

Körperschmerz als verborgenes Wissen

Explorative theologische Überlegungen auf gefährlichem Terrain

Maximilian Schell

1. Einleitung

Wer sich intensiv mit dem Phänomen Schmerz beschäftigt, wird nach einiger Zeit zu einer simplen und zugleich folgenreichen Beobachtung kommen: Es gibt ihn nicht, *den* Schmerz. Will man ein metatheoretisches und kohärentes Schmerzmodell formulieren, sieht man sich mit einer ungeheuren Komplexität und Mehrdimensionalität des Phänomens Schmerz konfrontiert. Treffend beschreibt Marni Jackson den Prozess der Auseinandersetzung mit dem Thema als Ausflug in nahezu jede Disziplin: »All I had to do was acquire a working knowledge of physiology, neurology, psychology, philosophy, pharmacotherapy, Chinese medicine, molecular biology, and acupuncture while browsing through the canon of Western literature.«¹

Vor dem Hintergrund dieser Diskursfülle und Heterogenität des Phänomens entfaltet der vorliegende Beitrag keine kohärente systematisch-theologische Schmerztheorie, sondern zeigt vielmehr punktuell gegenwärtige Perspektiven und Umgangsweisen mit dem Thema Schmerz auf, die neue Impulse innerhalb der theologischen Diskurslandschaft setzen könnten. Im Mittelpunkt der explorativen theologischen Auseinandersetzung stehen Ansätze der Körperpsycho- und Traumatherapie, die die Arbeit mit dem Körper und Körperschmerzen als Ausgangspunkt ihrer therapeutischen Maßnahmen setzen. Dabei offenbart die direkte Begegnung mit dem Körperschmerz nicht selten »verborgenes Wissen« und bis dahin unbewusste Erinnerungen, die sowohl körperlich als auch mental neu verarbeitet werden können. Die Körperansätze sind dabei eingebettet in das bisher außermedizinisch wenig rezipierte bio-psycho-soziale Krankheits- und Gesundheitsmodell, welches – in Ergänzung zu leibphänomenologischen und Embodiment Ansätzen der Gegenwart – neue Perspektiven auf die Verwobenheit

1 Jackson, Marni: *Pain. The Science and Culture of why we hurt*, London: 2003, S. vii.

somatischer und mentaler Prozesse des menschlichen Organismus wirkt und die »Body-Mind-Unity« in den Mittelpunkt der Überlegungen stellt.

Eine Rezeption solcher Ansätze bewegt sich dabei in mehrerlei Hinsicht auf gefährlichem Terrain. *Einerseits* könnte der Eindruck erweckt werden, dass jeglicher Körperschmerz als Symptom einer psychischen Verletzung verstanden wird. Dies soll nicht der Fall sein, da die Rezeption der Ansätze nicht impliziert, dass jeder Körperschmerz psychotherapeutisch und nicht medikamentös aufzulösen sei oder Schmerz *per se* auf einen tieferen Grund, unverarbeitete biografische Erlebnisse oder gar Schuld verweisen würde. Schmerz wäre so verstanden ein prinzipiell zu bejahender Begleiter und Wegweiser für tiefe Erfahrung und Heilung. Diese Gefahr der Glorifizierung und Simplifizierung des Schmerzes deutet auf einen seit mehreren Jahrzehnten geführten Diskurs hin, der in einem ersten Schritt zum Zwecke einer angemessenen Verortung des Dargestellten skizzenhaft vorgestellt wird. *Andererseits* handelt es sich nach meiner gegenwärtigen Kenntnis sowohl bei körperpsychotherapeutischen Ansätzen wie auch beim bio-psycho-sozialen Modell um bisher wenig beachtete Konzepte innerhalb der deutschsprachigen Theologie. Körperpsychotherapeutische Verfahren verbinden dabei verschiedene Prämissen sowohl des bio-psycho-sozialen Modells, als auch philosophischer und psychologischer Verkörperungstheorien, als auch der Leibphänomenologie. Alle drei Zugänge fokussieren unterschiedliche Dimensionen einer Anthropologie, die Körper-Geist- oder Leib-Seele- oder Körper-Leib-Trennungen zu überwinden versucht,² wobei bisher v.a. die Leibphänomenologie und die Embodiment Ansätze theologisch aufgegriffen und diskutiert wurden.³ Es kann also einerseits angeknüpft werden an bisherige theologische Auseinandersetzungen mit der Leibphänomenologie und dem Verkörperungsdiskurs, andererseits wird die theologische Auseinandersetzung in Bezug auf das bio-psycho-soziale Modell und körperpsychotherapeutische Verfahren eher fragend und explorativ bleiben.

2 Eine kritische Betrachtung der unterschiedlichen Differenzierungen und Semantiken sowie eine Darstellung der beiden letztgenannten Zugänge würde den Rahmen des vorliegenden Beitrags sprengen.

3 Eine theologische Perspektivierung der Embodiment Theorien liefern bspw. Etzelmüller, Gregor/Weissenrieder, Annette (Hg.): Verkörperung als Paradigma theologischer Anthropologie, Berlin/Boston: 2016. Eine systematisch-theologische Auseinandersetzung mit leibphänomenologischen Perspektiven bieten beispielsweise Rieger, Hans-Martin: Leiblichkeit in theologischer Perspektive, Stuttgart: 2019; Körtner, Ulrich H. J.: Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen, Göttingen: 2010; Sigurdson, Ola: Heavenly Bodies. Incarnation, the Gaze, and Embodiment in Christian Theology, Michigan: 2016; praktisch-theologisch vgl. Karle, Isolde: Liebe in der Moderne. Körperlichkeit, Sexualität und Ehe, Gütersloh: 2014, S. 13-67.

2. Schmerzinterpretationen im Spannungsfeld von Algophobie und Algodizee

Es gibt ein breites Spektrum verschiedener Schmerzinterpretationen und entsprechend viele Plädoyers für einen »guten« Umgang mit Schmerz. Das Spektrum spannt sich vereinfacht gesagt zwischen dem Pol einer radikalen Kulturkritik einerseits und dem Pol eines Lobes auf die gegenwärtigen zivilisatorischen Entwicklungen andererseits auf.

So wird etwa am kulturkritischen Ende des Interpretationsspektrums der westlichen Gesellschaft und Kultur eine *Algophobie*, eine Schmerzensangst und gewissermaßen ein Schmerzbewältigungswahn attestiert. Das primäre Ziel des gesellschaftlichen und institutionellen Lebens sei momentan die unbedingte Vermeidung, Anästhesierung und Medikalisierung von Schmerz. Negative Widerfahrnisse dürften für die algophobe Gesellschaft schlichtweg nicht sein und würden betäubt oder unterdrückt, was letztlich zu einer »Hegemonie des biomedizinisch-reduktionistischen Verständnisses von Krankheit«⁴ führe. Dagegen sehen die Kulturkritiker*innen vor allem im Aushalten und Umgehen von Schmerzen eine notwendige menschliche Fähigkeit begründet, die es ermögliche, sich als sensibles, verletzbares, leidensfähiges, fühlendes, pathisches Wesen wahrzunehmen.⁵

Auf dieser Argumentationslinie interpretieren etwa einige Autor*innen der Leibphänomenologie⁶ die Erfahrung des Schmerzes als notwendigen Bestandteil der menschlichen Existenz und Subjektivität und diagnostizieren innerhalb der westlichen Gesellschaft eine Entfremdung des Subjekts vom eigentlich tragenden Leiberleben.⁷ Schmerz gilt demnach als ein Widerfahrnis, welches die Unver-

-
- 4 Grüny, Christian: *Zerstörte Erfahrung. Eine Phänomenologie des Schmerzes* (Wittener Kulturwissenschaftliche Studien 4), Würzburg: 2004, S. 260. Klassisch für das kulturkritische Motiv ist die Studie des niederländischen Arztes und Philosophen Buytendijk, Frederik J. J.: *Über den Schmerz*, Bern: 1948. Vgl. weitergehend auch Grüny, Christian: »Vom Nutzen und Nachteil des Schmerzes für das Leben«, in: Rainer-M. E. Jacobi/Bernhard Marx (Hg.), *Schmerz als Grenzerfahrung*, Leipzig: 2011, S. 39-57.
 - 5 Vgl. etwa Illich, Ivan: *Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens*, München: 1995, S. 109: »Mit steigenden Graden der von außen induzierten Schmerzunempfindlichkeit schwindet gleichermaßen auch die Fähigkeit, die einfachen Freuden und Vergnügungen des Lebens zu genießen.« Vgl. auch das im Zuge der Coronakrise erschienene Buch des koreanisch-deutschen Philosophen Byung-Chul Han, *Palliativgesellschaft. Schmerz heute*, Berlin: 2020.
 - 6 Zu nennen wären hier etwa Hermann Schmitz, Gernot Böhme und Thomas Fuchs.
 - 7 Im Folgenden nutze ich den Doppelbegriff *Leib und Körper* als provisorisches, nicht immer ganz trennscharfes Hilfsmittel zur deskriptiven Unterscheidung der Perspektiven im Wechsel zwischen erster und dritter Person, zwischen Subjekt und Objekt. Während der Begriff *Leib* auf die erlebte Innenseite im Modus der ersten Person verweist, hebt der Begriff *Körper* als Objekt auf die Perspektive der dritten Person ab. Ein Körper kann dabei einerseits im Raum lokalisiert und durch wissenschaftliche Methoden erfasst und gemessen werden,

fügbarekeit und pathische Existenzweise des Menschen hervorhebt und auf die Leiblichkeit des Erkenntnissubjekts, sogar auf die Vernunft des Leibes selbst verweist.⁸ Es verwundert daher nicht, dass Phänomenologen wie Gernot Böhme gar von »der Geburt des Subjekts aus dem Schmerz«⁹ sprechen können. Schmerzerfahrungen, denen eine Flucht tendenz bei gleichzeitiger Unmöglichkeit von Flucht inhärent ist, machen unmittelbar deutlich, »dass es um mich geht« und verweisen nach Böhme auf die »betroffene Selbstgegebenheit« des Menschen.¹⁰ Schmerzen zeigen nach Böhme die Grenzen der menschlichen Machbarkeit und Selbstkontrolle auf und sind damit notwendiger Bestandteil menschlicher Existenz. Gemäßigt kulturkritisch stellt sich Böhme daher gegen die cartesische Trennung des autonomen Ichs vom Körper, die »die Instrumentalisierung des Körpers(,) zur trivialen Alltagsrealität gemacht«¹¹ hat und fordert, dass die pathische Existenzweise nicht durch neue technologische und genmedizinische Machbarkeiten in Vergessenheit gerät. Erst durch eine anzueignende Vertrautheit mit dem eigenen Leib kann der Mensch wirklich mündig werden und Entscheidungen treffen, inwiefern der eigene Leib als Körper zum Objekt gemacht werden soll und muss. Lässt sich systemtheoretisch das Paradox der Gleichzeitigkeit von *Körperaufwertung und Körperverdrängung* in funktional differenzierten Gesellschaften beschreiben,¹² diagnostizieren Vertreter der phänomenologisch normativen Entfremdungsthese wie Gernot Böhme oder Thomas Fuchs¹³ die Gleichzeitigkeit von *Körperkult und Leibverachtung*. Schmerz werde demnach nur unter den Bedingungen der Körperoptimierung zugelassen. Die Instrumentalisierung und Verdinglichung des Körpers vollziehe sich durch sexualisierte Körperbilder, Selbstmodellierungen und Body-Building. Unterlegt wird diese Diagnose mit dem Plädoyer einer Rückgewinnung ganzheitlicher Leiblichkeit u.a. im Modus pathischer Existenzweise.¹⁴

andererseits kann der Leib aus der Perspektive der ersten Person selbst verobjektiviert und zum dinglichen Körper werden – etwa im Rahmen einer Konsultation des Arztes, bei dem ein Schmerz lokalisiert und kontrolliert wird. Dass diese Differenzierung nicht zu einer normativen Abwertung des Körpers gegenüber dem Leib führen sollte, wird im Folgenden zu thematisieren sein. Eine kritische Perspektivierung der Differenzierung kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht erfolgen. Vgl. grundlegend Plessner, Helmut: Die Stufen des Organischen und der Mensch, Berlin/New York: 1975; H.-M. Rieger: 2019, S. 37ff.

8 Vgl. zur Einführung näher ebd., S. 35–73.

9 Böhme, Gernot: Ethik leiblicher Existenz, Frankfurt a.M.: 2008, S. 141ff.

10 Vgl. ebd., S. 156.

11 Ebd., S. 185.

12 Vgl. etwa Lewandowski, Sven: Sexualität in den Zeiten funktionaler Differenzierung. Eine systemtheoretische Analyse, Bielefeld: 2004.

13 Vgl. Fuchs, Thomas: »Zwischen Leib und Körper«, in: Martin Hähnel/Marcus Knaup (Hg.), Leib und Leben. Perspektiven für eine neue Kultur der Körperlichkeit, Darmstadt: 2013, S. 82–93.

14 Ebd., S. 92: »Eine neue Diätetik, eine Kunst leiblicher Lebensführung, die wir wieder neu erlernen müssten, bestünde zunächst in der Bereitschaft, sich auf das spontane Werden des

So sehr die Beobachtungen einige problematische Tendenzen moderner Gesellschaften auch erfassen, so deutlich liegt zugleich die Gefahr der Glorifizierung von Schmerz im Sinne einer Algodizee – einer Rechtfertigung oder gar Gerechtigkeit des Schmerzes – auf der Hand. Der »Körper« wird tendenziell abgewertet und gegen den »Leib« ausgespielt. Jede Form von Medikation und aktiver Schmerzlinderung gerät in den Verdacht, zur Entfremdung des Selbst von sich selbst beizutragen. Schmerzbekämpfung als solche könnte vorschnell verdammt und das Ertragen des Schmerzes zum höchsten Wert an sich glorifiziert werden.¹⁵ Dass der Körper als »gegenständlich-erfahrbarer Körper bereits phänomenal zum Leib gehört – als widerständige Wirklichkeit und auch als Gegenstand des leiblichen Sorgens«¹⁶ – gerät aus dem Blick. Auf der anderen Seite des Interpretationsspektrums lassen sich entsprechend Positionen ausmachen, die sich gegen eine simplifizierende Algodizee wehren und die zunehmenden Möglichkeiten der Schmerzlinderung und -bekämpfung in unterschiedlicher Radikalität bejahen und würdigen. Programmatisch formuliert der Philosoph Christian Grüny: »Wer die Erfindung der Äthernarkose für einen kulturellen Sündenfall hält, weiß nicht, wovon er spricht.«¹⁷ Zudem wird die einseitige Sinnzuschreibung einer Algodizee, die den Schmerz als Initiator einer tiefen und ernsthaften Lebenskunst sieht, emphatisch abgelehnt mit dem Hinweis darauf, dass Schmerz auch schlichtweg sinnlos sein kann.¹⁸

Die beiden schematisch dargestellten Pole des Spektrums spannen das Terrain der Schmerzinterpretationen auf und verweisen zugleich auf wichtige Fragestellungen und Problemfelder: Die Anfragen an ein potenziell verobjektivierendes, mechanistisch-reduktionistisches Menschenbild im Medizinsystem, einen Leibverlust durch eine fortschreitende Medikalisierung des Lebens und einen utopischen Gesundheitsbegriff sind ebenso in den Blick zu nehmen wie die Kritik an einer simplifizierenden Sinnzuschreibung oder gar Glorifizierung von Schmerz. Die folgende Darstellung körperpsychotherapeutischer Ansätze weiß um dieses

Leibes einzulassen, statt alles machen zu wollen; und sie bestünde darin, das Sein wieder über das Haben zu stellen.« Vgl. auch H.-M. Rieger: 2019, S. 10f.

15 Vgl. Ch. Grüny: 2004, S. 260.

16 H.-M. Rieger: 2019, S. 11 mit Verweis auf Plügge, Herbert: Der Mensch und sein Leib (Forschungen zur Pädagogik und Anthropologie 9), Tübingen: 1967.

17 Ebd., S. 261. Vgl. für weitere Positionen beispielweise Melzack, Ronald/Wall, Patrick D.: The Challenge Of Pain, London: 21996; Azoulay, Isabelle: Schmerz. Die Entzauberung eines Mythos, Berlin: 2000.

18 Vgl. Ch. Grüny: 2011, S. 49-57, der differenziert die zahlreichen Schmerzinterpretationen und Sinnzuschreibungen Friedrich Nietzsches untersucht, die sich je nach seiner biografischen Situation veränderten. Vgl. aus theologischer Perspektive etwa. Schneider-Flume, Gunda: Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens, Göttingen: 2002; Karle, Isolde: »Sinnlosigkeit aushalten! Ein Plädoyer gegen die Spiritualisierung von Krankheit«, in: Wege zum Menschen 61 (2009), S. 19-34.

schwierige Spannungsfeld. Die Ansätze verweisen auf *einen* möglichen und der Situation hoffentlich angemessenen Schmerzzugang, der zugleich deutlich und paradigmatisch vor Augen führt, wie eng die Verweisungszusammenhänge zwischen »Körper« und »Geist«, zwischen somatischen und psychischen Prozessen, zwischen Körperhaltung, Kognition und Erinnerung sein können.

3. Das bio-psycho-soziale Modell und körperpsychotherapeutische Ansätze

Die körperpsychotherapeutischen Ansätze sind anthropologisch eingebettet in das seit ca. 30 Jahren in medizinischen und psychologischen Fachkreisen immer breiter rezipierte »(erweiterte) bio-psycho-soziale Modell«, das den Menschen in seiner »Body-Mind-Unity« zu beschreiben versucht.¹⁹ Grundlegend für diese anthropologische Metatheorie ist die »systemtheoretische Konzeption einer Körper-Seele-Einheit«²⁰ sowie ein mehrdimensionales Krankheitsverständnis durch Einbezug von biologischen Aspekten, psychischen Dimensionen und öko-sozialen Lebenswelten.

Im Kern wird die Natur und Umwelt des Menschen als eine interdependente Hierarchie von Systemen verstanden, wobei komplexere und größere Einheiten über den weniger komplexen angeordnet sind (bspw. Gewebe – Organe – Person – Zwei-Personen-Beziehung – Familie – Gemeinschaft usw.). Eine Veränderung auf einer Hierarchieebene hat unmittelbare Folgen auf die angrenzenden Systemebenen aufgrund horizontaler und vertikaler Vernetzungen.²¹ Entscheidend für das Verständnis des Menschen als »Körper-Geist-Einheit« bzw. für ein Verständnis der Wechselwirkungen zwischen geistigen Phänomenen einerseits und körperlichen Phänomenen andererseits ist dabei der Begriff der *Emergenz*. Emergenz wird verstanden als »das Hervorbringen von Phänomenen, die auf der jeweils darunter liegenden Systemebene nicht vorhanden sind und deswegen dort auch nicht als Erklärungsgrundlagen zur Verfügung stehen.«²² Ein Gedanke als mentales Phänomen ist damit relativ zum Nervensystem emergent, d.h. er ist »zwar bestimmt durch und auch erzeugt von physiologischen und physiko-chemischen Ereignissen«²³, jedoch nicht allein durch diese erklärbar. »Auf der psychologischen Ebene

19 Vgl. Egger, Josef W.: Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung, Wiesbaden: 2015. Inwiefern das ursprüngliche bio-psycho-soziale Modell innerhalb der letzten Jahrzehnte erweitert und modifiziert wurde, kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht erörtert werden.

20 Ebd., S. 53.

21 Vgl. ebd., S. 55-60.

22 Ebd., S. 86.

23 Ebd.

entstehen Phänomene, die wir als solche auf der physiologischen Ebene nicht erkennen können. (...) Es ist eine Subjekt orientierte, also individuelle Schöpfung des Menschen, die parallel ablaufenden physiologischen Prozesse auf einer dazu höher liegenden, komplexeren (psychologischen) Ebene zu empfinden, zu deuten und zu nutzen.«²⁴

Diese Grundannahmen haben radikale Folgewirkungen für das Verständnis von Krankheiten und die Einordnung von Schmerzerfahrungen. »Jedes Ereignis oder jeder Prozess, der an der Ätiologie, der Pathogenese, der symptomatischen Manifestation und der Behandlung von Störungen beteiligt ist, ist folgerichtig *nicht* entweder *biologisch* oder *psychologisch*, sondern *sowohl* biologisch *als auch* psychologisch.«²⁵ Jede Veränderung auf einer Ebene hat Entsprechungen auf anderen Ebenen, psychologische Therapie ist damit ebenso biologische Behandlung wie eine biologische Behandlung Auswirkungen auf die psychische Dimension hat. Es geht dabei wohlgemerkt nicht um eine prinzipielle Psychologisierung von somatischen Krankheiten – es sind auch Erkrankungsprozesse denkbar, die allein auf der somatischen Ebene entstehen, aber sodann im Sinne der Emergenz Auswirkungen auf die größeren Systemeinheiten haben.²⁶ Das Modell fördert die stärkere Berücksichtigung von »Wechselwirkungen in nichtlinearen Systemen«²⁷ und von zahlreichen Variablen, die am Krankheits- und v.a. am Gesundungsprozess beteiligt sind. Als krank gilt der Mensch dann, wenn nicht ausreichend autoregulative Kompetenzen des Organismus vorhanden sind, um mit Störungen bzw. Veränderungen auf unterschiedlichen Systemebenen fertig zu werden.²⁸ Schmerzen sind vor dem Hintergrund dieses »ganzheitlichen Schmerzmodell(s)«²⁹ auf unterschiedlichen Hierarchieebenen zugleich erlebbar und tauchen im verschalteten System nicht als isolierte auf. Dass beispielsweise bei der Behandlung von chronischen Schmerzen nicht mehr nur Analgetika verschrieben, sondern auch Entspannungs-

24 Ebd., S. 87.

25 Ebd., S. 71 (Hervorhebungen im Original).

26 Ich danke an dieser Stelle Elis Eichener für die anregenden Hinweise im Hinblick auf die Möglichkeiten starker und schwacher Emergenz. Vgl. zur Kritik an Schuldzuschreibungen und einseitigen Erklärungsmustern von Krankheiten aus theologischer Perspektive: Karle, Isolde, »Die Sehnsucht nach Heil und Heilung in der kirchlichen Praxis. Probleme und Perspektiven«, in: Günter Thomas/dies. (Hg.), *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, Stuttgart: 2009, S. 543-556.

27 Ebd., S. 91.

28 Vgl. J. W. Egger: 2015, S. 77.

29 Vgl. Müller-Busch, Hans C.: »Kulturgeschichtliche Bedeutung des Schmerzes«, in: Birgit Kröner-Herwig et al. (Hg.), *Schmerzpsychotherapie, Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung*, Berlin/Heidelberg/New York: 2011, S. 166-182, hier S. 176.

und Desensibilisierungsübungen vermittelt werden oder zu Sport und Spaziergängen geraten wird, ist durch das Modell vermittelbar.³⁰

Ein eindrückliches Beispiel, wie die Erkenntnis über nichtlineare Wechselwirkungen der verschiedenen Hierarchieebenen und Systeme salutogenetisch genutzt werden kann, sind die erwähnten körperpsycho- und traumatherapeutischen Verfahren der Gegenwart. Dass eine Intervention auf einer Ebene Auswirkungen auf alle anderen Ebenen haben kann, wird hier für den potenziellen Gesundungsprozess genutzt. Dabei ist es besonders die Arbeit mit dem Körper, Körperschmerzen³¹ sowie subjektiven Leibempfindungen, die die Kompetenz zur Selbstregulation des Systems anregen soll, ohne den psychischen Schmerz – etwa durch »körperlose« Gesprächstherapie, kognitive Umstrukturierung etc. – direkt und kommunikativ anzusteuern.³² Eingebettet in den Theorierahmen des bio-psycho-sozialen Modells und erweitert durch leibphänomenologische Beobachtungen und die Erkenntnisse der jüngeren Embodiment Theorien, gehen körperpsychotherapeutische Ansätze auf die engen Wirk- und Verweisungszusammenhänge von Körper, Erleben, Urteilen und Verhalten ein.

Demnach beeinflussen *Körperhaltung und -bewegung* unsere kognitiven Prozesse und Emotionen; durch Veränderung der Körperhaltung kann vice versa auf Gefühlszustände oder kognitive Urteile eingewirkt werden.³³ Außerdem kann das bewusste *leibliche Spüren* (auch von Körperschmerz) im Vordergrund der therapeutischen Maßnahmen stehen. Es soll u. a. vermittelt werden, dass bestimmte Gefühle und Stimmungen konkret im Körper spür- und erlebbar sind.³⁴ Der eingangs erwähnte Leibphänomenologe Gernot Böhme spricht in diesem Zusammenhang von »leiblichen Regungen« und erläutert kulturkritisch: »Die Regungen des eigenen Leibes sind für viele moderne Menschen häufig befremdlich und werden dann leicht als Symptome für eine Störung im Körper gedeutet. [...] Der europäische Mensch hat überhaupt verlernt, leibliche Regungen als die Erfahrung von Gefühlen zu deuten. Dass mir das Herz schwer wird oder dass jemand Schmetterlinge im Bauch fühlt, wird als metaphorische Rede verstanden bzw. das Phänomen selbst als irrelevante Begleiterscheinung von Psychischem.«³⁵ Innerhalb von körperpsychotherapeutischen Verfahren zielt die Übung des leiblichen Spürens dagegen auf eine

30 Vgl. J. W. Egger: 2015, S. 316–356, Kapitel »Verhaltensmedizinische Therapie für chronische Schmerzpatienten«.

31 Bewusst wird hier noch vom Körperschmerz als distanzierte, lokalisierbare Erfahrung des Selbst gesprochen, der sich gewissermaßen durch therapeutische Interventionen »einverleibt« wird.

32 Vgl. Geuter, Ulfried: Körperpsychotherapie. Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis, Berlin/Heidelberg: 2015, S. 106f.

33 Vgl. ebd., S. 159ff.

34 Vgl. ebd., S. 91f.

35 G. Böhme: 2008, S. 158f.

Sensibilisierung des körperlichen Erlebens von Empfindungen und positiven wie negativen Widerfahrnissen. »Spüren heißt, die körperlichen Spuren meines Erlebens zu verfolgen, indem ich meine Aufmerksamkeit auf die Empfindungen des Körpers richte und das, was in ihm vorgeht, genau wahrzunehmen versuche. Ob mir zum Beispiel der Satz gefällt, den ich gerade geschrieben habe, ob ich ihn richtig oder falsch finde, empfinde ich im Körper [...]. Je mehr wir spüren, desto mehr erschließt sich, wie etwas für uns ist.«³⁶ Ein weiterer wichtiger Baustein der Therapie ist der Einbezug des *Körpergedächtnisses* als therapeutische Intervention. Im Einklang mit neuropsychologischen Studien wird davon ausgegangen, dass biographische Erfahrungen nicht allein kognitiv gespeichert werden, sondern sich auch im impliziten prozeduralen Gedächtnis körperlich als affekt-motorische Schemata und *verkörperte Erinnerungen* (*»embodied memories«*) speichern.³⁷

Um die exemplarisch geschilderten Grundannahmen und Verfahrensweisen dieses Ansatzes mit Leben zu füllen, sei ein Therapiebeispiel von Griffith und Griffith genannt, bei dem die therapeutische Intervention im Angesicht eines spezifischen Körperschmerzes zur bewussten Aufarbeitung einer verschütteten Erinnerung führt:

»Eine Patientin, die unter starken Kopfschmerzen leidet, greift sich in einer Stunde an den Kopf und den Nacken. Mit den Worten ›erdrückend‹ und ›deformiert‹ beschreibt sie, wie sich ihr Kopf anfühlt. Dabei sagt sie, sie sehne sich danach, klein zu sein. ›Ich fragte, welche Körperposition sie einnehmen würde, wenn sie der Führung des Körpers folge. Sie nahm sich Kissen, kringelte sich auf der Couch zusammen und bedeckte sich mit den Kissen. Dann fragte ich sie, welche wichtigen Geschichten aus ihrem Leben sich mit dieser Körperhaltung verbinden. Während sie zusammengerollt und versteckt blieb, erzählte sie, wie sie sich als kleines Kind in dieser Weise auf der Toilette zusammenrollte, wenn der Vater sie geschlagen hatte.«³⁸

Der Körperschmerz bringt durch das Aufgreifen im therapeutischen Prozess und die anschließende Einnahme einer dem Schmerz entsprechenden Körperhaltung ein verborgenes Wissen, eine verborgene Erinnerung hervor. Dass die eingenommene Haltung der Körperhaltung der traumatischen Situation entspricht, ist ge-

36 U. Geuter: 2015, S. 92f.

37 Vgl. ebd., S. 88f.; Levine, Peter A.: Trauma und Gedächtnis. Die Spuren unserer Erinnerung in Körper und Gehirn, München: 2016. Traumatisierten Menschen, deren Körpergedächtnis schon bei ungefährlichen Stimuli mit Zuständen des Überwältigt-Seins bzw. Abschaltens reagiert, werden im Rahmen der Traumatherapie schrittweise durch Körper- und Atemübungen Kompetenzen der Selbstregulierung des Nervensystems nähergebracht, bevor über das Erlebnis selbst gesprochen wird.

38 Griffith, James L./Griffith, Melissa E.: The Body Speaks. Therapeutic Dialogues for Mind-Body Problems, New York: 1994, S. 37.

mäß des Embodiment Ansatzes Grundvoraussetzung der erstmals verbalisierten Erinnerung.³⁹

Das Beispiel zeigt einen möglichen Umgang mit Schmerz auf, der das Wissen um die engen Verweisungszusammenhänge der verschiedenen Systemebenen des menschlichen Organismus nutzt und der zugleich nicht übertragbar ist auf alle Schmerzphänomene. Gemäß des bio-psycho-sozialen Modells sollte je nach Einzelfall entschieden werden, auf welcher Ebene des Organismus primär angesetzt wird. Es geht also vor dem Hintergrund des Modells um eine kontext- und situationssensible Wahrnehmung heilsamer Einflussmöglichkeiten auf das komplexe nichtlineare System Mensch.

4. Theologisch-explorative Perspektiven und Ausblick

Der Ausflug in das theologisch bisher wenig rezipierte Feld körperpsychotherapeutischer Verfahren sowie des bio-psycho-sozialen Modells liefert verschiedene Impulse für weiterführende theologische Überlegungen: Körperpsychotherapeutische Verfahren führen zunächst, vereinfacht gesagt, im Einklang mit den Verkörperungstheorien vor Augen, dass der Mensch sowohl von innen nach außen, als auch von außen nach innen lebt, ohne dabei einer Richtung den Vorrang einräumen zu können. »Es gibt nichts Inneres, was nicht auch äußerlich ist – und es gibt nichts Äußeres, das nicht auch innerlich ist.«⁴⁰ Demnach können durch Einflussnahme auf den Körper nicht nur Emotionen verändert und evoziert, sondern gar längst verschüttete Erinnerungen wachgerufen werden. Es wird zugleich im Einklang mit leibphänomenologischen Ansätzen erlebniszentriert nach dem Spüren in der ersten Person, nach Leibeswahrnehmungen und leiblichen Verortungen von Emotionen und Stimmungen gefragt. Und zuletzt wird dem bio-psycho-sozialen Modell entsprechend die Gleichzeitigkeit von biologischen und mentalen Prozessen hervorgehoben. Ein Schmerz auf somatischer Ebene kann somit eng in Verbindung stehen mit Schmerzen auf mentaler Ebene. Eine Veränderung auf einer Ebene kann aufgrund der Interdependenz im nicht-linearen Systemkomplex Mensch zu Veränderungen auf anderen Ebenen führen. Was bedeuten diese Erkenntnisse und Ansätze nun für die Theologie?

Zunächst ist es von Nöten, die Ansätze und Modelle *theologisch-anthropologisch* einzubetten. Die von den o.g. Ansätzen beschriebenen Prozesse verbleiben gewissermaßen in der innerweltlichen Sphäre des Erlebens, Fühlens und Erleidens. Leiblichkeit formiert sich hier über intra- und inter-subjektive Erfahrungen und

39 Vgl. Dijkstra, Katinka/Kaschak, Michael P./Zwaan, Rolf A.: »Body posture facilitates retrieval of autobiographical memories«, in: *Cognition* 102 (2007), S. 139-149.

40 Etzelmüller, Gregor: »Einführung«, in: ders., A. Weissenrieder: 2009, S. 1-27, hier S. 9.

Relationen. Theologische Anthropologie verweist darüber hinaus auf die relationale Konstituierung des Person-Seins durch Gott und somit auf eine Differenzierung – nicht Trennung – von Person- und Leib-Sein.⁴¹ Anhand der biblischen Rede vom Herzen kann dieser Sachverhalt skizziert werden. Das Herz ist in der biblischen Rede v.a. ein »inneres Orientierungsorgan des Menschen«, sein »zentrales Beziehungs- und Vermittlungsorgan«⁴² und damit eng verbunden mit der Grundausrichtung des Menschen und seines Person-Seins. Einerseits verweist zwar auch die biblische Rede in Entsprechung zu den o.g. leibphänomenologischen Ansätzen auf die Möglichkeit des Herzens innerweltlich bzw. leiblich zu resonieren⁴³ – vgl. die Rede vom »hörenden Herz« in 1 Kön 3,9-12 oder die Vorstellung vom Herzen als Sitz von Gefühlen wie Angst und Freude in Ps 25,17 oder Spr 15,13 –, andererseits wird die Ausrichtung und der Zustand des Herzens auch dezentral bestimmt durch die Gottesbeziehung und Gott selbst – vgl. etwa Ez 36,26f., wo die Erneuerung des Herzens allein in Gottes Machtbereich liegt. Diese »Dezentralisierung des Subjekts«⁴⁴ durch die Gottesrelation als Kennzeichen theologischer Anthropologie hat nicht nur erhebliche Konsequenzen für sozialetische Problemhorizonte,⁴⁵ sondern stellt zugleich gesellschaftliche Ganzheitsideologien und Heilungs- und Gesundheitszwänge in Frage. Inmitten aller Einsichten in bio-psycho-soziale Zusammenhänge und Gleichzeitigkeiten, inmitten der körperpsychotherapeutischen Erwägungen zum Umgang mit Schmerzphänomen und der Linderung somatischer und psychischer Schmerzen bleibt aus theologischer Perspektive die menschlich leibliche Existenz zugleich von einem unverfügbaren Außen konstituiert und mitbestimmt. Das Person-Sein des Menschen ist somit zwar durch Leiblichkeit mitkonstituiert und vermittelt, aber es geht nicht in der Leiblichkeit selbst auf. Der Mensch verfügt nie gänzlich über seine leibliche Verfassung und Heilung, vice versa verliert er auch bei ausbleibender Gesundheit oder Heilung nicht sein Person-Sein und seine Gottebenbildlichkeit. Aufbauend auf diesen anthropologischen Überlegungen lassen sich folgende Impulse für ein theologisches Nach- und Weiterdenken formulieren:

Gregor Etzelmüller hat in seiner Auseinandersetzung mit den Embodiment Theorien bereits darauf hingewiesen, dass die Erkenntnisse einer »Body-Mind-Unity« fundamentale Auswirkungen auf die *Gebetstheologie* haben. Bittet etwa ein

41 Vgl. dazu näher H. M. Rieger: 2019, S. 230-236.

42 Ebd.: S. 93.

43 Vgl. ebd.: »Wenn [...] der Grundzug des Herzens letztlich darin besteht, inneres Orientierungsorgan des Menschen zu sein, so darf dabei von seiner pathischen Selbst- und Weltbeziehung und davon, dass sich im Herzen leibliche Erfahrungen gewissermaßen kondensieren, nicht abgesehen werden.«

44 Ebd., S. 74.

45 Vgl. etwa U. Körtner: 2010 im Hinblick auf bioethische Fragestellungen; H. M. Rieger: 2019 im Hinblick auf den Umgang mit demenziellen Erkrankungen.

von Schmerz erfüllter Mensch um Geduld, ist dies nicht mehr nur als die Bitte um eine »innerliche« Gabe zu verstehen: »Eine solche Geduld kann sich [...] nur auf der Grundlage einer Fülle neurologischer und physiologischer Prozesse unseres Körpers einstellen. Sie ist keine geistige Gabe, die man von körperlichen Prozessen lösen könnte. Ein Gott, der einem diese Gabe schenkt, muss ebenso auf körperliche Prozesse wirken, wie ein Gott, den man um die äußerliche Gabe bittet, von der Krankheit als solcher geheilt zu werden.«⁴⁶ Es wird also in neuer Form in Frage gestellt, ob es so etwas wie ein »inneres Wirken Gottes« überhaupt geben kann. Kann die Erfahrung göttlicher Gnade vor dem Hintergrund der Ansätze noch unabhängig von menschlicher Leiberfahrung gedacht werden? Rechtfertigung wäre demnach nicht nur ein kognitives Verstehen einer Botschaft, die den Menschen rein innerlich erreicht und durch die »vom Leiblichen unabhängiges Leben gefunden werden soll.«⁴⁷

Entsprechend könnte auch die Art der verbalen und non-verbalen Kommunikation des Evangeliums stärker auf die körperliche Verfasstheit der Glaubenden abgestimmt werden. Der von außen kommende simple Zuspruch von bedingungsloser Liebe im Erleben von Schmerz würde aus der Verkörperungsperspektive wie billige Vertröstung wirken, die weder leiblich erfahrbar noch kognitiv verstehbar wäre. Manche Schmerzprozesse auf somatischer und psychischer Ebene sorgen dafür, dass das Evangelium in seinem herkömmlichen Gewand eben nicht mehr leiblich resoniert. Das Kennzeichen einer *leib- und schmerz-sensiblen Theologie* wäre dann ein Wissen darum, dass im Schmerz Gott gerade leiblich da erfahrbar wird, wo die Schmerzensklage ihren Raum findet, wo Christus als am Schmerz Leidender identifiziert wird und wo der Schmerz leiblich vor Gott inszeniert werden kann.⁴⁸

Es wäre entsprechend weitergehend einerseits zu fragen, wie sich die Gnadenbotschaft in Abhängigkeit von anderen leiblichen Verfasstheiten wie Anspannung, Angst, Freude, Ruhe oder Niedergeschlagenheit angemessen vermitteln lässt. Andererseits formiert sich besonders vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Modells die Schwierigkeit einer Differenzierung von *Heilung und Heil* neu. Die Grenzen drohen noch stärker zu verwischen. Die Erfahrung von Heil hätte immer

46 Etzelmüller, Gregor: »Verkörperung als Paradigma theologischer Anthropologie«, in: ders., A. Weissenrieder: 2009, S. 219–242, hier S. 235.

47 Wick, Peter: »Zur Interdependenz von Körperdeutungen und Krankheitsdeutungen«, in: G. Thomas/I. Karle: 2009, S. 203–212. Vgl. auch G. Etzelmüller: »Verkörperung« 2009, S. 235: Ein Verstehen der Rechtfertigungsbotschaft ist ein »körperlicher Prozess, der nicht nur den Aufbau und Erhalt einer Fülle körperlicher Funktionen voraussetzt, sondern auch den Aufbau und Erhalt eines Kommunikationszusammenhangs, der mir jene materialen Texte überliefert und erschließt, die es mir überhaupt ermöglichen, mich als ein vor Gott gerechtfertigter Mensch zu verstehen.«

48 Vgl. für eine solche schmerz- und leib-sensible Theologie die Ausführungen von Thomas, Günter: »Krankheit im Horizont der Lebendigkeit Gottes«, in: ders./I. Karle: 2009, S. 489–520.

eine leibliche Dimension und würde eine Art Heilung bzw. Veränderung (auch somatischer) implizieren. Die therapeutische Wirkung der Heilsbotschaft könnte überschätzt werden, es wäre dementsprechend noch deutlicher hervorzuheben, dass die leiblichen Auswirkungen der Heilsbotschaft »nur im Ausnahmefall eine therapeutische Alternative zur Medizin«⁴⁹ darstellen.

Praktisch-theologisch könnte darüber hinaus reflektiert werden, wie die Erkenntnisse der Embodiment Theorien in *Ritual und Seelsorge* genutzt werden könnten. Neue Ritualformen könnten bewusst daraufhin befragt werden, welche Körperformationen und -haltungen in Abhängigkeit der vermittelten verbalen (und non-verbalen) Botschaft zu bestimmten Emotionen und Kognitionen führen könnten. Im Sinne der Religionswissenschaftlerin Anne Koch wäre zu klären, »welche Bedeutung dem Körper in der religiösen somatischen Sozialisation zukommt, welche Möglichkeiten der Ritualisierung von Körperwissen es gibt, und welche Möglichkeiten der Bildung und Behandlung von emotionalem Körperwissen beziehungsweise verkörpertem Emotionen.«⁵⁰ Dabei muss die Intentionalität der Praktiken immer auf potenziell manipulative und totalitäre Elemente hin befragt werden und gerahmt sein durch selbstkritische theologische Reflektionen, die mit Bonhoeffer gesprochen rituelle Körperpraktiken nicht im Sinne einer »Methodik«, sondern im Sinne der »Wegbereitung« nutzen.⁵¹ Des Weiteren wäre zu reflektieren, inwiefern körperpsychotherapeutische Ansätze, das Wissen um leiblich identifizierbare Gefühlsregungen und der bewusste Einsatz des Körpers Einzug in die poimenische Ausbildung finden können.⁵²

Die theologisch explorativen Ausführungen zeigen, dass die Rezeption körperpsychotherapeutischer Ansätze und des bio-psycho-sozialen Modells ein theologisches Um- und Weiterdenken von alten Selbstverständlichkeiten erfordern könnte. Der johanneische Spitzensatz »Das Wort ward Fleisch« (Joh 1,14) könnte dann programmatisch für eine Theologie stehen, die sich nicht abfindet mit einem »innerlichen« kognitiven Verstehen, sondern die auf ein ganz leibliches Verstehen des Wortes Gottes setzt. Es könnte eine Theologie gefordert sein, die auch der non-verbalen Kommunikation des Evangeliums durch Schmerzszenenierung, Stille, Meditation,

49 I. Karle: 2009, S. 550.

50 Koch, Anne: »Körperwissen«: Modewort oder Grundstein einer Religionssomatik und Religionsästhetik?, in: Oliver Krüger/Nadine Weibel (Hg.), *Die Körper der Religionen – Corps en religion* (CULTuREL 7), Zürich: 2015, S. 21-45, hier S. 35.

51 Heike Ernsting hat entsprechend volkscirchliche Salbungsgottesdienste praktisch-theologisch auf ihre Chancen und Grenzen hin befragt, vgl. Ernsting, Heike: *Salbungsgottesdienste in der Volkskirche. Krankheit und Heilung als Thema in der Liturgie*, Leipzig: 2012.

52 Isolde Karles Überlegungen zu Gender und Körperlichkeit in der Seelsorge könnten aufgegriffen und durch die Embodiment Theorien und Verfahren der Körperpsychotherapie neu perspektiviert werden. Vgl. Karle, Isolde: *Praktische Theologie* (Lehrwerk Evangelische Theologie 7), Leipzig: 2020, S. 422-429.

Tanz und Bewegung neu Gehör verschafft. Und es wäre letztlich eine Theologie, die verständlich macht, dass das Wort Gottes tatsächlich den ganzen Menschen, seine bio-psycho-soziale Einheit verändert, ohne falsche Ganzheitsversprechen zu verkündigen und die Fragmentarität der menschlichen Existenz zu negieren.