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: - (1973)

Heft: 250

Artikel: Psychisch bedeutsame Störungen bei physiotherapeutisch behandlungsbedürftigen Patienten

Autor: Hunger, J.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-930496

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: 13.07.2025

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

Der Physiotherapeut
Le Physiothérapeute

Nr. 250 **Juni 1973**

Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich anerkannter Physiotherapeuten
Bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes Erscheint 2-monatlich

INHALT: Psychisch bedeutsame Störungen bei physiotherapeutisch behandlungsbedürftigen Patienten — Integrale Atemschulung — Mitteilung an alle Verbandsmitglieder — Traitement du gros côlon — Mutationen — Fachliteratur

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Bern (Direktor: Prof. Dr. H. Walther-Bühl)

Psychisch bedeutsame Störungen bei physiotherapeutisch behandlungsbedürftigen Patienten

von Oberarzt Dr. J. Hunger

Vergleicht man die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung und und ihren Anteil an den Erkrankungsmöglichkeiten überhaupt mit der psychiatrischen Ausbildungsintensität von Aerzten, Schwestern und spezialtherapeutischen Berufen, dann entsteht ein deutliches Missverhältnis.

Entsprechende Umfragen bei frei praktizierenden Aerzten ergaben, dass der Anteil von vordringlich seelisch Kranken zwischen 10 und 15% lag. Bei weiteren 40% schienen seelische Konflikte eine Rolle bei der Gestaltung bzw. der Erlebnisintensität des körperlichen Leidens zu spielen. Entsprechend dringlich wäre eine adäquate psychiatrische Schulung, um den Besonderheiten seelischer Erkrankungen in Diagnose und Therapie gerecht zu werden und die Psychiatrie aus ihrem noch vielerorts gegebenen Schattendasein, z.B. in Gestalt ländlich-isolierter Riesenkliniken mit geringem Budget und noch geringerem Personalbestand, herauszuführen. Immerhin zeichnen sich heute deutliche Ansätze einer vermehrten Aufmerksamkeit für psychiatrische Probleme ab und finden ihren Niederschlag z. B. in einer vermehrten Berücksichtigung der Psychiatrie im Unterricht der verschiedenen medizinischen Berufe.

Wenn im folgenden über psychisch bedeutsame Störungen im physiotherapeutischen Krankengut referiert werden soll, dann sind damit vor allem zwei Patientengruppen angesprochen:

1. Patienten mit hirnorganischen Störungen, die einerseits z.B. wegen Lähmungen einer physiotherapeutischen Behandlung bedürfen, anderseits als Folge ihrer Hirnstörungen aber auch psychische Störungen zeigen;

2. Patienten mit einer primär seelischen Störung, die sich aber in einem körperlichen Symptom manifestieren wie z.B. als sogenannte «hysterische» Lähmungen.

Schliesslich kann — worauf später noch genauer hinzuweisen ist — eine rein physiotherapeutische Behandlung auch eine oft nicht unbeträchtliche günstige Nebenwirkung auf bestimmte seelische Störungssymptome haben.

Wenden wir uns zunächst der Schilderung jener beiden genannten Patientengruppen zu.

Patienten mit hirnorganischen Störungen

Im physiotherapeutischen Patientengut finden sich reichlich Patienten mit Bewegungsstörungen als Folge von Hirnstörungen: Lähmungen nach Hirnverletzungen, Schlaganfällen, Entzündungen, Hirn-Tu-

moroperationen oder Tonus — bzw. Koordinationsstörungen bei Affektionen des extrapyramidalen Systems beim Parkinson, — Chorea — oder Athetose — Syndrom bew. bei cerebellären Störungen.

In allen diesen Fällen liegt eine Hirnstörung vor. Das Gehirn ist aber gleichzeitig jenes Organ, welches das seelische Sein trägt und gestaltet, so dass bei Hirnerkrankungen immer auch mit seelischen Störungen gerechnet werden muss. Diese in ihren wesentlichen Zügen zu kennen, ist aber für den Physiotherapeuten sehr wichtig. Die physiotherapeutische Methode verlangt in hohem Mass eine gemeinsame Arbeit von Therapeut und Patient und setzt voraus, dass der Therapeut sich neben der körperlichen auch auf die seelische Leistungsfähigkeit bzw. die durch eine Krankheit möglicherweise krankhaft gestörte Wesensart des Patienten einstellen kann.

Wenn wir von seelischen Störungen oder gestörter Wesens- oder Charakterart sprechen, so meinen wir damit Störungen der Intelligenz, des Gedächtnisses, der Wahrnehmungen, der Gefühle, der Triebe, der Orientierungsfähigkeit, der Konzentration oder des Bewusstseins. Bei Hirnstörungen treten uns nun in recht charakteristischer Weise solche seelischen Störungen in bestimmten Gruppierungen (Syndromen) entgegen. Dabei entscheidet weniger die spezielle Krankheitsursache (z.B. Hirntumor, Hirnverletzung, cerebrale Durchblutungsstörungen) über die Art der Antwort des Gehirns mit bestimmten psychopathologischen Syndromen, sondern viel stärker die akute oder chronische Wirkung der Krankheitsursache oder deren mehr lokalisierte oder mehr diffus-verteilte Wirkung auf das Gehirn.

Wir unterscheiden heute im wesentlichen drei solcher Antwortmöglichkeiten des Gehirns auf die verschiedenen möglichen Störungsursachen:

1. Das psychoorganische Syndrom:

Dieses ist vor allem durch Merkstörungen, Intelligenzeinbusse, rasche Gefühlsschwankungen, allgemeine Verlangsamung und eine Antriebsminderung (Interesseneinschränkung, zunehmende Gleichgültigkeit) gekennzeichnet. Wir begegnen diesem Syndrom vor allem bei alten Patienten mit einer Altersdegeneration des Gehirns oder einer cerebralen Arteriosklerose, seltener nach schwersten akuten Hirnschäden durch Traumen oder Entzündungen.

Aus dem beschriebenen Symptombild einer allgemeinen Leistungseinbusse folgt für die therapeutische Begegnung, dass z.B. manche komplizierteren Aufforderungen wegen der Intelligenzminderung des Patienten nicht verstanden oder — wegen der Merkstörungen — rasch vergessen werden. Das Tempo in der Mitarbeit wird oft verlangsamt sein, und die Gefühls- und Antriebsstörungen bedingen häufig eine Gleichgültigkeit oder eine gereizte Abwehr gegenüber den therapeutischen Massnahmen.

2. Das hirnlokale Psychosyndrom:

Hier dominiert meist eine Antriebsminderung, Triebstörungen wie distanzlose Enthemmtheit, Unbekümmertheit, Aggressivität, Minderung oder Steigerung des Bewegungstriebes, sexuelle Störungen und schliesslich Gefühlsstörungen wie Gereiztheit, Verstimmtheit, Aengstlichkeit, Depressionen, seltener auffällig gehobene Stimmungen. Ursache solcher Charakterveränderungen sind lokale Hirnstörungen durch Tumoren, Hirnverletzungen, Entzündungen/Abszesse, umschriebene Degenerationen wie bei der Chorea Huntington oder cerebellären Arthrophien.

Bei der Behandlung von Patienten mit diesen Wesensstörungen ist vor allem oft mit einer hochgradigen Herabsetzung des Willens zur Mitarbeit zu rechnen (Antriebsmangel). Besonders Stirnhirnverletzte können in eine schwerste Gleichgültigkeit geraten und registrieren dann weder ihren sozialen Abstieg noch ihre Beschwerden und Leistungsminderungen durch allfällige Unfallfolgen. Da besonders bei diesen Patienten oft der fehlende eigene Antrieb in einem gewissen Ausmass durch eine Aktivierung von aussen (Fremdantrieb) kompensiert werden kann, hat die physiotherapeutische Methode hier auch einen allgemeinen und oft höchst wichtigen Therapieaspekt im Sinn eines Antriebsanstosses. Weiterhin ist zu beachten, dass durch plötzlich aufschiessende Gereiztheiten oder gar Aggressivitäten der therapeutische Umgang erschwert werden kann und bei der Bewertung solcher unangenehmen Verhaltenswei-

sen immer berücksichtigt werden muss, dass der Patient mit einem hirnlokalen Psychosyndrom über stark verminderte Steuerungskräfte im Sinn der Selbstbeherrschung verfügt.

3. Der akute exogene Reaktionstyp,

welcher nach akuten Störungen des Gehirns (Vergiftungen, Hirnerschütterung, Entzündungen, Hirndruck durch Tumoren, akute cerebrale Durchblutungsstörungen) auftritt, ist durch Bewusstseinstörungen, mangelnde oder aufgehobene Orientierung in Ort und Zeit, verwirrte Gedankenabläufe und Störungen im Begreifen von Fragen oder Situationen gekennzeichnet. Dazu können, vor allem in der Besserungsphase, Angst- und Unruhezustände, Depressionen, Haluzinationen (d.h. Wahrnehmungen von nicht vorhandenen Gegenständen) und noch weitere Symptome hinzutreten.

In dieser Krankheitsphase ist der Patient kein voll verstehender Partner in der Therapiesituation. Auf aktive Mitarbeit kann deshalb vom Therapeuten nicht abgestellt werden, anderseits ist der physiotherapeutische Aspekt in dieser Phase meist auch noch nicht vordringlich. Eine Ausnahme bildet allerdigns das *apallische Syndrom* als eine besondere Verlaufsform nach schweren Hirnverletzungen. Nach einer anfänglichen Bewusstlosigkeit entwickelt sich ein oft lang hingezogener Zustand von eingeschränktem Bewusstsein. Zunächst treten nur primitive Reflexbewegungen auf, später auch plötzliche Triebimpulse und Affektentgleisungen (Unruhe, anhaltendes Schreien, Sich-wehren, Nahrungsverweigerung), dann kommt es zu einem allmählichen Personenerkennen und sprachlichen Aeusserungen. Meist bleibt eine erhebliche Persönlichkeitsveränderung zurück im Sinn eines hirnlokalen Psychosyndroms und / oder eines psychoorganischen Syndroms. Während des oft langen Krankheitslagers sind meist sehr umfangreiche physiotherapeutische Massnahmen, schon im Hinblick auf die Kontrakturgefahren, nötig. Apallische Syndrome werden beobachtet vor allem nach sehr schweren Hirnverletzungen, die vor der Entwicklung der modernen Reanimationsmethoden meist nicht überlebt wurden.

Patienten mit seelisch bedingten Körperstörungen.

Bevor die entsprechende Symptomatik darzustellen ist, bedarf es einiger grundsätzlicher Vorbemerkungen zum Wesen solcher «Konversionen» vom Seelischen in das Körperliche und damit zum Problem der *Neurosen.*

Neurotische Störungen sind Krankheitsformen, die nicht durch eine Körperstörung entsthen, sondern vor allem durch abnorme Verarbeitungen von bestimmten Erlebnissen im Lauf des bisherigen Lebensweges, besonders aber in der Kindheit. Bei jenen bestimmten Erlebnissen handelt es sich vor allem um sogenannte *Ambivalenzkonflikte,* an denen besonders die Kindheit reich ist. Sie stehen an der Wurzel sehr vieler neurotischer Entwicklungen und sind dadurch gekennzeichnet, dass man etwas Bestimmtes will und gleichzeitig das Gegenteil wollen muss: Ein Kind will einen Wunsch durchsetzen, die Mutter verbietet diesen Wunsch, und das Kind muss nun — wenigstens teilweise — auch selbst gegen den eigenen Wunsch sein, weil es die Zuwendung der Mutter nicht verlieren will und sich deshalb auch mit der Mutter und deren Wünschen identifizieren muss. So kommt es zu einer — meist mit Aengstlichkeit verbundenen — inneren Spannung durch jene zwei entgegengerichteten Wunschziele.

Bei jedem Ambivalenzkonflikt drängt sich eine Lösungsnotwendigkeit auf, und diese kann z.B. dadurch gelingen, dass das Kind sich durchzusetzen oder aber echt zu verzichten vermag. Misslingen diese Wege, so müssen Ersatzwege eingeschlagen werden, welche man als *Abwehrmechanismen* bezeichnet:

Das Kind kann z.B. *regredieren,* d.h. es nimmt zu Verhaltensweisen Zuflucht, wie sie jüngeren Altersstufen zukommen, um so die Ansprüche der Eltern an sich zu vermindern.

Eine andere Möglichkeit der Abwehr besteht darin, dass das Kind sich übertrieben stark mit seinen Eltern *identifiziert,* sich also abnorm stark anpasst (betonte Bravheit), dabei aber an Selbständigkeit und Aktivität verliert. Es kann auch in eine abnorm starke Wunschbefriedigung in der

Phantasie ausweichen und so zum *Tagträumer* werden.

Neben diese und noch einer Reihe anderen Abwehrmechanismen spielt aber derjenige der *Verdrängung in das Unbewusste* eine ganz besonders wichtige Rolle in der Entstehung von Neurosen.

Unter dem Unbewussten verstehen wir einen seelischen Bereich, in welchem Triebwünsche oder gehabte Erlebnisse ruhen, von denen man nichts mehr weiss oder die nie richtig in unser klares Bewusstsein gedrungen sind. Quälende Erlebnisse können nun in diese Schicht des Unbewussten abgedrängt werden. Man weiss dann nichts mehr von ihnen, wird also auch nicht mehr unmittelbar gequält, hat diese Erlebnisse aber auch nicht erledigt, sondern gleichsam nur ausgeklammert.

Aus dem Unbewussten heraus können nun diese verdrängten Erlebnisse unser Verhalten heimlich mitbestimmen, z.B. als Uebertragung einer Antipathie auf einen Menschen, der in einem bestimmten Detail an eine Person erinnert, die ihrerseits in einem verdrängten Erlebnis eine Rolle gespielt hat, ohne dass dieser Zusammenhang bewusst wird.

Das Verdrängte kann aber auch wesentlich massiver hervorbrechen und unser Erleben bestimmen. In Versuchungssituationen, in denen ein solches verdrängtes Erlebnis angesprochen wird (z.B. bei einer beruflichen Beförderung zu einer Vorgesetzten-Position, wobei der Betreffende früher viele eigene Ansprüche des Sich-behauptens etwa bei einer überstrengen Erziehung verdrängen musste und ein betont fügsamer Mensch wurde, jetzt aber Autorität und Sich-behaupten zeigen muss), kann die alte verdrängte Problematik hervorbrechen. Sie tut es aber meist in einer *maskierten Form,* damit die quälenden verdrängten Erinnerungen selbst verborgen bleiben. Diese Maskierungen stellen das eigentliche *neurotische Symptom* dar und äussern sich vornehmlich in Angstzuständen, Zwangsgedanken, Depressionen, sexuellen Störungen, allgemeinen Versagenszuständen oder Hypochondrien.

Nun ist aber auch eine Maskierung in Gestalt von Körpersymptomen möglich, von denen die im physiotherapeutischen Krankengut wichtigste Form die sogenannten *hysterischen Lähmungen* darstellen dürften. Man bezeichnet diesen Uebersprung in das Körperliche auch als *Konversionsneurose.* Ausser Lähmungen kennt man auch psychogene Blindheit, Tremor, Anfälle oder Sensibilitätsstörungen. In der Konversionsneurose benutzt der Patient also zur Symptomgestaltung das motorisch-sensible Nervensystem. Die Symptome der Konversionsneurosen haben einen starken Ausdrucks-charakter, indem sie sehr aufdringlich sichtbar sind und an die Umwelt appellieren, dass der Betroffene nicht mehr mit sich und seiner Lebenssituation zurecht kommt. Gleichzeitig wird ein oft erheblicher «Krankheitsgewinn» erreicht, da der Erkrankte etwa durch seine Beinlähmungen viel Zuwendung, Hilfe und Rücksichtnahme von der Umwelt erwarten kann und auch oft bekommt.

Zu Konversionssymptomen neigen vor allem sehr unreife, infantile und sehr egozentrische neurotische Menschen. Zur Illustration ein Beispiel: Eine 32jährige Frau, früher gesund, bekam in ihrem ersten Wochenbett als 25jährige plötzlich eine beidseitige Beinlähmung und blieb in den folgenden Jahren total paraplegisch. Der neurologische Status war — bis auf zunehmende Inaktivitätsatrophien und statisch bedingte Rückenschmerzen — immer ohne Befund. Lebensgeschichtlich ergab sich, dass die Patientin in ihrer «behüteten» Jugend aussergewöhnlich stark von ihren Eltern unterdrückt, bevormundet und so zu einer ganz erheblichen Unselbständigkeit erzogen wurde. Als sie nun ein eigenes Kind bekam, auf das sie sich durchaus gefreut hatte, wurde sie plötzlich von schweren Aengsten überfallen, da sie ihr Kind nicht ausreichend glaubte versorgen zu können, anderseits aber im Hinblick auf ihre Eltern gegen die Behüter- und Erzieherrolle eine tiefste Abneigung entwickelt hatte. Sie geriet also in einen schwersten Ambivalenzkonflikt mit gleichzeitiger Liebe zu dem Kind und Hass auf die Erzieheraufgabe und versuchte diesen dadurch zu lösen, dass sie in einer Weise krank wurde, welche ganz sicher die Pflege des Kindes verunmöglichte und zudem noch als gelähmte Frau grosses Bedauern erntete und die ganze Familie sich wieder um sie kümmern musste.

Allgemein ist zu berücksichtigen, dass solche Konversionssyndrome nicht etwa willentlich «gemacht» werden, sondern unbewusst entstehen. Den Patienten sind die inneren Zusammenhänge seiner Konversionskrankheit weitgehend oder gänzlich verborgen. Gerade bei Konversionsneurosen besteht oft eine ganz besonders starke Verdrängung. Nur wenn diese in einer psychoanalytischen Spezialbehandlung aufgedeckt wird und der Kranke die eigentlichen Wurzeln seiner Störungen erkennen kann, ist ein echter Heilungsweg eingeschlagen.

Aus dieser Konstellation folgt für die allgemeine Therapie, dass neurotische Lähmungen nicht einfach durch Suggestivmassnahmen etwa im Rahmen einer energischen physiotherapeutischen Behandlung nachhaltig therapiert werden können. Bestenfalls gelingt hierdurch eine vorübergehende oder anhaltende Besserung des Symptoms. Die ursächliche Problematik bleibt aber bestehen, und es besteht die Gefahr, dass der Patient — nimmt man ihm sein Symptom gleichsam weg — später in andere Symptome flüchtet (Symptomwandel). Besonders bei jüngeren Menschen ist also bei psychogenen Lähmungen neben einer physikalischen Therapie unbedingt auch ein psychotherapeutischer Behandlungsversuch zu fordern. Bei älteren Menschen mit langjähriger Konversionssymptomatik hingegen wird man sich häufig wegen der inzwischen umfassenden Gewöhnung an die Krankheit mit entsprechendem Krankheitsgewinn (z.B. Berentung, besondere Zuwendung der Verwandten etc.) oft mit reinen Suggestivmassnahmen (eine «neue» Elektrisierungsmethode oder ein «neues» Medikament) behelfen müssen.

Eine andere Form von Uebersprung einer seelischen Störung in eine körperliche Symptomatik stellen die *Organneurosen* bzw. *psychosomatischen* Störungen dar. Hier wird zur Symptomgestaltung nicht das motorisch-sensible, sondern das vegetative, d.h. sympathische und parasympathische Nervensystem benutzt. Das Verdrängte (siehe oben) maskiert sich hier entweder in allgemeinen vegetativen Beschwerden wie Kopfdruck, Schwindel, Herzklopfen, Schwitzen, Verdauungsbeschwerden und Kreislauflabilität, oder aber die dauernden vegetativen Regulationsstörungen führen zu echten Organläsionen, wie etwa beim Magengeschwür. Zu den psychosomatischen Störungen rechnet man ausserdem z.B. einzelne Fälle von Hypertonie, Asthma, abnormer Schwitzneigung, Fettsucht oder Magersucht.

Die genannten psychosomatischen Störungen sollen vornehmlich in Lebenssituationen auftreten, denen man innerlich zwiespältig, also ambivalent gegenübersteht. Dabei erweisen sich z.B. *Asthapatienten* oft als besonders sensibel, ängstlich, unspontan, risikovermeidend, auf Vorbeugung und Sicherheit bedacht mit entsprechender Auslösung von Anfällen in Situationen, wo eine gewisse Unbekümmertheit am Platz wäre, die sie zugleich wünschen und fürchten.

Schliesslich sei noch auf eine neurotische Erkrankung hingewiesen, die gelegentlich auch einen physiotherapeutischen Behandlungsaspekt bietet, nämlich die *psychogene Magersucht* (Anorezia nervosa). Diese Störung tritt fast ausnahmslos bei jungen Mädchen in der Pubertät und anschliessenden Adoleszenz auf, und zeigt sich, wie der Name sagt, als eine abnorme Abmagerung durch mangelnde Nahrungsaufnahme. Hinter dieser Störung, die bis zu einer schweren Kachexie führen kann, steht meist ein ambivalentes Verhältnis zum Erwachsenwerden mit besonderer Betonung einer Aversion gegen die Entwicklung vom Mädchen zur reifen Frau und damit der Uebernahme einer weiblichen Rolle. Durch erhebliche Abmagerung wird die äussere Ausreifung zur Frau verhindert, und gelegentlich tritt zusätzlich noch eine andere Konversionssymptomatik hinzu. In besonders akuten Fällen steht eine körperliche Behandlung mit künstlicher Ernährung und einer physiotherapeutischen Aktivierung oft ganz im Vordergrund, hat aber selbstverständlich einzumünden in eine psychotherapeutische Betreuung.

Fassen wir abschliessend zusammen, so sollte — in aller vorgeschriebenen Kürze — darauf hingewiesen werden, dass auch im physiotherapeutischen Krankengut mancherlei psychische Verhaltensstörungen anklingen können, die ausreichend zu beachten der therapeutischen Situation, in welche Physiotherapeut und Patient oft sehr innig eintreten, sicher dienlich ist.