzeitig gehören die Berührung von Haut und der Blick zu unseren subtilsten Möglichkeiten der Einleibung<sup>5</sup>, die unsere Brücke zum Anderen, zur Welt als solcher, ist.

Die Haut ist Symbol für menschliche Individuation und Identität. Sie ist »Schnitt- und Kontaktfläche zur Welt schlechthin. Unsere Haut zeigt seismographisch unsere uns leiblich ergreifenden Gefühle an, wenn wir z.B. »rot vor Scham« oder »bleich vor Schreck« werden. Gut sichtbar manifestiert sich auf ihr das Verhältnis der Person zu sich selbst und zur Welt.

Bereits für das Neugeborene stellt die Haut, unser anatomisch größtes Sinnesorgan, das Tor zu Welt dar. Durch taktile Berührungen steht es mit der Umwelt im Kontakt. Erste Lust- und Unlustgefühle, die Grenzen des eigenen Körpers, eigenleibliches Spüren werden über die Haut vermittelt. Im psychoanalytischen Sinne ist der frühkindliche Individuationsprozeß die unabdingbare Voraussetzung für spätere Objektbeziehungen.

Diese primäre leiblich-sinnliche Erfahrung kommt in ihrer Bedeutung in Sätzen wie »Das berührt mich zutiefst!« oder »Das ergreift mich!« zum Ausdruck, in denen die emotionalen Zustände mit taktilen Begriffen verbunden werden. Die Proportionalität von Gefühl und Hautbeschaffenheit kommt in den charakteristischen Beschreibungen eines zuviel fühlenden Menschen als »dünnhäutig« und eines zu wenig fühlenden Menschen als »dickhäutig« oder »dickfellig« zum Ausdruck. Dem Dünnhäutigen geht zu vieles zu (haut)nah, wohingegen den Dickhäutigen so schnell kaum etwas berührt. Gefühle werden in unserer heutigen Kultur wie ein Privatbesitz einzelnen Personen zugerechnet. Nach gängiger Meinung können sie zwar im Sinne einer »Gefühlsansteckung« auch auf Andere überspringen und damit zu kollektiven Gefühlen werden, haben jedoch immer ihren Ursprungs- und Zielort in den Personen selbst. Vernachlässigt wird dabei die Interpretation des Gefühls als leiblich ergreifende

Atmosphäre, wie es von Schmitz an zahlreichen Stellen differenziert ausgearbeitet wurde (vgl. 1992 b, S. 107 ff; 1990 b, S. 292 ff; 1981, § 149 ff).

Das Wort »Gefühl«, welches sich im Deutschen erst im 17. Jahrhundert durchsetzte, wurde früher als sinnliches Empfindungsvermögen und Berührung aufgefaßt (Böhme 1997, S. 522). Die »Verseelung« von Gefühlen und Psychologisierung von leiblichen Phänomenen bezeichnet Schmitz als Introjektion der Gefühle und leiblichen Regungen.

Durch die »Verseelung« von Gefühlen werden diese aus ihrem natürlichen leiblichen Sitz gerissen, zu privaten Seelenzuständen zusammengeschürt und der Innenwelt des Einzelnen zugeordnet (vgl. Schmitz 1990 b, S. 17 ff). Nach Schmitz gehört die Introjektion mit dem Psychologismus und Reduktionismus zusammen (vgl. Schmitz 1996, S.75-88).

Im Reduktionismus wird die Außenwelt auf wenige Merkmale, wie z.B. primäre Sinnesqualitäten und Merkmalsträger wie Substanz, Materie, Größe und Form reduziert, die intersubjektiv identifizierbar sind. Der übriggebliebene Rest, wie Gefühle, Verstand, Triebe, Gewissen und leibliche Regungen werden in die Innenwelt, die Seele, abgeschoben. Die Abgrenzung und Zentralisierung des Erlebens des Einzelnen in eine private Innenwelt ist Kennzeichen des Psychologismus.

Zwischen Haut und Gefühlen besteht ein enger Zusammenhang. Daher stellt die Haut ein geeignetes Ausdrucksmedium für die gesamte Befindlichkeit einer Person dar, besonders wenn diese bereits durch eine traumatische Vorgeschichte in ihrer Integrität verletzt wurde. Schnittverletzungen der Haut und ihre nachfolgenden Narben kennzeichnen den gesamten Menschen als beschädigt, verletzt, ohne intakte Schutzhülle. Es werden dabei Spuren hinterlassen, Beschriftungen und Markierungen vorgenommen.

Diese Selbstbeschädigungen gehen einher mit physischen Schmerzzuständen, die mehr oder weniger intensiv erlebt werden. Erstaunlicherweise berichten viele Patienten, unmittelbar nach der Selbstverletzung keine Schmerzen zu empfinden. Das kann als Ausdruck eines Schwundes von Leibinseln<sup>6</sup> verstanden werden.

Die Phänomenologie des Schmerzes ist in den gegenwärtigen philosophischen Debatten kein Thema, schon gar nicht der selbst zugefügte (vgl. List 1999). Aber vielleicht ist das Phänomen Schmerz in Zeiten erfolgreicher medizinischer Schmerzforschung und –therapie auch lediglich zu einem passageren Epiphänomen geworden. Wenn der Schmerz nicht im üblichen Sinne als ein zu eliminierender Störenfried, sondern als ein willkommener, aktiv herbeigeführter und kultivierter Freund und Partner behandelt wird, wie dies beim Selbstverletzenden Verhalten der Fall ist, stellt sich die Frage nach dem Sinn von Schmerzen in einem neuen Licht.

Soziale Akzeptanz findet nur der Schmerz, der entweder schicksalhaft durch Krankheit oder Unfall über uns hereinbricht oder der, den uns Andere, z.B. im Rahmen physischer Gewalt, antun und dem wir passiv ausgeliefert sind.

Obwohl sich gerade beim Schmerzempfinden die leibliche Dimension des Menschen aufdrängt, wird diese Dimension gegenwärtig in der Medizin und in den breitesten Strömungen der Philosophie in einer eigenartigen »Leibvergessenheit« dem Leitbild des neuronalen Menschen untergeordnet. Im Triumph der Naturwissenschaften und des mechanistischen Welt- und Menschenbildes kam es zu Reduktionen, welche die menschlichen Seelen- und Gemütszustände zur Seele privatisierten und leibliche Wahrnehmungen wie auch leibliches Leiden als synaptisches Neuronenfeuer in den Kopf verlagerten. Bis ins frühe 20. Jahrhun-

dert fällt der Ort der Wahrnehmung und Empfindung von Schmerzen ins Gehirn. Trotz inzwischen differenzierter neurophysiologischer und -psychologischer Schmerzforschung in unserer heutigen Zeit steht der Schmerz, getreu dem cartesianischen Dualismus, im Zeichen der Somatisierung.

Im Schmerzempfinden drängt sich uns unser eigener Leib auf, kognitive Prozesse sind bei Schmerzen auf ein Minimum reduziert. Der Schmerz zentriert unsere ganze Aufmerksamkeit. Unser leibliches Dasein drückt sich uns selten so unabweisbar, dominant und die ganze Person ergreifend auf, wie im Schmerzerleben. Oftmals registrieren wir erst dann unsere Körperteile, wenn wir an diesen Schmerzen empfinden. Besonders im akuten Schmerzerleben wird die Leibgebundenheit unserer Existenz quasi auf die Spitze getrieben und versetzt uns schlagartig an die Pole der fünf Dimensionen der primitiven Gegenwart, die zeitlich, räumlich (als Enge), subjektiv, real und eindeutig sind (Schmitz 1997, S. 50 f).

Neben dem eigenleiblichen gespürtwerden von Schmerz hat der Schmerz auch einen kommunikativen Aspekt. Für Wittgenstein ist der Ausdruck von Schmerz nicht nur eine rein persönliche Angelegenheit. Die Aussage »Ich habe Schmerzen!« sei demnach keine Zustandsbeschreibung, sondern eine Kundgabe (Wittgenstein 1958, S. 357 f, S. 402 ff).

So kann Selbstverletzendes Verhalten im therapeutischen Prozeß auch Botschaften auf der Beziehungsebene implizieren. Es kann als Anklage oder Appell an den behandelnden Arzt oder das Team, als Widerstand gegen therapeutische Forderungen, als Aufforderung zu verstärkter Aufmerksamkeit, als Kurzbeschreibung der Befindlichkeit, oder als Mitteilung der empfundenen Hilflosigkeit und Ohnmacht gegenüber den zerstörerischen Mächten in der eigenen Person dienen. Die Bedeutung dieser autoaggressiven Regung bedarf der individuellen Klärung, und ist somit auch immer ein kommunikativer Prozeß. Die Kommunikationspsychologie unterscheidet an jeder Nachricht vier Seiten: Die erste Seite ist die Sachbotschaft (»ich habe Schmerzen«), die zweite die Selbstkundgabe (z.B. »ich fühle mich ohnmächtig und verletzt«), die dritte die Beziehungsbotschaft (z.B. »ihr kümmert euch nicht genug um mich, daher mußte ich mich verletzen«) und die vierte Seite ist der Appell (»nehmt Anteil an meinem Schmerz«) (Schulz von Thun 1988).

Bei Nietzsche steht der Schmerz in engem Zusammenhang mit Schuld und Gedächtnis: In schuldrechtlichen Zusammenhängen wird dem Menschen durch die Zufügung von Schmerz als Strafe ein Gedächtnis gemacht. Schlechtes Gewissen, Schuld, Gedächtnis und Schmerz sind miteinander verknüpft. Das Gegenstück des Gedächtnisses ist die Vergeßlichkeit, welche die seelische Ordnung und Ruhe aufrecht hält.

Noch bevor Freud das Vergessen als Abwehrmechanismus und Schutzfunktion der menschlichen Seele konzipierte, hielt Nietzsche es für ein Zeichen von Kraft, Gesundheit und Überlebensfähigkeit. Diese Funktion des Vergessens scheint bei Patienten mit einer traumatischen Anamnese gestört zu sein. Statt dessen ist das Gedächtnis hypertrophiert, welches bei Nietzsche das Versprochene behält und durch ein »Nicht-wieder-los-werden-wollen« zu einem Gedächtnis des Willens formiert wird. Der Schmerz ist das beste Hilfsmittel für ein Gedächtnis, in dem einige Ideen »unauslöschlich, allgegenwärtig, unvergeßbar, »fix« gemacht werden« (Nietzsche 1887, S. 50). Das Gedächtnis des Schmerzes soll vor allen Dingen in die Zukunft hineinwirken. »Man brennt Etwas ein, damit es im Gedächtnis bleibt: Nur was nicht aufhört weh zu tun, bleibt im Gedächtnis.« (ebd.).

Dieser Zusammenhang ist auch bei traumatisierten Patienten, die sich selbst verletzen, zu finden. Das fast immer vorhandene Gefühl, an den traumatischen Erfahrungen selbst schuld

zu sein, es nicht anders verdient zu haben, führt in Verbindung mit der Erinnerung im Sinne eines intrusiven Phänomens zu einem aktiv herbeigeführten Schmerz. Die Narben der Gewalt sollen als prospektive Komponente der Person auch für die Zukunft erhalten bleiben.

Was bei Nietzsche zwischen Schuldigem und Schuldner externalisiert ist, findet beim Traumatisierten als innerseelischer Dialog zwischen Schuld und Bestrafung, schlechtem Gewissen und Schmerzzufügung statt.

Wenden wir uns nun der neophänomenologischen Betrachtung des Selbstverletzenden Verhaltens zu. Wie kann man den Vorgang leibphänomenologisch dynamisch beschreiben und verstehen?

Vor nachfolgender Analyse sind zuvor einige Erläuterungen zur anthropologischen Dimension des Leibes in der Neuen Phänomenologie notwendig:

Schmitz versteht unter »leiblich« zum einen das Spürbare in der Gegend des eigenen Körpers ohne Zuhilfenahme der fünf Sinne und des perzeptiven Körperschemas, und zum anderen die leibliche Kommunikation, die über das Spüren des eigenen Leibes weit hinausreicht, um mit der Mitwelt in Kontakt zu treten (1992 a, S. 295). Beim eigenleiblichen Spüren gibt es keine Dimensionen wie Länge, Breite und Dicke und keine Lage- und Abstandsbeziehungen oder Flächen.

Der Leib besteht aus prädimensionalem Volumen mit unteilbarer Ausdehnung und Richtung. Die leibliche Dynamik entwickelt sich zwischen den Polen der Weite und Enge. Die Enge des Leibes wird z.B. im Schreck deutlich, wo der Mensch ganz in sich zusammenfährt. Der leiblichen Enge steht die leibliche Weite entgegen, wie sie sich z.B. beim Versinken in den Schlaf, der Wollust oder in Trance äußert.

Die gesunde menschliche Leiblichkeit schwingt zwischen den Polen der Enge und Weite je nach Situation hin und her. Die Leiblichkeit zeichnet sich durch eine spezifische Dynamik aus, die verschiedene Nuancen zwischen den beiden Enden der Enge und Weite annehmen kann. Neben Enge und Weite gibt es noch eine weitere Dimension leiblicher Dynamik, nämlich die protopathische, d.h. diffuse Tendenz und die epikritische, d.h. spitze, genau abgrenzende Tendenz.

Die leibliche Dynamik ist besonders mit dem Leben in primitiver Gegenwart verknüpft. Die primitive Gegenwart ist die momentane Daseinsform eines elementaren Bei-sich-Seins. Der Schreck oder die Angst, die den Menschen auf sich selbst zurückwerfen, sind Beispiele elementar-leiblichen Betroffenseins in primitiver Gegenwart, in denen der Mensch an die Enge seiner leiblichen Gegenwart gefesselt ist. Eine besonnene Differenzierung der aktuellen Situation, z.B. bezüglich Ort, Zeit und Charakter der angst- oder schreckauslösenden Ursache, sind im Daseinsmodus der primitiven Gegenwart nicht möglich. Dies kann erst im Rahmen der entfalteten Gegenwart zur Explikation gebracht werden (Schmitz 1994, S. 110 ff). Erst hier ist eine Objektivierung von Tatsachen, die in primitiver Gegenwart rein subjektiv sind, möglich. Die entfaltete Gegenwart ermöglicht die Rationalität des Menschen, in der er über sich und die Welt Abstand nehmend nachdenken kann. Die primitive Gegenwart des Menschen, die er auch mit den Tieren gemeinsam hat, verweist ihn auf seine naturgegebene Basis. »Das Zusammenschreckenkönnen, das Plötzliche, das Abreißen von Kontinuität in primitiver Gegenwart scheidet das Tier von der Pflanze, die Entfaltung der Gegenwart den Menschen (...) vom Tier.« (ders., 1985, S. 100; 1997, S. 50).

Keineswegs verhält es sich jedoch so, daß die entfaltete Gegenwart der anzustrebende Daseinsmodus des Menschen sein soll und die primitive Gegenwart hingegen zu unterbinden sei. Dies käme einer Verkürzung des Menschenbildes mit dem Primat der Rationalität gleich. Vielmehr sind sowohl die primitive Gegenwart als auch die entfaltete Gegenwart für die Entwicklung der persönlichen Situation des Menschen gleichermaßen wichtig.

Aufgrund meiner Erfahrung in der Behandlung von traumatisierten Patientinnen auf einer psychiatrischen Station erscheinen mir v.a. vier Motive für Selbstverletzendes Verhalten charakteristisch zu sein:

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| 1. Zuviel Druck oder Anspannung                   | <b>(leibliche Ebene)</b>     |
| 2. Übermächtige Gefühle z.B. von Wut, Haß, Schuld | <b>(emotionale Ebene)</b>    |
| 3. Antidissoziativum                              | <b>(kognitive Ebene)</b>     |
| 4. Selbstvergewisserung und -zentrierung          | <b>(existentielle Ebene)</b> |

Die jeweiligen Hauptmotive für Selbstverletzendes Verhalten müssen nicht isoliert vorkommen, sie können auch kombiniert oder abwechselnd auftreten.

Sachsse findet bei seinen Patientinnen noch weitere Auslöser bzw. Funktionen für Selbstverletzendes Verhalten. So kann dieses als Antidepressivum, Antipsychotikum, Suizidprophylaxe, narzißtisches Regulativ oder als Rückzugsmöglichkeit vor sozialem Druck dienen, wobei Sachsse als Auslöser häufig auch Angst vor Objektverlust oder vor Übernahme von Selbstverantwortung findet (Sachsse 1994, S. 42 f; 1989, S. 103 f, S. 113).

Der weitaus am häufigsten genannte Grund für Selbstverletzendes Verhalten ist der, daß sich die Patienten unter einem so großen inneren Druck befinden, daß sie einfach schneiden müssen. Auf Nachfrage beschreiben sie oft einen diffusen Spannungszustand, der sie ganz und gar leiblich ergreife, fast »dem Zerplatzen nahebringe«, und imperativisch nach Entlastung verlange. Man kann dies als eine Extremform leiblicher Enge in primitiver Gegenwart verstehen. Die Patienten befinden sich gewissermaßen ganz am leiblichen Engpol ihres Daseins, wo sie nicht in der Lage sind, besonnen und reflektiert von ihrem autoaggressiven Vorhaben Abstand zu nehmen, sondern ihrer primitiven Gegenwart mit Haut (und Haar) verfallen sind. Erst der Schnitt in die Haut und das Spüren des warmen Blutes auf ihr bringt die ersehnte Erleichterung. Der Schnitt befördert die Patientin ruckartig in einen Zustand leiblicher Weite, in ein Gefühl wohliger Beruhigung und Entspannung. Mit dem Fließen des Blutes ist der Fluß in die leibliche Weite assoziiert. Schmerzen werden dabei meist nicht empfunden. Charakteristisch für diese leibliche Dynamik ist der ruckartige Sprung von der leiblichen Enge in die Weite, ausgelöst durch den abrupten Schnitt. Oftmals bricht die leibliche Anspannung, die Anlaß zur Selbstverletzung gibt, überfallsartig auf die Patienten ein, so daß diese befragt nach dem aktuellen Anlaß des Druckes, häufig sagen: »Ich weiß es nicht. Es kam einfach so über mich.«

Durch die Erfahrung, daß Selbstverletzendes Verhalten Spannungszustände beenden kann, kommt es häufig zu fast süchtiger Chronifizierung der Symptomhandlungen (vgl. Sachsse 1989). Ein differenziertes, situationsadäquates Gleiten auf dem Band zwischen Engung und Weitung ist nicht mehr möglich, da dieses Band bei den genannten Patienten partiell gerissen ist.

Als ein weiterer Grund für Selbstverletzendes Verhalten wird häufig ein unerträgliches Gefühl von Wut, Haß, Trauer, Angst etc. genannt. Diese negativen Gefühle bemächtigen sich in ihrer Dominanz der ganzen Person. Die Patienten beschreiben diesen Zustand folgendermaßen »Ich war so voller Wut!«, oder »Ich bestand nur noch aus Haß und konnte nicht einen einzigen Gedanken mehr fassen!«. Hierbei wird die Verankerung des affektiven Betroffenseins von Gefühlen in der primitiven Gegenwart deutlich. Die absolute Ergriffenheit der Person gegenüber ihren Gefühlen verunmöglicht die besonnene Abstandnahme der personalen Emanzipation. Die Patienten fühlen sich diesen übermächtigen Gefühlen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert. Der Tyrannei seelischer Schmerzen wird ein physischer Gegenschmerz entgegengestellt, der die ganze Aufmerksamkeit auf sich zieht, um den man sich dann »kümmern muß« (wie es einige Patienten ausdrücken). Die protopathische Gefühlsausbreitung in der gesamten Person wird durch ein lokalisiertes physisches epikritisches Schmerzereignis gestoppt. Es findet hier eine schlagartige Verlagerung »protopathischer Gefühlszustände« auf epikritische Leibsensationen statt. Durch die Ablenkung und Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die zu versorgende Schnittverletzung, gelingt es den Patienten, ihren unerträglichen Zustand der affektiven Betroffenheit, dem sie hilflos gegenüberstehen, rasch zu beenden. Es handelt sich hierbei um eine Fokusverschiebung von der in den vitalen Antrieb<sup>7</sup> eingebetteten emotionalen Ebene auf die physische Ebene.

Als drittes Motiv für Selbstverletzendes Verhalten werden seitens der Patienten dissoziative Zustände angegeben. Sachsse geht davon aus, daß Selbstverletzendes Verhalten das beste Antidissoziativum ist. Dissoziative Zustände sind dadurch gekennzeichnet, daß die Patienten »außer sich geraten«. Sie berichten über das Gefühl »neben sich zu stehen«, die Ereignisse um sich herum nur »wie Schatten« wahrzunehmen.

Ein Gefühl für sich selbst oder den Körper fehlt bei Depersonalisationserlebnissen. Bei der dissoziativen Fugue<sup>8</sup> finden sich die Patienten sogar plötzlich an ihnen unbekanntem Orten wieder, ohne zu wissen, wie sie dort hingekommen sind.

Dissoziation steht für eine radikale Abspaltung meist negativer Gedanken und Gefühle von der übrigen Wahrnehmung und dem eigenleiblichen Spüren. Die Patienten befinden sich im wahrsten Sinne des Wortes »im falschen Film«. Die Fähigkeit zur Dissoziation ermöglicht ihnen, eine traumatisierende Situation mit den begleitenden Gefühlen der Ohnmacht oder Hilflosigkeit zu bewältigen. Die Realität wird dadurch verzerrt oder gar nicht mehr wahrgenommen. Die Patienten träumen sich dann einfach weg, in einen tranceartigen Zustand der Weite (vgl. Reddemann und Sachsse 1997, S. 118). Um diese Irrealität des inneren Films zu beenden, machen sie einfach einen Schnitt.

Aus phänomenologischer Sicht sind die Patienten bereits am Endpol leiblicher Weite angelangt, so daß das Selbstverletzende Verhalten als Mittel zur privativen Engung<sup>9</sup> fungiert. Damit kann die leibliche Homöostase kurzfristig wiederhergestellt werden.

Die private Weitung vor dem selbstverletzenden Verhalten wird von den Patienten als sehr beängstigend und bedrohlich erlebt und geht oft einher mit »Selbstberuhigungstechniken« wie z.B. autistischem Schaukeln. Es droht der psychotische Zerfall, die Verselbständigung einzelner Regungen ohne kontrollierbaren Zusammenhalt in der Person (vgl. auch Schmoll 1992). Ein Wieder-zu-sich-Kommen ist nicht auf der kognitiven Ebene möglich, da die Gedanken bereits vollständig entglitten sind, sondern nur auf der leiblich-körperlichen Ebene. Die Dramatik der Selbstverletzung zentriert quasi wieder die außer sich geratene Per-

son. Die Autoaggression stellt in diesem Fall eine enge Kraft dar, die einen ruckartigen Übergang in leibliche Spannung ermöglicht. Aus den Leibinseln kristallisiert sich eine verletzte Leibinsel besonders heraus und dient als Fokus der Aufmerksamkeit. Diese Leibinsel verankert den Patienten wieder in der konkreten Wirklichkeit seiner Selbst- und Weltbezüglichkeit.

Für Schmitz ist diese Form der Selbstverletzung »ein Versuch, die abgespaltenen Tendenzen wieder zur Normalität zusammenzuführen, indem die privativ gewordene, aus dem vitalen Antrieb abgespaltene Weitung an die im Schmerz aufdringlich werdende Enge des Leibes wieder angebunden und die abgesperrte Engung durch Anschluß an die Weitung wieder zu konkurrierendem Mitschwingen gebracht wird« (Schmitz 1992 a, S. 306).

Auch hierbei zeigt sich, daß das Band zwischen Engung und Weitung seiner spielerischen Elastizität beraubt ist und statt gleitender Übergänge nur unvermittelte Sprünge von der Weite zur Enge und umgekehrt möglich sind.

Zuletzt soll als Motiv für Selbstverletzendes Verhalten der Bedarf nach Selbstvergewisserung beschrieben werden.

Von diesen Patienten hört man oft Aussagen wie »Ich fühlte mich wie tot, wie abgestorben!« oder »Ich spürte mich nicht mehr!«.

Durch den epikritischen Schmerz des Hautschnitts und durch das Sehen des fließenden Blutes fühlen sich die Patienten wieder lebendig und wirklich. Das beruhigende Gefühl, daß sie ein Mensch aus Fleisch und Blut sind, müssen sie erst am eigenen Leibe herstellen. Plaßmann (1989) spricht von »toten Zonen im Körper« als Ausdruck eines elementar gestörten Körperbezuges. Im Extremfall kann man auch vom »Körper als toter Zone« sprechen, um den Schwund von Leibesinseln und das Unvermögen zum eigenleiblichen Spüren auszudrücken. Das Selbstverletzende Verhalten ermöglicht durch das Heraustreten einer prominenten Leibesinsel das Gefühl des Existierens, des Noch-Lebendigseins. Der Diffusität des Nicht-mehr-fühlen-Könnens wird mittels Selbstverletzung die Selbstzentrierung entgegengesetzt.

Die phänomenologische Betrachtung der komplexen Motive für Selbstverletzendes Verhalten zeigt, wie leibliche, emotionale, kognitive und existentielle Ebenen mit Störungen der Körperbeziehung und der leiblichen Ökonomie assoziiert sind. Der Körper wird von diesen Patienten häufig als ihnen nicht zugehörig und von ihrem übrigen Dasein abgespalten angesehen. Oder er wird als Projektionsfläche für alles Negative instrumentalisiert. So konkretisierte sich z.B. bei einer sexuell mißbrauchten Patientin die Verschiebung der »schmutzigen« Leidensgeschichte auf ihren Körper, indem sie mehrmals täglich mit der Begründung duschte, daß ihr Körper so schmutzig sei. Eine andere faßte ihr Verhältnis zu ihrem Körper folgendermaßen zusammen: »Das einzige Gefühl, das ich für meinen Körper empfinde, ist Haß. Es ist als ob ich im Körper eines Feindes leben muß«.

Sachsse charakterisiert diese Beziehung zum eigenen Körper als ablehnend, verächtlich und haßerfüllt, als Quelle unlustvoller Spannungszustände und spürbare Manifestation der eigenen Begrenztheit und Insuffizienz (Sachsse 1994, S. 97).

»Der Körper als Objekt« (Hirsch 1989) kann damit nicht mehr als Grundlage für eine gesunde Leiblichkeit dienen. Durch diese fundamentale Störung in der Leiblichkeit ist aber nicht nur das Spüren am eigenen Leib ohne Zuhilfenahme der fünf Sinne gestört, sondern auch die leibliche Kommunikation. Der Leib ist nicht als etwas Statisches oder rein Privates



zu verstehen, das die Grenzen der Person nicht übersteigt, sondern als etwas Dynamisches, Intersubjektives, das mittels leiblicher Kommunikation über das Subjekt hinausgreift.

Nach Schmitz verläuft nicht nur die innerleibliche Dynamik zwischen Enge und Weite dialogisch, sondern auch die intersubjektive.

Das eigenleibliche Spüren kann in einen übergreifenden Leib, der den Anderen mit umfaßt, übergehen. Dadurch wird ermöglicht, daß der Andere am eigenen Leib gespürt wird. Dies bezeichnet Schmitz als Einleibung. In der alltäglichen Lebenserfahrung zeigt sich dieses Phänomen im eigentümlichen Berührtsein durch den Anderen. So kann die ausstrahlende Kälte oder Herzlichkeit eines Menschen von empfänglichen Personen direkt leiblich gespürt werden, indem sich z.B. alles »irgendwie zusammenkrampft« oder man eine angenehme Entspannung oder Erleichterung fühlt. Aber schon das gewöhnliche Sehen geschieht mittels Einleibung, wie Schmitz am gekonnten Ausweichmanöver eines Menschen in einer Gefahrensituation, verdeutlicht (vgl. 1997, S. 52). Leitsymptom der Einleibung ist das Koagieren ohne merkliche Reaktionszeit, da beim plötzlichen Ausweichen einer drohenden Gefahr nicht erst die einzelnen Sinnesinformationen gesammelt, berechnet und anschließend an die Motorik weitergeleitet werden können, sondern fast simultan reagiert werden muß.

Als Ausleibung bezeichnet Schmitz die Aufhebung des innerleiblichen Dialoges zugunsten des Ausströmens von der Enge in die Weite. Diese Form der Ausleibung findet sich z.B. in Trancezuständen oder beim entspannten Liegen in der Sonne, wo der leibliche Dialog mit der Mitwelt wie aufgehoben erscheint. Ein pathologischer Fall von Ausleibung findet sich auch bei den bereits beschriebenen dissoziativen Zuständen. Der vitale Antrieb ist gänzlich auf den Weitepol verschoben, die übrige Welt versinkt in tranceartige Bedeutungslosigkeit. Häufig sind diese Patienten, ähnlich den Schizophrenen in stuporösen Zuständen, auch nicht mehr ansprechbar.

Bei der einseitigen Einleibung, wie sie bei der Faszination oder bei der Hypnose gegeben ist, wird die Dominanzrolle von nur einer Person, z.B. dem Hypnotiseur oder dem faszinierenden Objekt, getragen. Im Gespräch ist die wechselseitige Einleibung das wichtigste Phänomen leiblicher Kommunikation. Sie ereignet sich im Blick, im Händedruck und im nonverbalen Ausdrucksbereich als ein Wechselspiel zwischen den Dominanzrollen. Aus der wechselseitigen Einleibung entspringt die unwillkürliche Du-Evidenz, es mit einer anderen Person zu tun zu haben. Diese Form der Einleibung ermöglicht es, das Erleben des anderen am eigenleiblichen Spüren abzulesen und zu verstehen. Dieses spezifische Verstehen ist jedoch anderer Natur als die Empathie, Projektion oder Nachahmung. Schmitz bezeichnet diesen Vorgang als »sympathetisches Verstehen«, das zeitgleich mitschwingt. Der Dialog von Leib zu Leib ist ein genuiner Verständigungsmodus, der sich durch die Begriffe der verbalen und nonverbalen Kommunikation nicht adäquat erfassen läßt.

Besonders der Blick ist dazu geeignet, die verschiedenen Nuancen der wechselseitigen Einleibung darzustellen. Ein freundlicher, sanfter, unterwürfiger oder erotischer Blick kann als leibliche Richtung den vitalen Antrieb des Menschen übertragen und das Ringen um Dominanz auf der Ebene der leiblichen Dynamik veranschaulichen (Schmitz 1997, S. 84).

Vor allem bei Borderline-Störungen sind die Phänomene der einseitigen und wechselseitigen Einleibung von besonderer Relevanz. Kaum eine andere Patientengruppe vermag via

wechselseitiger Einleibung beim Gegenüber so viele und intensive Gefühle und leibliche Reaktionen hervorzurufen. Diese sogenannten Gegenübertragungsgefühle beim Gegenüber sind oft negativer Natur, geäußert als Ablehnung, Ärger oder Wut. Befragungen von Therapeuten und Ärzten haben ergeben, daß Patienten mit der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die unbeliebtesten Patienten überhaupt sind.

Ähnlich dem von Kurt Schneider beschriebenen »Praecox-Gefühl« für schizophrene Menschen kann man mit einiger Erfahrung auch ein relativ sicheres »Borderline-Gefühl« entwickeln. Was die Psychoanalyse begrifflich als Gegenübertragungsgefühle bei oder Abwehrmechanismen von Borderlinern (wie projektive Identifizierung, Spaltung, Projektion etc.) erfaßt, sind verschiedene Facetten des Phänomens wechselseitiger Einleibung. Besonders nach Selbstverletzungen wird die kommunikative Potenz der Symptomatik deutlich, in der die Aufforderung steckt, den Schmerz zu teilen und zu heilen.

Das Ringen um die Dominanzrolle seitens des Patienten im therapeutischen Kontext kann sich auch in einer manipulativ-agierenden Form der Sprach- und Verhaltensäußerung ausdrücken. So sind auch die mehr oder weniger kleinen Machtkämpfe, Herausforderungen, verbalen und nonverbalen Attacken, emotionalen Wechselbäder u.s.w. »Spiele« wechselseitiger Einleibung.

Die immer wieder beschriebenen Störungen auf der Beziehungsebene und besonders die spezifische Pathologie der Arzt-Patienten-Beziehung sind gleichfalls Ausdruck einer gestörten wechselseitigen Einleibung. Dem Therapeuten fällt dabei die schwierige, anstrengende, aber auch herausfordernde Aufgabe zu, einen therapeutischen Balanceakt der interpersonalen leiblichen Ökonomie herzustellen. Die wechselseitige Einleibung kann sich aber auch, bei Fehlen eines geeigneten Partners zur Auseinandersetzung auf den eigenen Leib und Körper hin verlagern. In diesem Sinne kann Selbstverletzendes Verhalten auch als Verschiebung interpersonaler leiblicher Kommunikation auf eine intrapersonale Ebene verstanden werden. Der Leib wird dann stellvertretend zum Partner (vgl. Blankenburg 1983, 1998).<sup>10</sup>

Diesen Sachverhalt beschreibt Schmitz anhand einer phänomenologischen Fallanalyse folgendermaßen: »Die von außen abgewiesene, bezugslos gewordene Einleibung wendet sich nach innen, in den eigenen Leib; eine eigene Leibinsel wird ihr zum Partner...« (1992 a, S. 307).

Somit ist Selbstverletzendes Verhalten Ausdruck einer pathologischen leiblichen Kommunikation. Ein adäquates und förderliches Gegenüber, sei es im eigenleiblichen Spüren oder in der leiblichen Kommunikation mit einem Partner, fehlt, so daß als ultima ratio die eigene Leiblichkeit verletzt wird.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß Selbstverletzendes Verhalten im Rahmen der beschriebenen Krankheitsbilder Ausdruck einer komplexen Störung auf der leiblichen, emotionalen, kognitiven und/oder existentiellen Ebene ist, wobei die Ebenen ineinander übergehen und nicht scharf von einander zu trennen sind. Primär ist jedoch die Leiblichkeit gestört. Desweiteren kommt es zu Verschiebungen der zeitlichen Dimensionen in der persönlichen Situation<sup>11</sup> des Patienten im Sinne einer Überakzentuierung der retrospektiven Komponente, welche durch ihre aggressive Dominanz die präsentischen und prospektiven Komponenten überlagert.

Die stets zu findende gestörte Beziehung zum eigenen Körper verläuft parallel zu einer fundamentalen Störung in der Leiblichkeit des Patienten. Diese manifestiert sich zum einen in einer Störung des vitalen Antriebs in Form eines partiellen Risses des zarten Bandes zwischen Engung und Weitung.

Die Dissoziation des leiblichen Bandes versuchen die Patienten mittels Selbstverletzendem Verhalten ruckartig zu korrigieren. Die spielerische Selbstverständlichkeit und Leichtigkeit leiblicher Dynamik ist ihnen abhanden gekommen und muß erst unter großen Anstrengungen immer wieder neu hergestellt werden. Zum anderen drückt sich die leibliche Störung auch auf der Beziehungsebene aus, woraus sich vielfältige pathologische Formen wechselseitiger Einleibung sowie der Ausleibung von Mitwelt ergeben.

Darüber hinaus bietet die begriffliche Erfassung der gestörten leiblichen Dynamik neben einer differenzierteren Diagnostik und einem vertieften Verständnis des Patienten auch vielfältige und innovative Möglichkeiten für eine Bereicherung der Therapie.

Die Entwicklung einer leiborientierten Therapie für diese Patienten auf der Grundlage der Neuen Phänomenologie, würde jedoch Rahmen und Zielsetzung dieser Arbeit sprengen und bleibt zukünftigem Forschen vorbehalten.

### Anmerkungen

- <sup>1</sup> Der Leib ist bei Schmitz im Gegensatz zum Körper etwas, was man ohne Zuhilfenahme der fünf Sinne in der Gegend des eigenen Körpers von sich spürt. Das Gespürte ist eine leibliche Regung, die auch über die Körpergrenzen hinausgehen kann (vgl. Schmitz 1990 b, S. 115 ff; 1998, § 43; 1999, S. 198 f).
- <sup>2</sup> Unter einer artifiziellen Krankheit versteht man »die medizinische Präsentation heimlich selbstinduzierter körperlicher Krankheit als Symptomhandlung einer psychischen Problematik ohne wesentliche Tendenz zur Pseudologia phantastica oder zur Antisozialität« (Platzmann 1989, S. 132).
- <sup>3</sup> Intrusionen sind flash-backs der traumatischen Situationen, bei denen es zu Traumareaktivierung mitsamt den dazugehörigen Bildern, Gefühlen, Worten und Körpersensationen kommt.
- <sup>4</sup> Enge und Weite sind nach Schmitz die wichtigsten Dimensionen des leiblichen Befindens mit den gegenläufigen Tendenzen der Engung und Weitung (vgl. Schmitz 1990 b, S. 122).
- <sup>5</sup> Unter Einleibung versteht Schmitz eine alltäglich geschehende Verschmelzung auf einander eingespielter oder sich einspielender Leiber (vgl. Schmitz 1992 b, S. 55 ff; 1990 b, S. 137).
- <sup>6</sup> Der Leibinselschwund zeichnet sich durch die »Empfindung einer Empfindungslosigkeit« der jeweiligen Leibinsel aus und ist Folge übermäßiger Spannungszustände, wie sie beispielsweise bei starken Angstzuständen vorkommen. Leibinselbildung hingegen senkt die Spannung (vgl. Schmitz 1998, § 54; 1992 b, S. 51 f).  
Bei den Leibinseln ist der räumliche Zusammenhang des Körpers zugunsten einem »Gewoge verschwommener Inseln« in unetwiger Abfolge aufgehoben. Diese wandelbaren und in ihren Konturen unscharfen Leibinseln können durch eigenleibliches Spüren wahrgenommen werden (vgl. Schmitz 1998, § 44 c; 1990 b, S. 119).
- <sup>7</sup> Nach Schmitz ist der vitale Antrieb die Hauptachse der leiblich spürbaren Dynamik. Er besteht aus zwei gegenläufigen Impulsen, der Engung und der Weitung (vgl. Schmitz 1999, S. 32, S. 111 ff).
- <sup>8</sup> Die dissoziative Fugue ist gekennzeichnet durch ein plötzliches, unerwartetes Weggehen von zu Hause oder vom Arbeitsplatz, verbunden mit der Unfähigkeit sich an seine Vergangenheit zu erinnern (Fiedler 1999, S. 104).
- <sup>9</sup> Unter privativer Engung bzw. privativer Weitung versteht Schmitz Abspaltungen des vitalen Antriebs in Richtung Engung bzw. Weitung. Schreck ist ein Beispiel für privative Engung und die Erhabenheit eines schönen Musikstückes für privative Weitung (vgl. Schmitz 1996, S. 37; 1990 b, S. 490 ff).
- <sup>10</sup> Nach Blankenburg kann der Leib als Partner die Stelle der Welt besetzen. Der Hypochonder verdeutlicht eindrucksvoll, wie die leibliche Binnenwelt zur Welt schlechthin wird und die reale Umwelt und Mitwelt dahinter verblassen.
- <sup>11</sup> Vergleiche zum Begriff der persönlichen Situation: Schmitz 1999, S. 107-114; 1990 b, S. 166 ff.

Bibliographie

- Benthien, C. (1999). Haut. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbek.
- Blankenburg, W. (1998). Phänomenologie der Leiblichkeit als Grundlage für ein Verständnis der Leib-  
berfahrung psychisch Kranker. *Daseinsanalyse*, 6: S. 161–193.
- Blankenburg, W. (1983). Der Leib als Partner. *Psychother. Med. Psychol.* 33, S. 206–212.
- Böhme, H. (1997). Gefühl. Vom Menschen. *Handbuch Historische Anthropologie*.
- Wulf, Ch. (Hg.) Beltz. Weinheim.
- Fiedler, P. (1999). Dissoziative Störungen und Konversion. Beltz. Weinheim.
- Hirsch, M. (1989). Der eigene Körper als Übergangsobjekt. In: Hirsch, M. (Hg.). *Der eigene Körper  
als Objekt*. Springer. Berlin.
- List, E. (1999). Schmerz. In: *Deutsche Zeitschrift für Philosophie*, Berlin 47, 1999 (5), S. 763–779.
- Nietzsche, F. (1887). *Zur Genealogie der Moral*. Reclam. Stuttgart 1988.
- Platzmann, R. (1989). Artificielle Krankheiten und Münchhausen-Syndrome. In: Hirsch, M. (Hg.).  
*Der eigene Körper als Objekt*. Springer. Berlin.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1997). Stabilisierung. In: *Zeitschrift Persönlichkeitsstörungen. Theorie  
und Therapie*. Schattauer. Stuttgart.
- Sachsse, U. (1994). *Selbstverletzendes Verhalten*. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.
- Sachsse, U. (1989). »Blut tut gut«. Genese, Psychodynamik und Psychotherapie offener Selbstbeschä-  
digungen der Haut. In: Hirsch, M. (Hg.). *Der eigene Körper als Objekt*. Springer. Berlin.
- Sachsse, U. (1998) *Zeitschrift Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*. Schattauer. Stuttgart.
- Sachsse, U. Schmitz, H. (1999). *Der Spielraum der Gegenwart*. Bouvier. Bonn.
- Sachsse, U. (1998). *System der Philosophie*. Band II, 1. und 2. Teil: Der Leib. Bouvier. Bonn. 1. Teil  
1965, 2. Teil 1966, 3. Aufl. für beide Teile 1998.
- Sachsse, U. (1997). *Höhlengänge*. Akademie Verlag. Berlin.
- Sachsse, U. (1996). *Husserl und Heidegger*. Bouvier. Bonn.
- Sachsse, U. (1994). *Neue Grundlagen der Erkenntnistheorie*. Bouvier Verlag. Bonn.
- Sachsse, U. (1992 a). Psychotherapie als leibliche Kommunikation. *Integrative Therapie* 3/92, S. 292–  
313. Junfermann. Paderborn.
- Sachsse, U. (1992 b). *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Junfer-  
mann. Paderborn. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage.
- Sachsse, U. (1990 a). *System der Philosophie*. Band IV: Die Person. Bouvier. Bonn. 2. Aufl. 1990.
- Sachsse, U. (1990 b). *Der unerschöpfliche Gegenstand*. Bouvier. Bonn.
- Sachsse, U. (1985). Phänomenologie der Leiblichkeit. In: Petzold, H. (Hg.). *Leiblichkeit, philosophi-  
sche, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. Jungfermann. Paderborn.
- Sachsse, U. (1981). *System der Philosophie*. Band III, 2. Teil: Der Gefühlsraum. Bouvier. Bonn. 3.  
Aufl. 1998.
- Sachsse, D. (1992). Vom symbiotischen Leib zum zerschnittenen Körper. *Fundamenta Psychiatrica*  
4/92. Schattauer. Stuttgart.
- Schulz von Thun, F. (1988). *Miteinander reden*. Rowohlt. Reinbek.
- Wittgenstein, L. (1958). *Philosophische Untersuchungen*. Suhrkamp. Frankfurt. 7. Aufl. 1990.

© Dr. med. Dr. phil. Andrea Moldzio  
Klinikum Nord Hamburg Ochsenzoll  
Langenhorner Chaussee 560  
22419 Hamburg