

LEIBESINSELSCHWUND

Die Bedeutung der neuen Phänomenologie für die Diabetologie

Besprechung des Textes Risse, A.: Phänomenologie und Diabetologie, in: Leib und Gefühl, 1995, Akademie-Verlag, Berlin

"Diabetologie" ist ein Teilgebiet der Inneren Medizin und bezeichnet die Wissenschaft und Behandlung aller Erkrankungen, die durch eine Erhöhung des Blutzuckers bedingt sind. Diabetes Mellitus ist eine der häufigsten Erkrankungen überhaupt. Ca. 5% der Bevölkerung sind von ihr betroffen. In der Behandlung übernimmt der Patient den größten Teil der Therapie selbst (z.B. tägliche Dosisanpassung der Insulinmenge nach Blutzuckereigenmessung, Notfalleigentherapie etc.) Durch eigenständige Steuerung der Insulin- und Nahrungszufuhr muss der Patient somit "sein" eigener Arzt werden". Für diese spezielle Form von Arzt-Patienten - Verhältnis ist die traditionelle, stark hierarchisch geprägte Medizin überfordert. Deren Therapieprogramme beruhen auf dem Paradigma der "Patientenführung" abgeleitet aus den Problemstellungen der Notfallmedizin. Zusätzlich basiert das zugrundeliegende Selbstverständnis auf dem sogenannten "anthropologischen Dualismus", der Vorstellung, der Mensch (Patient) sei aus einer Seele (modern: "Bewusstsein") und einer Körpermaschine zusammengesetzt. Die Seele des Patienten wird zusätzlich als durchgängig von ratio gesteuert angenommen. Hieraus ergibt sich die Erwartung, man müsse dem Patienten die pathophysiologischen Zusammenhänge der Körpermaschine nur genau genug erklären, um automatisch hierdurch gesundheitsgerechtes Verhalten (Lebensstiländerung) zu erzeugen. Die Patienten sind aber nicht in der Lage, diesen Erwartungen entsprechend zu handeln. Im Falle des vorprogrammierten Therapieversagens erfolgt stringent eine einseitige Schuldzuschreibung des Arztes an den Patienten ("indolenter Patient", "einfach strukturiert", "schlechte Compliance" etc.).

Der auf Diabetologie spezialisierte Arzt Alexander Risse, tätig an der Medizinischen Klinik Nord in Dortmund, hat dieses Dilemma zu überwinden versucht und ist dabei auf die "Neue Phänomenologie" des Kieler Philosophen Hermann Schmitz gestoßen. Wie er in seinem Aufsatz

Risse, A.: Phänomenologie und Diabetologie, in: Leib und Gefühl, 1995, Akademie- Verlag, Berlin

darlegt, führt eine Übernahme der Schmitz-sehen "Neuen Anthropologie" mit ihrer Sichtweise des Leibes und der Atmosphären zu einer wesentlich adäquateren Therapie des chronisch an Diabetes mellitus Leidenden als es die herkömmliche Medizin vermag. Der neo-phänomenologisch geschulte Arzt begegnet dem Patienten mit Hochachtung, berücksichtigt seine personale Regression und Emanzipation und seine leibliche Disposition, ohne der Versuchung einer einseitigen, reduktionistischen Manipulation allein der Körpermaschine zu erliegen. So ist z.B. auch die Würdigung von Bewegungssuggestionen im therapeutischen Team ein bedeutender Parameter glückender oder mißlingender Therapie. Weitere wesentliche Begrifflichkeiten, die in die therapeutische Praxis umgesetzt werden können, sind "Gemöge", "Leiblichkeit" "Einleibung", "relative" und "absolute Örtlichkeit", oder "chaotische Mannigfaltigkeit".

Der "Leib" in der Neuen Phänomenologie ist "das, was Menschen am eigenen Leibe spüren können, wenn sie hierzu in der Lage sind: ein ungeheures Reich, das Nächste und Schicksalhafte - und doch wissen wir kaum etwas davon." Lässt der Mensch sich auf die Phänomene der Leiblichkeit ein, so kann er erfahren, dass es im Gegensatz zu den Erfahrungen, die er am eigenen Körper mit Hilfe der Augen und den Händen machen kann, Phänomene gibt, die "in der Gegend des Körpers" auch unmittelbar ohne Gebrauch der Sinneswerkzeuge gespürt werden können, z.B. Hunger, Durst, Schmerz, Angst, Behagen usw.

Risse zeigt die Stärke der neo-phänomenologischen Betrachtungsweise am Beispiel des diabetischen Fuß-Syndroms. Bei den Diabetes-Kranken kommen Verletzungen und offene Wunden am Fuß zwanzig mal häufiger vor als bei Gesunden. Dabei kommt es ca. in 20000 Fällen pro Jahr zu unnötigen hohen Oberschenkelamputationen, auch bei zunächst kleinen Wunden. Die traditionelle Medizin hat alle Mühe, sich der Problematik des diabetischen Fuß-Syndroms auch nur sachlich und begrifflich zu nähern, eine nicht enden wollende Flut von Publikationen und pharmakologischen Interventionen belegt diese Feststellung. "Alle naturwissenschaftlichen Methoden erreichen, da sie auf Messungen gegründet sind, nur das Geschehen an relativen - Orten, also das Körperliche, nicht das Leibliche, wenigstens nicht als solches" hat Schmitz das Dilemma der herkömmlichen Medizin beschrieben. Mit vagen Symptomschilderungen wie "Ameisenlaufen", "Brennen", Gefühl des zu engen Strumpfes" wird das Befinden des Patienten oberflächlich beschrieben, ein tieferes Verständnis aber fehlt. Risses Arbeiten zufolge ist nur unter Berücksichtigung der

Leiblichkeit des Patienten (und des Therapeuten) ein integrales Verstehen des diabetischen Fuß-Syndroms möglich. Existentiell zeigt sich das besonders dort, wo infolge der diabetischen Nervenstörung (Polyneuropathie) die Grenzen des Verständnisses naturwissenschaftlich-reduktionistischer Medizin überschritten sind: In Umkehrung der Phantomgliederlebnisse nach traumatischen Amputationen ("Leib ohne Körper") leiden Patienten mit diabetischer Polyneuropathie an "Leibesinselschwund" ("Körper ohne Leib"), d.h. der Arzt kann zwar an der sichtbaren Körpermaschine noch Messungen vornehmen, die für den Patienten wesentliche anthropologische Kategorie der "Leibesinsel" ist aber verlorengegangen. Dies erklärt auf der einen Seite die geringe Achtsamkeit der Patienten für ihre Füße, andererseits die geringe Wertschätzung, die die untere Extremität im medizinischen Denkstil erfährt.

Wichtige, zum Teil lebensbedrohliche Warnzeichen werden vom Arzt nicht entsprechend registriert und in ihrer Bedeutung unterschätzt, weil ihm, Risse zufolge, die phänomenologische Kompetenz hierzu fehlt. Risse kann derartige Phänomene durchaus einordnen: "Nicht bloß der eigene Leib im Ganzen besitzt einen absoluten Ort, sondern auch seine unmittelbar gespürten Teile ("Leibesinseln") sind mit je solchen ausgestattet und infolgedessen sogar noch als voneinander verschieden gegeben, wenn ihr erlebter relativer Ort zusammenfällt. So nach wird das Erleben der Verschiedenheit der Leibesinseln nicht bloß vom Erleben ihres Auseinanderliegens (d.h. des Abstandes und der Lageverhältnisse ihrer relativen Orte) aufrechterhalten, sondern der eigene Leib ist auch dann noch in sich mannigfaltig gegliedert, wenn sich diese Gliederung nicht aus der eigenen Körperlichkeit ("System der relativen Orte") ergibt."

Schmitz' Betrachtungsweise des menschlichen Leibes als aus Inseln ohne stetigen räumlichen Zusammenhang zusammengesetzt erweist sich für die diabetologische Therapie als ideal. Die betreffenden Texte von Schmitz lesen sich geradezu wie therapeutische Anweisungen: "Nun mache man aber einmal den Versuch, ebenso stetig (wie man sich betasten kann) an sich selbst herunterzuspüren, ohne Augen und Hände oder auch nur das durch Eindrücke früheren Beschauens und Betastens bereicherte Vorstellungsbild von sich zu Hilfe zu nehmen. Man wird gleich sehen, daß das nicht geht. Statt eines stetigen räumlichen Zusammenhangs begegnet dem Spürenden jetzt bloß noch eine unstete Abfolge von Inseln." Diese Charakteristik der Leibesinseln ist unter normaler ("gesunder") körperlicher Integrität auch erlebbar, z.B. im autogenen Training oder beim Einschlafen.

Die Fußsohlen haben bei Schmitz eine besondere Bedeutung: "Die Sohlen sind wichtige und im körperlichen Leben fast stets betonte, im Körperschema dagegen meist in den Hintergrund gedrängte Leibesinseln." Mit dem Verlust der Leibesinseln der Füße und ihren feineren Differenzierungen, z.B. durch diabetische Polyneuropathie, geht eine Umstrukturierung der gesamten leiblichen Ökonomie einher. Der Ersatz der gewöhnlich gespürten Leibesinseln der Füße durch kognitive Kontrolle ist erfahrungsgemäß für den Patienten äußerst schwierig. Bei einem Versagen sind einseitige Schuldzuweisungen des Arztes an den Patienten die Regel, weil die naturwissenschaftlich orientierte Medizin diese Änderungen der leiblichen Ökonomie nicht wahrnehmen (weil nicht messen) kann. Auf das Verhalten solcher von diabetischer Polyneuropathie betroffener Patienten reagieren zumindest die sensiblen Ärzte mit Unbehagen: "Ganz komisch, diese Patientin, wie die Dame ohne Unterleib", oder aber mit Aggressionen ("Der Patient ist an seiner Therapie nicht interessiert", (...) befolgt zum wiederholten Male die Anordnungen nicht" etc.). Ein Abbruch der angstfreien Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist oft die Folge. Nötig wäre, so Risse, ein Schulungsprogramm des Personals, in dem diese in Kontakt mit ihrer eigenen Leiblichkeit und ihren eigenen Füßen kommen und sie als wesentliche Bestandteile ihres eigenen Daseins reflektieren und anerkennen. Im Sinne praktischer Philosophie bieten Ärzte an der Medizinischen Klinik Nord in Dortmund solche Kurse für Therapeuten an. "Praktische Philosophie soll nicht Reden über Texte über Praxis sein, sondern die direkte Umsetzung des philosophischen Instrumentariums in (hier medizinische) Praxis".

Quellenangabe: Information Philosophie 1999/3, Moser Verlag, Lörrach