

Zeitschrift:	Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti
Herausgeber:	Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band:	- (1981)
Heft:	6
Artikel:	Psychotherapeutische Aspekte der Physiotherapie in der Psychiatrie
Autor:	Saameli, W.
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-930466

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 08.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Psychotherapeutische Aspekte der Physiotherapie in der Psychiatrie

von W. SAAMELI

*Aus der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. K. ERNST*

Einleitung

Die Wirkung der Physiotherapie liegt in einem viel weiteren Bereich als dem der klassischen somatischen physiotherapeutischen Indikationen, wie sie auch im Krankengut psychiatrischer Kliniken immer wieder vor kommt. Ausgehend davon, dass keine scharfe Trennung von Leib und Seele besteht, sondern dass menschliches Verhalten bis zu den Manifestationen der Organfunktion *ein* Ausdruck eines einheitlichen be seelten Organismus ist, kommt der Physiotherapie in der psychiatrischen Klinik auch ein psychotherapeutischer Stellenwert zu. Im klinischen Alltag wird immer wieder festgestellt, dass die vom Patienten geäus serten Worte nur eine sehr unzureichende Information über sein Befinden ergeben; Befund und Eindruck ergeben sich jeweils aus vielen zusätzlichen Signalen, die manchmal gar die verbale Äusserung wider legen. Ebenso erfahren wir tagtäglich, dass auch im ärztlichen Kontakt mit dem Patienten nicht eine präzise Wortwahl das einzige therapeutische Agens ist. Bedeutsam ist unsere ganze Haltung, die wir auch durch an dere Ausdrucksformen dem Patienten ent gegenbringen, was er ja oft viel besser spürt, als wir primär wahrhaben wollen. Selbstverständlich darf nicht der Anspruch erhoben werden, mittels non-verbaler psy chotherapeutischer Techniken, wie sie in der Physiotherapie und insbesondere in der Bewegungstherapie auch unternommen werden, die Behandlungsmöglichkeiten der Psychiatrie zu revolutionieren und medikamentöse oder psychoanalytisch orientierte Therapien über Bord zu werfen. Es ist klar, dass in der Klinik ein Zusammenwirken ver schiedenster Faktoren wie pharmakotherapeu tische und milieutherapeutische Beein flussung in ihrem Parallellaufen und Inein anderwirken letztlich die therapeutische Funktion der Klinik ausmachen. Hier geht es um die Betonung, dass mittels menschli cher Ausdrucksformen, wie sie sich über den körperlichen Zugang zum Patienten und in dessen Motorik manifestieren, mehr oder jedenfalls Zusätzliches über das Innen leben des Patienten erfahren und dadurch die Kommunikationschancen erhöht wer

den können, was bei der Einwirkung auf entsprechender Ebene die Selbstheilungstendenzen der Patienten unterstützt.

Das schlechte Gewissen der Psychiatrie bezüglich körperlicher Einwirkung auf psychisch Kranke

In der psychiatrischen Literatur ist dieses ganze Thema verhältnismässig wenig bearbeitet. In den psychiatrischen Lehrbüchern wird wohl kurz auf Physio- und Bewegungstherapie hingewiesen, doch auch fest gestellt, dass körperliche Einwirkungen auf psychische Ausnahmezustände durch die Einführung der Psychopharmaka überholt sind. Solche körperliche Einwirkungen auf hochgradige Erregtheit oder Apathie waren in der alten, aber noch nicht allzuweit zurückliegenden Zeit der Irrenanstalten gang und gäbe. Die früher verwendeten Methoden körperlicher Einwirkungen auf psychisch Kranke, z.B. auch in Form von kalten Bädern mit brüskem Untertauchen der Patienten sowie Überraschungsduschen mit einem kraftvoll auf den Kopf dirigierten Strahl sowie nassen kalten Tüchern, wie sie kürzlich auch wieder unter dem Namen «wet pack» in amerikanischen Publikatio nen aufgetaucht sind etc., haben ein schlechtes Gewissen hinterlassen. Diese Mittel waren ja wohl dazu bestimmt, die Geisteskranken – unter dem Vorwand, es handle sich um eine Behandlung – effektiv ruhig zu stellen. Jenem Vorgehen von Seiten der Irrenwärter und -Wärterinnen, wie sie damals hießen, konnte ein gewisser Strafcharakter nicht abgesprochen werden. Immerhin muss auch gewürdigt werden, dass dem damaligen Personal ohne Unter stützung der Neuroleptika einfach hin und wieder einige Momente der Ruhe gewährt werden mussten. Dieser an Strafe erinnende Aspekt früherer Hydrotherapie, dem auch ein gewisser Sadismus nicht abgesprochen werden konnte, war ja von der Gesellschaft geteilt und vom Kranken gespürt, aber umso mehr auch Erzeuger von Schuld gefühlen bei den Therapeuten und Ärzten. Dieses schlechte Gewissen von Seiten der nicht allzuweit zurückliegenden Psychiatrie-

geschichte muss eingerechnet werden, wenn eine gewisse Zurückhaltung gegenüber neuer Methoden körperlicher Einwirkungen auf psychisches Kranksein geübt wird. Dies mag bis zu einem gewissen Grad auch dem noch etwas mangelnden Interesse zugrunde liegen, das die deutschsprachige Psychiatrie bis vor kurzem Bestrebungen der Physio- und Bewegungstherapie für psychisch Kranke entgegengebracht hat.

Literaturübersicht

Auch wenn gesamthaft wenig Literatur über theoretische Grundlagen solcher Behandlungsformen bestehen, kann hier kein umfassender Überblick über bisherige Konzepte und Erfahrungen gegeben werden, hingegen seien einige – immerhin repräsentative – Beispiele herausgegriffen:

Von psychoanalytischer Seite wurde bereits 1927 durch die berufene Feder von *Fenichel* auf die Zusammenhänge von Muskulatur und Psyche aufmerksam gemacht (zitiert in Sloms). Er geht von der Feststellung aus, dass die verschiedenen Muskelgruppen graduell einen sehr verschiedenen Tonus haben, wobei für gewisse Bewegungen viele an sich unnötige Muskeln mitinnerviert und also gebraucht werden. Diese dystonischen Phänomene erklärt er mit dem psychoanalytischen Konzept, indem er sie als partielle Einschränkung der Autonomie des Ichs über die Motilität darstellt. Demnach sind die Verdrängungen von Erlebnissen und Gefühlen ins Unbewusste in diskreten Verzögerungen der Motilität ersichtlich sowie in muskulären Verspannungen, die während des ganzen Lebens bestehen bleiben. Der Dystonus ist also ein Mittel, um das versteckt zu behalten, was verdrängt ist: im Sinne eines psychischen Korrelates der psychischen Energie, die für die Veränderung verwendet wird. So kann diese Begrenzung der Ich-Autonomie Störungen im Körperschema bewirken.

In den 50-ziger Jahren machte die Anwendung der Eurhythmie für psychiatrische Patienten von sich reden (von Schroetter, Schigutt). Schon in den Anfängen der heute noch florierenden Lindauer Psychotherapie-Wochen wurde der bewegungstherapeutische Zugang in seinen verschiedensten Variationen benutzt. *De Ajuriaguerra* beschrieb 1959 den Begriff des psychomotorischen Syndrom des Kindes. Er betonte dabei die Wichtigkeit der Muskelspannung als globale Antwort des Organismus gegenüber den Anforderungen der Umgebung und als Manifestationsmöglichkeit der vegetativen Energie. Seither ist eine eigentliche Berufs-

gruppe, in Frankreich «thérapie psychomotrice» genannt, entstanden. Die eigentliche Bewegungstherapie von turnpädagogischer Seite her hat sich unter *Gordyn* an der Sportschule Utrecht entwickelt. Im Laufe der 60-ziger Jahre gewinnt in der Literatur der Umstand zunehmend an Bedeutung, dass auch in der Therapie von psychisch Kranken, der «Behandlung» im engeren Sinne, d.h. der Berührung mit den Händen, besondere Beachtung geschenkt werden muss. Zusätzlich wird dabei hervorgehoben, dass der menschlichen Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten und insbesondere der Gruppendynamik – im Sinne eines Umsetzens der Affekte in einen Kreislauf – eine ausschlaggebende Rolle kommt.

Hydrotherapie

Von besonderem Interesse ist eine 1963 erschienene Publikation von *Harlfinger*, der sich vor allem mit der Hydrotherapie auseinandersetzt. Diese bedarf in Zusammenhang mit den anfangs erwähnten Schuldgefühlen gegenüber physischen Einwirkungen auf psychisches Kranksein besonderer Erwähnung. Daneben scheint es wichtig, auf diesen Bereich deshalb besonders hinzuweisen, weil er mit den Möglichkeiten vieler Kliniken nicht ausgeschöpft werden kann. Harlfinger beschreibt hydrotherapeutische Anwendungen für mitigierte schizophrene Schübe, nicht suizidale Depressive und Neurotiker gleich von Beginn der Hospitalisation weg. Daneben appliziert er Hydrotherapie nach grossen psychiatrischen Kuren inklusive neuroleptischen Dämmerskurten. Schliesslich empfiehlt er auch Hydrotherapie bei stationären chronischen Psychotikern, die dadurch Aktivierung und Stimulation erhielten. Er betont, dass Hydrotherapie für erregte Patienten, vor allem manische und hochgradig verängstigte, oder suizidale Patienten, natürlich kontraindiziert ist, ebenso für solche mit gesenkter Bewusstseinslage. Der Autor meint, dass von einem Psychotiker, der daran ist, aus der Psychose herauszukommen, die Hydrotherapie als eine klassische somatische Behandlungsform und dadurch als eine sehr angenehme Brücke erlebt werden kann, um aus seinem Wahn und seinen körperlichen Halluzinationen herauszukommen. Er kann sich von den Störungen im Körperschema distanzieren, ohne das Gesicht vor dem Therapeuten und dem Milieu zu verlieren, mit dem er endlich eine gültige Beziehung aufgebaut hat. Dabei wäre es katastrophal, gerade diese Beziehung zu den durch diese Therapiemethode kennengelernten Perso-

nen zu verlieren, was den Weg zur Heilung erst recht in Frage stellen würde. Der Autor betont die Tatsache, dass eben auch die Hydrotherapie eine wahre «Behandlung» ist, d.h., dass die Tatsache, dass ja der Therapeut den Patienten auch mit der Hand berührt, eine wichtige Rolle spielt. Er weist in seiner Publikation auf die erstaunliche Wirkung der Kneipp-Kuren und Sauna-Bäder etc. hin und räumt natürlich ein, dass es schwierig ist, zu unterscheiden, ob die magisch symbolische Wirkung des Wassers an sich einen positiven Effekt ausübt oder nur die Beziehung zum Therapeuten. So wie weder in der Ergotherapie noch in andern Psychotherapieformen die Wirkung statistisch erfasst werden kann, so macht er auch hier die gleiche Einschränkung.

Bewegungstherapie

Der gleiche Autor äussert sich 1968 zusammen mit *Schulte* im «Handbuch der physikalischen Therapie» ausführlich über die physische Einwirkungsmöglichkeiten auf psychisches Kranksein.

Die beiden heben insbesondere die Bewegungstherapie hervor und betonen, dass sie speziell für Schizophrene indiziert ist. Dabei ist die Vorstellung wichtig, dass in der Patienten-Gruppe die Bewegungen des Bewegungstherapeuten kopiert werden, was einen affektiven Kontakt mit exaktem rhythmischem Ablauf schafft, wohlverstanden bei Patienten, deren Krankheitsbild wesentlich durch die affektiven Störungen und die Isolierung mangels adäquater Kontaktfähigkeit mit anderen Menschen bestimmt ist. *Schulte* und *Harlfinger* beschrieben, wie neben dieser sogenannten autistischen Isolation auch Negativismus, Inhibition sowie Ambivalenz aufgehoben würden. Durch die mittels der Muskulatur dargestellte Spannung zwischen Impuls und Gegenimpuls wird häufig der für Schizophrene charakteristische Stupor aufgehoben, so dass z.B. in ihrem Redefluss keine Sperrungen mehr auftreten. Von Bedeutung ist aber auch, dass die Patienten durch die Teilnahme an der Bewegungstherapie-Gruppe sehen, dass sie mit ihren Schwierigkeiten nicht allein stehen. Es ist wesentlich, immer noch laut *Harlfinger* und *Schulte*, dass in der Bewegungstherapie mit schwer psychisch Kranken behutsam vorgegangen wird. Erst nach vorsichtigen Schritten, d.h. wenn der Patient wieder Herr seiner Psychomotorik geworden ist, kann auf komplizierte Gymnastik übergegangen werden. Obgenannte Autoren gehen in ihrer Behutsamkeit so weit, dass sie Bewegungstherapie bei der Unter-

form der Schizophrenie, bei der die motorischen Phänomene im Vordergrund stehen, also der Katatonie, nicht als indiziert erachten und den Zugang zum Patienten mittels Massage empfehlen.

Auch *Scharfetter* warnt vor jeglicher Überaktivität (auch physiotherapeutischer Art) bei der Erstbegegnung mit einem Kranken, da z.B. die mannigfachsten uns anfänglich unbekannten Erlebnisgrundlagen zum katatonen Stupor führen können. So könnte auch im Einzelfall eine behutsame Massage bereits eine Überforderung darstellen. Anderseits können gerade bei einem Katatonen, dessen Physiotherapeutin es in den ersten Begegnungen ohne Worte und Drängen zu Berührungen und Bewegungen bei ihm ausgehalten hat, durch anschliessende, auf den bestimmten Patienten abgestimmte Bewegungstherapie, entscheidende psychotherapeutische Hilfe gebracht werden. *Scharfetter* hat beobachtet, wie bei Patienten mit schwerem Ich-Aktivitätsverlust, die sich durch stereotype Bewegungen und zeitweilige Überaktivität versichern müssen, dass sie sich noch bewegen können, durch genügend Möglichkeiten zur Bewegung die Neuroleptikadosis reduziert werden kann. *Scharfetter* legt Wert darauf, dass auch bei schwer Kranken, die sich nicht mehr sprachlich mitteilen können, die jeweilige Behandlung aus der Einsicht in den Kranken individuell zu kreieren ist. Er betont dabei, wie wichtig es ist herauszufinden, was für eine Funktion die Symptome für den Kranken haben. Dahinter steht die Bereitschaft, in jedem Verhalten eines Patienten einen Sinn anzuerkennen. Den Kranken zu verstehen suchen, macht den Therapeuten bescheiden und lässt ihn beim Kranken verweilen. Nur in einer Haltung, die sich dienend auf den Kranken ausrichtet, kann auch die Physiotherapeutin dem Kranken zur Brücke zur Rückkehr in die gemeinsame Welt werden.

Indikationen und Kontraindikationen

Es liegt auch nahe, dass bei schwer endogenen Depressiven keine aktive Bewegungstherapie erwartet werden kann, vielmehr müssen solche Patienten vorerst passiv bewegt werden, wie das für Physiotherapeuten z.B. bei Gelähmten üblich ist. Weitere Kontraindikationen bestehen bei akuten manischen Phasen, was ich hier besonders betonen muss, kommt es doch immer wieder vor, dass Schwestern und Ärzte denken, dass es den manischen Patienten gut tun würde, sich im Turnen etwas auszutoben. Dies würde aber einem Verheizen des thera-

apeutischen Potentials der Physiotherapie gleichkommen. Als weitere Kontraindikationen für Bewegungstherapie geben Harlfinger und Schulte an, dass wenig oder kein Erfolg zu erwarten sei bei Psychopathen und Oligophrenen.

Das vorsichtige schrittweise Vorgehen vom Kopieren der Bewegungen der Therapeutin bis zur Kontaktaufnahme mit andern Gruppenmitgliedern mittels neutralem Objekt wie Ball bis zu gegenseitigen Berührungen in Form von Handreichen in Kreisform, das die Hemmungen und Ambivalenzen schliesslich zu überwinden versteht, muss sehr subtil gehandhabt werden und kann nicht durch charakterlich oder intellektuell unkooperative Patienten gestört werden. Erst nach diesem schrittweisen Aufbau zur nicht-verbalen Gruppentherapie kann allenfalls später zu eigentlicher Gymnastik übergegangen werden. Gymnastik ist speziell indiziert für symptomatische psychische Krankheiten z.B. bei der Chorea Huntington. Schulte hat signifikante Unterschiede festgestellt bezüglich Gymnastik bei seniler Demenz und arteriosklerotischem POS, da nur die letzteren Patienten darauf ansprächen, dafür besonders gut. Bezuglich endogener Depressiver erwähnt er, dass nicht zu erwarten ist, dass sie von Anfang an in einer Gymnastikgruppe mitmachen, hingegen würden Depressive durch passive Mobilisation positiv beeinflusst. Besonders schwierig sei es für endogene Depressive, Atemübungen durchzuführen, da jede tiefe Einatmung eine Entscheidung bedeute, zu der ja der schwer endogene Depressive nicht fähig ist. Noch in diesem Handbuchartikel wird empfohlen, Bauch- und Rückenmassagen für Fälle von Obstipation, ebenfalls in Zusammenhang mit endogener Depression, zu unternehmen. Selbstverständlich wird auch betont, dass es falsch wäre, einem Melancholiker gute Laune und Schwung aufzuoktroyieren, da dieser ja präzis unter dieser Unfähigkeit, seine Affektivität zu modulieren, leidet. So wie wir es auch sonst vom Umgang mit Depressiven wissen, ist ein Zugang der zuviel Fröhlichkeit erheischt, ungeschickt, da er die Depressiven noch viel eher bewusst werden lässt, woran sie leiden. Auch Schulte und Harlfinger weisen darauf hin, dass Neurotiker ein breites Indikationsgebiet für Bewegungstherapie darstellen, letzteres zusätzlich zur konzentrativen inneren «Gymnastik» des Autogenen Trainings, auf die wir später noch zu sprechen kommen. Beide Autoren betonen, dass technische Mittel eines physiotherapeuten Dienstes wie Ultraschall, Elektrotherapie, sei es nun Novodyn oder Ultra-

kurzwellen und Ultraviolett etc., in der Psychiatrie im engeren Sinn, d.h. zur Behandlung psychischen Leidens, nicht indiziert sind. Hingegen ist Kontaktaufnahme mit dem Menschen ohne Zwischenschaltung der Technik viel wichtiger. Hin und wieder können aber diese technischen Mittel als Möglichkeit zur Distanzierung benutzt werden, um eine allzu starke Intensivierung des Kontaktes nach einer gewissen Zeit zu verhindern. Aber generell ist viel wichtiger, die Wärme von Hand zu applizieren, z.B. in Form von Wickeln, allenfalls auch durch Parafango- und Teilbäder mit gleichzeitiger Präsenz der Therapeutin, als durch einen zwischengeschalteten Infrarot- oder Heissluftapparat. In diesem Zusammenhang bestätigen die Autoren auch, dass blosse Klimatherapie zur Luftveränderung nach dem Klinikaufenthalt sich kaum als günstig erweist, da ja eine sofortige Arbeitswiederaufnahme viel wichtiger ist. In diesem Sinne gehören Psychotiker und schwerst neurotische Patienten nicht in Badekurorte, da die Atmosphäre an solchen Orten sich für psychisch Kranke labilisierend auswirkt und häufig suizidale Tendenzen verstärken kann.

Solms hat sich Ende des letzten Jahrzehnts mit den Möglichkeiten des Autogenen Trainings im Sinne einer konzentrativen inneren «Gymnastik» auseinandergesetzt. Er verfügt speziell über Erfahrungen und Erfolge in der Behandlung von Süchtigen (Alkoholikern und Drogenabhängigen) in Gruppen. Solms betont ebenfalls, dass psychische Mechanismen für den Muskeltonus terminierend sind, sowie die physische Spannung den psychischen Zustand beeinflusst. Es besteht demnach eine funktionelle Einheit des neuromuskulären und des psychischen Bereichs.

Sensorisch-motorische Wiedererziehung

Nach Sivadon besteht das Hauptziel der Bewegungstherapie in der Psychiatrie in der sensorisch-motorischen Wiedererziehung um dem psychisch Kranke eine bessere Kommunikation mit seinem eigenen Körper zu ermöglichen. Durch diese bessere Integration ist es möglich, einen Einfluss auf die verschiedenen Formen von Angst auszuüben. Schliesslich erlangt die Beziehung zur Umwelt gerade durch den Körper ihre besondere Bedeutung. Das Ich des Kindes organisiert sich ja durch den unmittelbaren Körperkontakt und durch das Erlernen der Distanz. In der Annahme, dass eine Persönlichkeit in dieser Beziehung unter einer Kargenz gelitten hat und sich deshalb nicht rich-

tig strukturieren konnte, geht es darum, ein Vermittlungsmodell herzustellen, das an die präobjektale Beziehung des kleinen Kindes erinnert, aber doch eine klare Situation für den Erwachsenen bedeutet. Dies ermöglicht die Rekonstruktion eines räumlich-zeitlichen Rahmens, der autonomer und authentischer ist. Durch Faktoren, die so elementar sind wie der Kontakt mit dem Wasser, dem Boden sowie den Händen der Physiotherapeutin, wird der Kranke zuerst in gewissem Sinne ruhig gestellt und erhält Gelegenheit, Vertrauen zu fassen. Für *Sivadon* ist das Wasser in einer Badewanne und einem kleinen Schwimmbecken, bei dem die Therapeutin den Patienten noch halten oder jedenfalls kontrollieren kann, ein Mittel der Sicherheit einflößenden Regression und als solches für die sehr früh und tief Gestörten, also auch die Schizophrenen, indiziert. *Sivadon* geht soweit, die Situation des Kranken in einem Schwimmbecken mit stetiger Kontaktmöglichkeit mit der Therapeutin, zu vergleichen mit der Situation des Foetus in der Amnionflüssigkeit. Dieses Klima des Vertrauens, das in diesen regressiven Momenten erzeugt wird, und eine ganz wesentlich Bereicherung im therapeutischen Arsenal der Klinik darstellt, wird aber charakteristischerweise nicht beibehalten. Die Regression ist also gleich gefolgt von der Möglichkeit der Rekonstruktion eines spatiotemporalen Rahmens, der autonomer und authentischer ist. Dies geschieht aber aus der Regression heraus in einem gewissen Rhythmus und mit der Möglichkeit, jederzeit wieder in dieses sichere, vertrauliche Klima zurückzugehen, wie es durch den Zugang mittels angenehm warmen Bad oder Massage zuerst erzeugt worden ist. Dies ist häufig ja während Gesprächskontakten mit psychotischen Patienten nicht möglich, wenn nicht Mittel bestehen, auf präverbalem Weg wieder zu dieser Geborgenheit zurückzuführen.

Beruflische Rolle der Physiotherapeutin

Da die grosse Zahl der Störungen im Patientengut psychiatrischer Kliniken auf präverbalem Niveau liegen, ist ja weiter auch nicht verwunderlich, dass ein nonverbaler Zugang häufig der einzige Einstieg in einen Kontakt mit dem Patienten darstellt. Das wissen ja auch die Ergo-Therapeutinnen. Mit dem Wiedererlernen des Raumes und der Distanz vom Ich zur Umwelt, verlassen wir natürlich etwas die gewöhnlichen Techniken der Physiotherapie. Doch bietet gerade die klare beruflische Rolle der Physiotherapeutin für den Patienten einen zusätzlichen Sicherheitsfaktor, um sich in etwas

einzulassen, das eben über das rein Physi- sche hinausgeht. Bei der Bewegungstherapie sind dem Rhythmus und dem Spiel sowie der eine besondere Sicherheit einflößenden Persönlichkeit der Therapeutin besondere Bedeutung zuzumessen. Diese sicherheits- einflößende Atmosphäre der Persönlichkeit der Physiotherapeutin kann nicht genügend betont werden. Handle es sich nun um Massagen, eine sehr direkte Form von Kontakt in einem geschlossenen Lokal und in einer warmen Atmosphäre, oder handle es sich um ein kleines Schwimmbecken oder um die passive Mobilisation; in allen Fällen präzisiert der körperliche Dialog jedesmal genau das Beziehungsfeld, und es formiert sich langsam aber sicher eine progressive Strukturierung der Persönlichkeit durch die Vermittlung der alternierenden Möglichkeiten von passivem Verlassenwerden und koordinierter Aktivität. Diese körperliche Reduktion ist auch für Neurotiker eine eigentliche Entdeckung, da sich seelische Spannungen sehr häufig in körperliche Spannungen und mangelnder «Suplesse» äussern.

Müller weist darauf hin, dass es häufig sehr schwierig ist, eine klare Trennung der psychotherapeutischen Mittel in der Klinik durchzuführen. Er meint damit die kurativen Elemente des verbalen Dialogs, der schöpferischen Tätigkeit in der Ergotherapie, der Wiedererziehung in der Arbeitstherapie sowie der Stimulation durch die Gruppe und eben nicht zuletzt auch durch die Effekte der Physiotherapie. Eine der praktischen Konsequenzen dieser schwierigen Abtrennung ist, und das möchte ich bei dieser Gelegenheit ganz besonders betonen, dass die Physiotherapeutin sehr gut über die persönliche Situation der Patienten in Kenntnis gesetzt wird. Es scheint mir unerlässlich, dass sich hier der Fallarzt persönlich darum bemüht, die Physiotherapeutin bestmöglichst über Vorgeschiedene und aktuelle Situation sowie andere Therapiemassnahmen und schliesslich Zielsetzungen zu informieren. Dabei erweist sich das persönliche Gespräch zwischen Fallarzt und Physiotherapeutin über den Patienten zu Anfang der Behandlung und auch später bei allfällig auftretenden Schwierigkeiten oder positiven Entwicklungen als ausserordentlich nützlich. Es muss mindestens so gefördert werden wie die ständige Bereitschaft, mit der behandelnden Ergotherapeutin und dem Pflegepersonal über die Patienten zu sprechen. Sonst kommt es eben vor, dass Physiotherapeutinnen, die nach einer somatisch ausgerichteten Ausbildung in der Psychiatrie arbeiten, sich schliesslich frustriert

fühlen durch die Tatsache, dass sie erstens nicht so handeln dürfen, wie sie es in der Physiotherapieausbildung gelernt haben (d.h. einen ganz abgegrenzten körperlichen Teil mit klarer somatischer Indikation), und zweitens auch dadurch, dass die Etappen der Behandlung lang und häufig wenig spektakulär sind. Deshalb ist es wichtig, dass sie auch durch kontinuierliche Ausprachemöglichkeiten mit den anderen Mitgliedern des therapeutischen Teams und dem Fallarzt sprechen können und dadurch unterstützt werden.

Natürlich ist es so, dass die Physiotherapie häufig in der Psychiatrie noch weniger spezifisch ist als andere Domänen der Medizin. Bei vielen Kranken ist es aber überhaupt die einzige Möglichkeit, entweder eine Beziehung aufzubauen oder überhaupt noch eine zu erhalten. Hier darf gesagt werden, dass es oft eine grosse Last bedeutet, sich allein mit einem solchen Patienten abzugeben. Deshalb liegen die *Kontraindikationen* der Physiotherapie häufig auch auf psychologischer Ebene. Es kommt tatsächlich vor, dass die Kranken sich in einer übermässigen Weise an die Physiotherapeutin klammern und ihre ganze Aufmerksamkeit auf diese polarisieren sowie jegliche therapeutische Hoffnung in sie setzen. Die führt unweigerlich dazu, dass entsprechende Enttäuschungen von den Patienten sehr stark empfunden werden. Es kommt auch vor, dass der zu abhängig gewordene Patient nicht aus dieser anfänglichen Regression herauszubringen ist, auch nicht durch Einschaltung von den erwähnten technischen Mitteln, so dass er auf eine unvernünftige Art eine Verlängerung der Behandlung fordert. Gelegentlich bringt das recht grosse Probleme für die Therapeutinnen, die disponibel bleiben müssten, um neue Patienten aufnehmen zu können. Dass dabei auch *Gegenübertragungsprobleme* eine Rolle spielen, liegt auf der Hand. Es ist daher unseres Erachtens recht wichtig, dass auch die Physiotherapeutinnen Gelegenheit haben zu einer Supervision, um Probleme, die sie mit Patienten haben, mit einer neutralen Person zu besprechen. Sivadon erwähnt auch, dass der körperliche Kontakt mit der Therapeutin angstauslösend sein kann, vor allem wenn die psychische Störung auch den sexuellen Bereich mitbetrifft, was ja häufig der Fall ist.

Physiotherapie für Alterskranke

Die Physiotherapie ist von kapitaler Bedeutung in der Medizin und geistigen Gesundheit des alten Menschen. Sie stellt einen in-

tegralen Bestandteil dar der Gesamtreadaptation des alten Menschen, indem sie den ganzen Menschen in Betracht zieht und versucht, ihm das höchstmögliche Niveau von Unabhängigkeit zu geben. Sie ist sehr effizient in der Prävention der Alterskomplikationen, indem sie sich nicht nur auf die Bewegungen auswirkt, sondern gleichzeitig auch den Gesamtorganismus erfasst und die Kommunikationsaktivität fördert. So trägt sie dazu bei, die Involution zu verlangsamen, das Gleichgewicht des alten Menschen zu bewahren und die Entwicklung neuro-psychiatrischer Krankheiten des Alters zu verlangsamen. Spezifisch neigt die Readaptation eines Kranken mit psychoorganischem Syndrom auf arteriosklerotischer Grundlage dazu, auf Physiotherapie gut anzusprechen. Sogar bei den Senil-Dementen gelingt es der Physiotherapie, die terminale Muskelhypertonie seltener werden zu lassen, sofern der Kranke ständig einer konstanten Stimulation unterworfen ist, die verlängerte Bettlägerigkeit verhindert. Die passive und aktive Mobilisation verhindert artikuläre Versteifungen und Muskelkontraktionen.

Dynamik der Beziehung

Zum Schluss dieser Streiflichter auf einschlägige Literatur sei erwähnt, dass Bräutigam sehr betont, dass die Bewegungstherapie im therapeutischen Arsenal einer psychosomatischen Klinik integriert sein muss. Staehelin berichtet, dass er das sogenannte «vegetative Psychosyndrom» unter anderem mit Bewegungstherapie behandelt. Seiner Ansicht nach wird dieses Syndrom durch mangelnde Verstärkung des Selbstvertrauens bewirkt. Bewegungstherapie sei nun eine spezifische Hilfe, das anatomische Zentrum des Körpers wiederzufinden und sich dadurch in der Kenntnis seiner selbst sicherer zu fühlen. Die ehemalige Tänzerin Trudy Schoop berichtet, wie ihr Interesse am menschlichen Ausdruck – gepaart mit ihrem Talent, Ausdruck zu deuten – sie bewogen hätte, die Welt des Theaters mit psychiatrischen Kliniken in Kalifornien zu vertauschen. Dort arbeitet sie nun vor allem mit chronischen Schizophrenen. Sie hebt hervor, dass der Bewegungstherapeut sich via Körper an die Gefühle der Kranken adressiere, ohne von der Zensur des Verstandes eingeschränkt zu sein. Sie sieht ihre therapeutische Tätigkeit aber nicht im Interpretieren, sondern im Versuch, das zu ändern, was sie sieht. In der Bewegungstherapie liegt die Betonung auf der Dynamik der Beziehung. Dort wo verbaler Austausch schwierig oder gar ein Hindernis wird, entsteht durch das Spiel mit dem eigenen Körper

und dem anderer Menschen ein wunderbares Mittel, die Spontaneität und Echtheit sich selber gegenüber und in der menschlichen Beziehung wieder zu finden.

Zusammenfassend sei betont, dass die alten Vorurteile gegenüber der Hydrotherapie, die auf die gesamte Physiotherapie in der Psychiatrie übertragen wurden, veraltet sind. Die Neuroleptika haben uns die Möglichkeiten zu vermehrtem Zugang zu den Patienten gegeben. Von psychotherapeutischer Warte aus muss ja öfters festgestellt werden, dass der Dialog Patient/Therapeut verbal nicht immer möglich ist. Die Bewegungstherapie und andere nicht technische Massnahmen im Rahmen der Physiotherapie wie die Massage etc. geben aber die faszinierende Möglichkeit eines Dialoges. Dieser geht noch über die Beziehung zum berufenen Deuter des körperlichen Ausdrucks – eben der Physiotherapeutin, die in dieser Hinsicht geschult ist – hinaus, mündet er doch in eine eigentliche präverbale Gruppentherapie, sobald mehrere Kranke gemeinsam behandelt werden können. Es ist belegt, dass nicht nur eine allgemeine Mobilisation von chronischen Patienten stattfindet, die allenfalls das Angehen weiterer Anstalts syndrome überhaupt ermöglicht. In Bewegungstherapiegruppen mit Schizophrenen liessen sich bereits höhere therapeutische Resultate erzielen, wie z.B. Behandlung von Störungen im Körperschema und – ev. mittels vorsichtigen Kontakten mit dem Ball – Überwindung völliger Beziehungslosigkeit.

Grenzen innerhalb der Institution

Zu den Grenzen einer Intensivierung der physiotherapeutischen Möglichkeiten in der Behandlung psychisch Kranker ist zu sagen, dass die Kooperationswilligkeit bereits bestehender Berufsgruppen wie Krankenschwestern, Ergotherapeutinnen und ärztlicher Psychotherapeuten etc. immer dort ein Ende findet, wo Identitätsprobleme bezüglich der eigenen beruflichen Rolle auftauchen. Dies verlangt von allen Fachkräften immer eine besondere Dosis an Takt und Einfühlungsvermögen in die Erwartung jener Leute, die sich bereits um denselben Patienten kümmern und sich allenfalls konkurrenzieren fühlen könnten. Es ist ja ein häufig beobachtetes Phänomen, dass nach einer endlich eingetroffenen langersehnten Besserung bei einem Patienten immer rasch ein Verantwortlicher gefunden wird, der durch speziellen Einsatz die Entscheidung herbeigefbracht hat. Meistens handelt es sich aber nicht nur um die Wirkung des Medika-

mentes, des Psychologie-Praktikanten, der Ergotherapeutin oder die gute Atmosphäre auf der Abteilung. Häufig spielen eben mehrere Faktoren wie Medikamente klinisches Milieu und psychotherapeutische Methode sowie beteiligte Persönlichkeiten eine Rolle. Schade ist nur, wenn die gegenseitigen Vertreter nicht voneinander wissen. Es galt hier aufzuzeichnen, dass auch die psychotherapeutische Arbeit der Physiotherapeuten in Rechnung zu ziehen ist, wenn im Zustand schwer psychisch Kranken dank eines kombinierten Behandlungsplanes eine Besserung eingetreten ist.

Zusammenfassung

Nach Hinweisen auf die Bedeutung des physischen Zugangs zu psychisch Kranken und Nennung möglicher Gründe für diesbezügliche Zurückhaltung wird aufgrund ausgewählter Literaturbeispiele versucht, die *Indikationen und Grenzen der Physiotherapie in der Behandlung psychischen Krankseins* zu umreissen. Dabei wird besonders der Hydrotherapie, der sensorisch-motorischen Wiedererziehung in der Bewegungstherapie sowie den Beziehungsaspekten und gruppendiffusiven Erwägungen Beobachtung geschenkt. Es ergibt sich die Folgerung, die Physiotherapie noch besser in das therapeutische Arsenal der psychiatrischen Institutionen zu integrieren.

Bibliographie zum Thema: Physiotherapie in Psychiatrie

AJURIAGUERRA J. de, BOUVALOT-SOUBIRAN G.: Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile. Psychiatrie de l'enfant, Vol. II. Paris, 1959.

HARLFINGER H.: Hydrotherapie bei psychischen Krankheiten, Fort. F. Neurol. Psychiat., 31, 1963.

HARLFINGER H., SCHULTE W.: Die physikalische Therapie in der Psychiatrie in: Handbuch der physikalischen Therapie, Band IV, Gustav Fischer, Stuttgart, 1968.

KUCERA M.: Gruppengymnastik. Anleitung zu Spielen unter besonderer Berücksichtigung psychologisch-psychiatrischer Gesichtspunkte, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1975.

MÜLLER C., VILLA J.L., WERTHEIMER J.: La physiothérapie en psychiatrie et en gératrie, Méd. et Hyg. 28: 1736-1738, 1970.

PETZOLD H.: Psychotherapie und Körperfunktion. Junfermann, 1975.

SCHRFETTER C.: Die Haltung des Therapeuten. Psychopathologie und die ther. Grundeinstellung. Im Druck.
Die Psychopathologie Schizophrener als Weg zur Therapie. Im Druck.

SCHOOP T.: Tanztherapie in: Tagungsbericht über Bewegungstherapie und Sport an psychiatrischen Kliniken. ETH Zürich, 1973.

SCHROETTER von H., SCHIGUTT R.: Über Bewegungstherapie in der Heilanstalt, Psychiat. Neurol., Basel 133, 291-202, 1957.

SIVADON P., GANTERET F.: La rééducation corporelle des fonctions mentales, Editions Sociales Françaises, 1973.

SOLMS H.: Die Beziehung der konzentrativen Selbstentspannung zur psychoanalytischen Psychotherapie und zur religiösen Meditation, Ars medici II. 1968.

STAHELIN B.: Zur Frage nach neuen Therapieformen für das vegetative Psychosyndrom ... Fortbildungskurse Schweiz. Ges. Psych., vol. 6 pp. 22-40 (Karger, Basel 1973).

Anschrift des Verfassers:

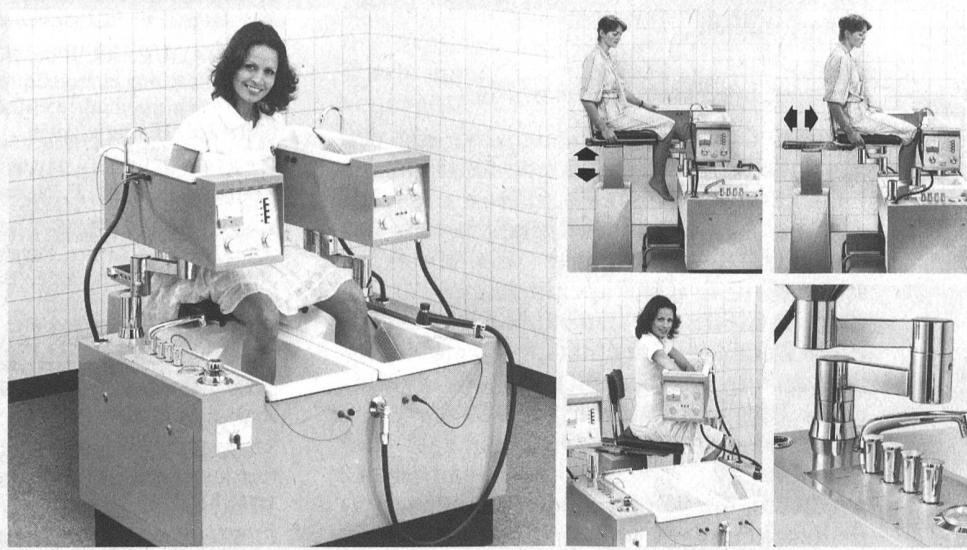
Dr. med. Werner Saameli, Oberarzt
Psychiatrische Universitätsklinik
Postfach 68, 8029 Zürich

Modell 786: Kombination Vierzellenbad-Arm/Fussbad «Hauffe»

Einmalige Kombination

Benz hat nach langer, intensiver Entwicklungsarbeit aus dem anfänglich einfachen, marktüblichen Konzept eine aussergewöhnliche Kombination geschaffen: Vierzellenbad mit temperaturansteigendem Arm- beziehungsweise Fussbad. Die Ausführung – alles in traditionsgemäss beispielhafter Qualität – präsentiert modernste Technik mit bis ins kleinste Detail durchdachter Konstruktion, funktionsbezogenes, ansprechendes Design sowie als Ergänzung den speziell entwickelten Patientenstuhl. Eine auf dem Markt wirklich einmalige Kombination, die auch höchsten Anforderungen gerecht wird. Unsere ausführlichen Unterlagen werden Sie davon überzeugen.

Benz Hydrotherapie-Apparate sind anders als die andern. Überzeugende Gründe sprechen dafür.



Vierzellenbad-Kombination: ● Gehäuse-Elemente aus 2 mm Anticorodal ● Wannen-Stahlblech, säurebeständig, weiß emailliert ● Gehäusefarbe nach Ihrer Wahl ● Armbadelemente auf massiven Doppelgelenkständern gelagert und voll ausschwenkbar ● angeschrägte Fusswannen für bewegungsbehinderte Kniegelenke ● beliebig fixierbare Wannen-Magnetelektroden ● elektronisch gesteuerter Temperaturanstieg für Arm- bzw. Fussbad (Hauffe)

Patientenstuhl: ● 360° drehbar ● stufenlose elektrische Höhenverstellung ● auf Rollen gelagerte Sitzfläche ermöglicht müheloses Verschieben nach vorne bis 30 cm

Vertretung deutsche Schweiz:
FANGO CO GmbH
Postfach 127
CH-8640 Rapperswil
Telefon 055/27 88 77

BENZ
Apparate für Hydro-Therapie
und Hydroelektro-Therapie

BENZ + CIE AG
Universitätstrasse 69
CH-8033 Zürich
Telefon 01/363 23 30

Vertretung franz./ital. Schweiz:
PHYSIO-SERVICE SA
Route de Crissier 32
CH-1023 Crissier
Telefon 021/35 24 61