

KÖRPERLOSE PSYCHIATRIE?

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN VON KÖRPER-THERAPIE UND KÖRPERORIENTierter PSYCHOTHERAPIE IN DER PSYCHIATRIE

1. EINLEITUNG

WELCHE Bedeutung kommt dem Körper in einer medizinischen Disziplin zu, die sich hauptsächlich mit der Pathologie der Seelenvorgänge beschäftigt? Wie ist die vorwiegende Begegnungsweise in Bezug auf die Körperlichkeit der PatientInnen im psychiatrischen Alltag?

Man kann (1) den Körper als Objekt fokussieren, ein Objekt mit gestörten physiologischen Funktionen, die als Ursache für das seelische Leiden verstanden werden. Die therapeutische Antwort wird dementsprechend auf einer primär biologischen Ebene erfolgen, mit sogenannten somatischen Therapiemitteln wie z.B. psychopharmakologischen Substanzen.

Zum anderen kann man sich (2) unter Vernachlässigung des Körpers und der körperlichen Befindlichkeit ganz auf psychologische, psychodynamische und soziale Bedingungen konzentrieren, um psychische Erkrankungen zu behandeln. Auch hier steht die objektthafte Analyse im Vordergrund der Betrachtung.

In der psychiatrischen Praxis werden nicht selten beide Aspekte integrativ vernetzt.

Die unter (1) und (2) beschriebenen Ansätze vergessen wie der Patient seinen Körper erlebt, d.h. der subjektive Aspekt der Körperlichkeit des Menschen wird nicht wahrgenommen.

Den Menschen als einen leib-seelischen Organismus in seinem sozialen und ökologischen Umfeld zu verstehen ist die Voraussetzung, um sinnvoll Körpertherapien bzw. Körperpsychotherapien in der Psychiatrie einsetzen zu können. Mit diesem oft lang erarbeiteten Hintergrund können dann ganz einfache Maßnahmen wie Massage, Atemübungen, Bewegungsübungen, aber auch komplexere Verfahren wie die Konzentrierte Bewegungstherapie für den Patienten in einer Krisensituation bzw. im Falle einer chronischen seelischen Erkrankung heilsam werden.

Wie erlebt der Patient seinen Körper und wie ist sein Umgang mit ihm?

Äußerlich fällt dem Behandler, besonders bei chronisch psychiatrisch Kranken, oft die grobe Vernachlässigung der Körperpflege und Kleidung auf.

Insbesondere durch Langzeithospitalisation erwerben sich die Patienten zusätzlich gravierende leibliche Defizite. Die Patienten sind oft bewegungsverarmt, lethargisch, ausdruckslos oder motorisch getrieben, angespannt, hyperaktiv oder zeigen Bewegungstereotypen. Die Bewegungen sind ungeschickt, schlecht koordiniert, eckig. Man findet selten körperliche Leistungsfähigkeit und Spannkraft.

Der gefühlsmäßige Bezug des Patienten zu seinem Körper ist stark defizitär.

Abb. 1

Bild einer stationär behandelten Borderline-Patientin (54 Jahre) nach einer Entspannungstherapie-unde in der Gruppe mit Jacobson, in der sie nach der Übung starke und schwache Stellen im Körperbild einzeichnen sollte. Diese Differenzierung im Körpererleben ist der Patientin nicht möglich. Die Körpergrenzen sind unklar, das Gesicht ist nur angedeutet, die Hände fehlen gänzlich. Die Farbe Blau zeigt, daß sich die Patientin gefühlsmäßig vom Körper zurückgezogen hat. Die Patientin zeigte dieses Bild nur ungern und entwertete ihr Bildnis sofort.

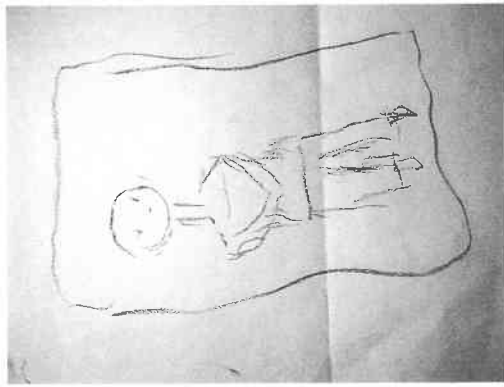
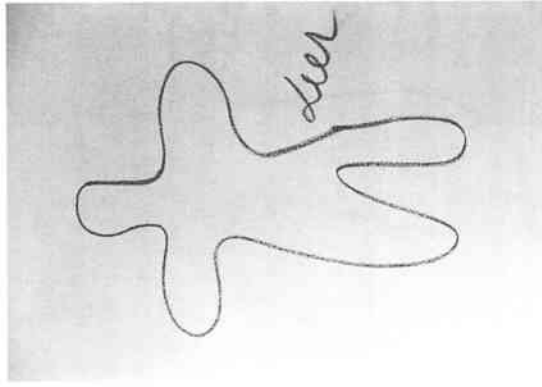


Abb. 2

Bildeiner jungen, depressiven Patientin mit einer zusätzlichen Zwangssymptomatik am Beginn der Behandlung.



Körpertherapien und Körperpsychotherapie ermöglichen, dass dieser versehrte, gekränkte Leib wieder wahrnehmungsfähig und erlebbar wird und damit im eigentlichen existent und verfügbar, und dass daraus neue Kontakt- und Handlungsmöglichkeiten entstehen.

2. KÖRPERTHERAPIEN UND KÖRPERPSYCHOTHERAPIEN IM ÜBERBLICK

Angesichts des sich ständig entwickelnden Feldes kann nur eine Auswahl von wichtigen Methoden benannt werden. Die Verfahren wurden nach klinisch pragmatischen Gesichtspunkten gewählt.

2a.) Funktionale und übende Verfahren sind:

- Physiotherapie und Sporttherapie,
- Psychomotorik nach Kipard,
- Entspannungstherapien (Progressive Relaxation nach Jacobson, Autogenes Training nach Schulz)
- Atemtherapien, Atemschulung (atemtherapeutischer Ansatz von v. Dürckheim, Middendorf, Schaarschuch-Haase)
- Feldenkrais –Methode (Funktionale Integration, Bewußtheit durch Bewegung)
- Eutonie nach G. Alexander

Hier spannt sich der Bogen von Körpertherapien (Physiotherapie, Sporttherapie), die primär das körperliche Wohl im Auge haben, zur Psychotherapie, wie etwa das Autogene Training, das über den Körper psychische Symptome wie Angst verändern möchte. Allen Methoden gemeinsam ist, daß sie eine Funktionsstörung, ein Symptom, in strukturierter Weise, übend, verändern möchten.

Ein akut depressiver Patient mit Rückenschmerzen wird, nachdem die psychiatrisch geschulte Physiotherapeutin eine Anamnese erhoben hat (körperlich, psychisch, sozial), zu Beginn der Behandlung eher mit passiven Maßnahmen wie Massagen, Wärme- und hydrotherapeutischen Anwendungen behandelt werden. Erst später werden aktive Maßnahmen und passive abwechseln. Die Physiotherapeutin orientiert sich neben objektiven Befunden für ihre Behandlung auch am subjektiven Erleben und der psychischen Befindlichkeit des Patienten und paßt dementsprechend ihre Therapiemaßnahmen an.

Yvonne Maurer untersuchte schon 1973 die Wirkung von Nacken- und Rückenmassagen bei schwer depressiven hospitalisierten Patientinnen. Die Mehrzahl der Patientinnen erlebten in der zweiten Behandlungswochen durch die Maßnahme Freude, seelische Erleichterung

und ein angenehmes Gefühl. Daraus zieht Maurer den Schluß, dass Nacken und Rückenmassagen einen deutlich antidepressiven Effekt haben und besonders bei schwer Erkrankten, die noch nicht von sich aus aktiv werden können, angewandt werden.

Laufen als psychohygienischer Faktor spielt im Alltag bei zahlreichen Menschen in unserer Industriegesellschaft eine bedeutende Rolle. Spannungsregulierung, Stimmungsanhebung und seelische Stabilisierung sind dabei häufig angestrebte Ziele. Insofern ist es gut verständlich, dass auch im psychiatrischen Feld seit mehreren Jahrzehnten Laufen als Therapiemittel eingesetzt wird. Die PatientInnen, bei denen diese Form der Therapie hauptsächlich angewandt wird, leiden unter Depression und Suchterkrankungen. Bei beiden Krankheitsbildern wurden Effekte nachgewiesen, die zwar nicht als Hauptwirkung, jedoch als adjuvante Wirkung bezeichnet werden kann. So führt Laufen mit depressiven PatientInnen zwar nicht zur anhaltenden Stimmungsaufhellung, jedoch zur Verminderung von Grübelzwang, durch die vorübergehende Verbesserung des Stimmungszustandes zur Zunahme von Hoffnung in Bezug auf eine Genesung, daher zu kognitiver Umstrukturierung und zu verbesserter Reflexionsmöglichkeit. Langsamer Dauerlauf bzw. Berglauf führt überdies zu einer verbesserten körperlichen Kondition und Ausdauer, die bei depressiven PatientInnen wegen der Antriebschwäche oft mangelhaft ist. Dies betrifft einen der zahlreichen möglichen depressiven Teufelskreise. Bei den Suchtpatienten wurde häufig angenommen, Laufen könnte eine „bessere Ersatzsucht“ darstellen. Tatsächlich spielt wahrscheinlich die ganzheitliche Veränderung des Lebensstils, der bei regelmäßigem Laufen entsprechend geändert wird, eine wichtigere Rolle.

Das wesentliche bei körpertherapeutischen Maßnahmen ist, dass man lernt sie gezielt in der Psychiatrie einzusetzen, um seelische Erkrankungen als adjuvante Therapieform mit zu behandeln. Das erfordert eine komplexe Ausbildung in körpertherapeutischen und psychotherapeutischen Verfahren, damit man nicht nur einen zufälligen Streueffekt erzielt.

Psychiatrische Bewegungsgruppen weisen Zielsetzungen auf verschiedenen Ebenen auf:

- **Funktionelle Ebene:** Körperliches Wohlbefinden, Verbesserung der Leistungsfähigkeit, Kraft, Ausdauer, Geschicklichkeit, Koordination, ökonomisches Bewegungsverhalten, Entspannung, Atmung etc.
- **Beziehungsebene:** Beziehung zu sich selbst über die Körper- und Bewegungswahrnehmung, Beziehung zur Gruppe mit gemeinsamen Übungen bzw. mit Spielen, die soziale Themen beinhalten, Beziehung zu Materialien
- **Metaebene:** Im Nachgespräch wird zur Reflexion und zum Verbalisieren angeregt.

Psychiatrische Bewegungsgruppen können sehr vielfältig gestaltet werden und gewinnen an Effektivität, je mehr körperpsychotherapeutische Kompetenz dem Behandler zur Verfügung steht. Das Mitmachen des Therapeuten bringt eine stärker gleichgestellte, weniger hierarchische Interaktion mit sich. Das Miteinander-etwas-Tun kann somit eine intensivere und konfliktfreiere Beziehungsebene bereitstellen, die psychotherapeutisch genutzt werden kann.

Die funktionalen, übenden Therapieansätze (siehe oben) sind auf Förderung und Verbesserung psychophysischer Funktionen gerichtet. Weitere Zielsetzungen sind die Verbesserung des Körpererlebens, des Körperbewußtseins, des Bezugs zur eigenen Leiblichkeit, der Prägnanz des Körperschemas, der Sensibilität, der Ausdrucksfähigkeit und der Entspannungsfähigkeit.

Besonders effizient sind diese Therapieansätze in der Psychiatrie, wenn im Rahmen eines komplexen Therapieprogrammes psychodynamische Aspekte miteinbezogen werden.

Körperpsychotherapien haben oft auch übende Anteile.

2. b) Erlebnisorientierte Verfahren:
- Leibtherapie nach Scharfetter,
 - Funktionelle Entspannung nach M. Fuchs
 - Ausdruckstanz

Diese Verfahren beziehen in ihrer Arbeit mit dem Körper und der Bewegung das subjektive Erleben und den persönlichen Bewegungs- ausdruck des Patienten ein. Sie arbeiten vorwiegend mit dem Körper- bild als psychische Repräsentanz. Gerade psychiatrische Patienten sind oft elementar in ihrem Körpererleben gestört. Im Mittelpunkt steht die

Erlebnisfähigkeit und Ausdrucksmöglichkeit des Patienten. Die Förderung der Kreativität als gesundem Anteil bei psychiatrischen Patienten hat besonders im Tanz, in der Musik, im Malen und Gestalten und im Theaterspiel seinen Platz.

Christian Scharfetter fand fünf basale Dimensionen des Ichs, in denen der schizophrene Patient gestört sein kann. Damit begründete er auch die Einbeziehung des Leibes in die Behandlung. Die fünf basalen Ich-Dimensionen sind:

- Ich-Vitalität: Gewißheit der eigenen Lebendigkeit
- Ich-Aktivität: Gewißheit der Eigenbestimmung des Erlebens, Denkens, Handelns.
- Ich-Konsistenz: Gewißheit eines kohärenten Lebensverbandes
- Ich-Demarkation: Abgrenzung des Eigenbereiches
- Ich-Identität: Gewißheit der eigenen personellen, physiognomischen, sexuellen, biographischen Identität

Nach Scharfetter wird im Bereich der Leibsphäre „die Lebendigkeit von Atmung und Pulsieren des Blutes, von Wärme und Stillen des Hungers, der taktile Kontakt des Gehaltenwerdens, der Berührung, des Aufgehoben- und Angenommenseins im direkten und übertragenen Sinn“ erfahren (Scharfetter 1995).

Fehlt dieser elementare Erfahrungsbereich der Leibsphäre, kann sich kein stabiles Ich-Bewußtsein in den basalen Ich-Dimensionen Vitalität, Aktivität, Konsistenz entwickeln (Krietsch 1997).

Als Beispiel können die Übungsleitlinien für Schizophrene Patienten nach Sophie Krietsch gelten. Sie beziehen sich (1) auf die Beziehung zum eigenen Körper, d. h. auf die Realität des lebendigen Körpers, sich als Person leiblich zu erfahren, (2) auf die Beziehung zu Raum und Zeit, nämlich sich in Raum und Zeit ein- geordnet zu fühlen, (3) auf die Beziehung zu den Dingen, indem die Dinge als Realität in ihrer jeweiligen Eigenart und der jeweiligen Möglichkeit, damit in Handlung zu kommen, erfahren werden, und (4) auf die Beziehung zum Mitmenschen, d. h. die Erfahrung von Beziehung zu zweit und jener in einer kleineren und größeren Gemeinschaft.

Sophie Krietsch wurde in ihrer Arbeit stark von der Funktionellen Entspannung und der Konzentrativen Bewegungstherapie beeinflusst.

Im Ausdruckstanz nach R. Laban verwendet man strukturierte Körperübungen, Improvisation und freie Bewegungsgestaltung. Dabei geht es um die Erfahrung, daß Raum, Zeit und Spannung die Bewegung bestimmen und der Bewegungsdruck mit der inneren Gefühlswelt verbunden ist. Es wird die Eigenständigkeit der Bewegung gefördert und es geht um das Erlebnis, sich aus den Inneren heraus bewegen zu lassen. Das Finden dieser Eigenbewegung in der wertschätzenden therapeutischen Beziehung hat eine heilsame Wirkung.

2. c) Psychotherapeutische Verfahren sind:

- Konzentrierte Bewegungstherapie,
- Integrative Leib- und Bewegungstherapie nach Hilarion Petzold,
- Analytische Tanztherapie,
- Bioenergetik,
- Ganzheitliche Psychotherapie nach Maurer (IKP)

Die Arbeit mit dem Körper und der Bewegung sowie das Gespräch sind integrativer Bestandteil aller Methoden. Körperlichkeit und Handeln werden im sozialen Bezugsrahmen gesehen.

Die Begegnung mit den Patienten findet auf einer verbalen und auf einer nonverbalen Ebene (Handeln, Bewegen, Berühren) statt.

Zielsetzungen dieser körperpsychotherapeutischen Verfahren in der Psychiatrie sind die Behebung und/oder Verminderung von akuten und chronischen Störungen bzw. von Defiziten. Zusätzlich soll die Erhaltung und Stabilisierung von vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten erreicht werden, ebenso wie die Entwicklung spezifischer Potentiale oder, im seltenen Fall, die Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit.

Dazu verwenden die vorher genannten Verfahren verschiedene Modalitäten entsprechend den Krankheits- und Störungsbildern.

Drei Modalitäten gehen in der praktischen Arbeit ineinander über und wechseln sich ab:

- Übungszentriert
- Erlebniszentriert
- Konfliktzentriert

Besonders bei chronisch psychiatrischen Patienten werden primär die ersten zwei Modalitäten verwendet. Die körperpsychotherapeutische Arbeit mit psychiatrischen Patienten ist häufig ressourcenorientiert und ich-stärkend.

In vielen körperpsychotherapeutischen Prozessen verbessert sich die Wertschätzung des eigenen Körpers des Patienten; in Anbetracht der psychophysischen Grundkorrelation, die bei Patienten mit sogenannten Frühstörungen oft zu beobachten ist, kann dies grundlegende Bedeutung erlangen.

Es gibt viele empirische Studien, die zeigen, dass sowohl Patienten mit neurotischen als auch mit psychotischen Störungen im Vergleich mit gesunden Probanden, sowohl quantitativ als auch qualitativ mehr und tieferreichendere Körpererlebensstörungen aufweisen.

Jedes psychische Erleben kann durch verändertes Körpererleben beeinflusst werden. Die Veränderung kann kurzfristig sein, was für den Patienten oft einen Hoffnungsschimmer darstellt, aber auch andauern, wenn sich der Patient in einem Genesungsprozeß befindet.

So kann bei psychiatrischen Patienten die Arbeit am Körpererleben und Körperbewußtsein eine große Ressource darstellen, die nach und nach genutzt werden kann. Grundlegend ist dabei das Gefühl, lebendig zu sein, zu existieren.

Bei der Konzentrativen Bewegungstherapie, als eine erlebniszentrierte Körperpsychotherapie, verlassen wir uns darauf, daß durch das wiederholte „Anspüren“ und die Handlung im Interaktionsfeld die im Körperbild internalisierte, affektive Gestimmtheit der frühen Objektbeziehungen wiederbelebt werden kann. Mit Hilfe von Körpererleben, Symbolisieren, Interaktion (meist nonverbal) und Gespräch können destruktive Gedächtnisinhalte, die – beispielsweise – suizidales Verhalten induzieren, durch Veränderung der Vater- und Muttererinnerungen (gespeichert im Körpergedächtnis) zu liebevolleren Gedächtnisinhalten umgewandelt werden, so dass die fehlenden Erinnerungsspuren von „geliebt werden“, „aufgefüllt werden“ und der akute Wunsch sich zu vernichten, verschwindet.

Wir wissen heute, dass Gedächtnisinhalte durch übliche sprachliche Interaktion alleine kaum verändert werden. Verändert wird bestenfalls der Umgang damit (Maurer 1999).

Die „Körperlosigkeit“ psychiatrischer Patienten zeigt oft symbolisch, dass sie kein ausreichendes Gefühl für ihre Existenz besitzen, d.h. dass ihre Daseinsberechtigung in der Welt nicht selbstverständlich ist oder dass sie nur unter gewissen Bedingungen (z.B. wenn sie etwas leisten, lieb, schön, intelligent sind etc.) da sein können.

Diese mangelhafte Daseinsberechtigung kann in einem Therapieprozess durch kurze, regressive und „nachnährende“ körperpsychotherapeutische Arbeit mit voll akzeptierender Haltung des Therapeuten verändert werden.

Der Körper wird dadurch existent und lebendig und dem Patienten stehen wieder viele Möglichkeiten im Leben offen. Sich am Leben freuen dürfen, Glück empfinden dürfen, sich anderen zuwenden dürfen, lieben dürfen, lachen dürfen, gut essen dürfen und vieles mehr (siehe Abb.3).

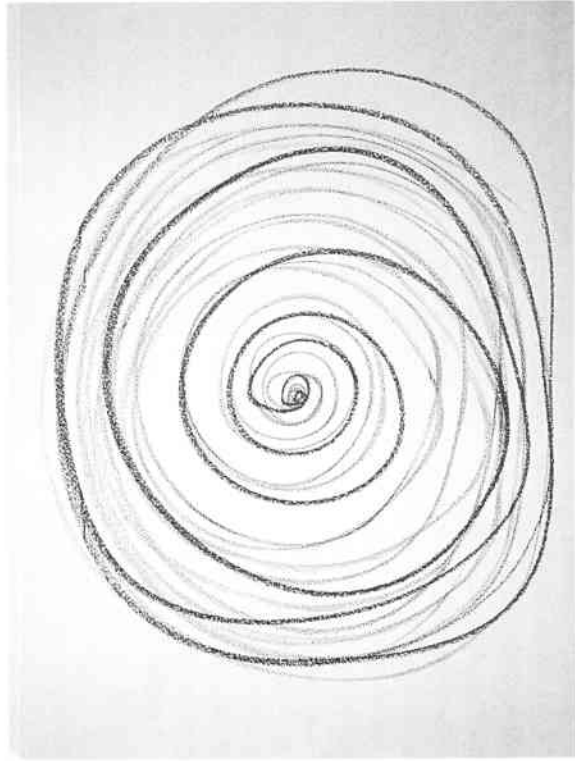


Abb. 3

Dieses Erleben tritt selbstzerstörerischen Zügen voll entgegen, und damit auch ihren Auswirkungen im Sinne verschiedenster Symptome körperlicher und psychischer Art.



CHRISTA LEHOFER: Graz; Psychotherapeutin, Dipl. Physiotherapeutin, Therapeutin für Konzentrierte Bewegungstherapie, Lehrtherapeutin an der Akademie für Physiotherapie in Graz, mehrjährige Praxis an psychiatrischen Institutionen.

LITERATUR

- Budjuhn A.: Die psychosomatischen Verfahren, Verlag modernes lernen, 1990.
- Cotta H., Heipertz W., Hüter-Becker A., Rompe G.: Krankengymnastik, Psychiatrie, Querschnittlähmung, Georg Thieme Verlag, 1983.
- Feldenkrais M.: Die Entdeckung des Selbstverständlichen, Insel Verlag, Frankfurt 1985.
- Gräff Ch.: Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1983.
- Kleine, W./ Hautzger, M. (Hrsg.): Sport und psychisches Wohlbefinden. Edition Sport & Wissenschaft, Band 4, Aachen, 1990.
- Klotz-Wiesenhütter M.: Selbstfindung über den Leib, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1982.
- Krietsch S., Heuer B.: Schritte zu Ganzheit, Bewegungstherapie mit schizophrener Kranken, Gustav Fischer Verlag, Lübeck, 1997.
- Lehofer M, Kiebel H, Gersdorf Ch, Zapotoczky HG: Lauf und Bewegungstherapie mit Depressiven, unveröffentlichtes Manuskript, 1991.
- Lehofer M: Drei ausgewählte Modelle zur Grundlage von Lauftherapie bei Süchtigen, unveröffentlichtes Manuskript, 1992
- Maurer Y: Der ganzheitliche Ansatz in der Psychotherapie, Springer, Wien, 1999.
- Maurer Y: Physikalische Therapie in der Psychiatrie, Verlag Hans Huber, Bern, 1979.
- Maurer Y: Körperzentrierte Psychotherapie, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1987
- Mezgoлич A: Konzentrierte Bewegungstherapie: Drei Grundannahmen, unveröffentlichtes Manuskript, 1994.
- Petzold HG: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Paderborn, Junfermann, 1996.