

Zur Integration zwischen Soma und Psyche. Spezifität und Vernetzung psycho-motorischer Zugänge.

Heinz Stefan Herzka, Zürich,
Referat Kinderspital (Universitätskinderklinik) Zürich
Tagung über Psychomotorische Therapie und integrative Schule, 12.11.2004.

Integration ist sowohl ein Prozess nach aussen, den wir Sozialisation nennen, und nach Innen, den man dann Identitätsbildung nennt. Integration nach aussen und nach innen gehören zusammen: je besser man „bei sich“ ist, umso leichter gelingt die soziale Integration und je besser man akzeptiert wird und andere akzeptiert, umso eher kann man „sich selbst“ sein. Die eine, wie die andere Integration ist ein sowohl seelischer, wie körperlicher Vorgang, ein psycho-somatischer Prozess. Der Körper und seine Bewegungsmuster, die „Motorik“, sind die Partner der Seele in der Identitätsbildung, wobei ich unter Seele das individuelle Denken und Fühlen, Kognition und Emotion zusammenfasse.

Die Entwicklung eines Kindes ist immer sowohl psychisch, wie somatisch und das ist gleich bedeutend mit „motorisch“. Der frühe Blickkontakt, das antwortende Lächeln, die Entdeckung der Fingerbewegungen, sich aufrichten und gehen lernen, die Laut- und Sprachentwicklung, Kritzeln und später Schreiben, das Funktionsspiel mit Bauklötzchen oder Sand und später das Rollenspiel, das alles sind sowohl Entwicklungsschritte der Psyche wie Bewegungsschritte des Körpers. Entwicklung ist eine Bewegung von Psyche *und* Soma. Alle Lebensäusserungen sind Bewegung und alle somatischen Prozesse sind in einem weiteren Sinn des Begriffes „motorisch“. Ein Teil der Bewegungen ist von aussen wahrnehmbar: die Atmung, die Mimik und Gestik, das Hantieren und die Fortbewegung. Aber diese „äusseren“ Bewegungen sind vernetzt mit allen inneren, auf den ersten Blick nicht sichtbaren Lebensbewegungen: Kreislauf, Lymphsystem, Zirkulation des Liquor, neurale und humorale Subsysteme, Austausch durch die Zellmembranen, Wachstum und Umbau der Knochen und vieles anderes mehr. Wir wissen längst, wie eng die Rückkoppelungen zwischen den äusseren, grosräumigen, und den inneren, bis in die molekulare Grössenordnung reichenden Bewegungen sind, die uns beispielsweise geläufig sind in der Verknüpfung von Atmung, Kreislauf, Zellstoffwechsel und Fortbewegung, oder Liquorzirkulation und neurologische und damit auch neuropsychologische Funktionen. Die Querverbindungen sowohl der somatischen, in Bewegung befindlichen Subsysteme untereinander, wie mit den psychischen Funktionen verläuft über energetische Austauschprozesse, die wir noch mangelhaft kennen, mit denen wir aber klinisch und therapeutisch arbeiten.

Die uns vertraute Spaltung in psychisch oder somatisch, bzw. motorisch, ist eine Differenzierung die mehrere Gründe hat:

- Sie ist das Ergebnis des wissenschaftlich spezialisierten Forschens und Therapierens, vorwiegend seit dem 19. und 20. Jahrhundert.
- Sie ist individuell erlernt, weil das Bewegungsverhalten und die Körpersprache kulturspezifisch kontrolliert und geregelt werden.
- Sie kennzeichnet eine Zwei- Einheit, deren dialogische Doppelstruktur besonders dann sichtbar wird, wenn die Koordination von psychisch und motorisch gestört, oder einer der beiden Bereiche durch eine Behinderung oder durch seelische Belastungen beeinträchtigt ist.

Über das Verhältnis von Seele und Körper, oder Psyche und Soma, bestehen, geschichtlich bedingt, dreierlei Auffassungen:

- Der Körper wird als Untertan, ja sogar Gefängnis der Seele angesehen; dies ist die Auffassung des abendländischen Mittelalters. Sie impliziert das Primat der Seele und ihre Herrschaft über den Körper. Die Psychologie und Psychosomatik, und vor allem auch die Esoterik führen teilweise diese Vorstellung heute weiter. Man kann diese Auffassung als Psychismus bezeichnen.
- Der Biologismus, der vorwiegend im 19. Jahrhundert entstand aber auch heute beliebt ist, hält Empfindungen, seelische Regungen und Impulse für subjektive Illusionen, denen kausal biologische Prozesse zugrunde liegen. Daraus folgert er, dass alle Krankheiten biologisch bedingt, und somit mit materiellen Mitteln zu behandeln sind. Der Biologismus kann insofern entlastend sein, als er sich nicht intensiv um die Komplexität menschlicher Beziehungen und sozialer Bedingungen zu kümmern braucht. Er entspricht auch der Konsumgesellschaft, weil er gute Umsätze für Pharmaka und technische Geräte zur Folge hat.
- Beide Auffassungen teile ich nicht, sondern betrachte Psyche und Soma, Seele und Körper als gleichwertige, gleichzeitig aktive Partner dessen, was den lebendigen Menschen ausmacht, mit je eigenen Regeln und Lebensgeschichten. Dabei gibt es zwischen ihnen wichtige Parallelen aber auch Widersprüche. Es ist dies die dialogische Auffassung, die in Zwei-Einheiten denkt.

Da in der letztgenannten Sichtweise Psyche und Soma zwar je selbständig sind, aber gemeinsam den Menschen bilden, haben sie sowohl Differenzen, welche sie unterscheiden, wie auch verbindende Parallelen.

Einige solche Zwei-Einheiten, welche sowohl Psyche wie Soma betreffen zeigt **Übersicht 1**

ÜBERSICHT 1: EINIGE GEMEINSAM GRUNDREGELN VON PSYCHE UND SOMA

- Formkonstanz (Identität) *und* Entwicklungsdynamik (Veränderungsprozess)
- Zentralisation (Regulierung) *und* Differenzierung
- Disposition *und* Umweltfaktoren
- Grundtonus *und* Schwankungen (Heterostase)
- Vulnerabilität *und* Ressourcen
- „Psychisches“ Gedächtnis *und* Körpergedächtnis

Dass Kind ist auf eine ihm entsprechende, fördernde Umwelt angewiesen. Während aber die Defizite im emotionalen Bereich viel Aufmerksamkeit erhalten haben und auch

die Bedeutung der kognitiven Anregung unbestritten ist, sind die kulturelle bedingten Defizite der körperlichen und motorischen Entwicklung von Kindern weit weniger thematisiert worden. Jedoch sind die früher im Alltag notwendigen, körperlichen Betätigungen überflüssig geworden; es funktioniert auch für Kinder alles per Knopfdruck. Dem Kind wurden die Möglichkeiten entzogen, im Alltag seinen Körper, seine Kräfte und seine Bewegungsmuster kennen zu lernen, zu erproben und zu erweitern. Mit grossem Aufwand wird im Schulsport versucht, die Defizite zu kompensieren. Das gelingt bei einem grossen Teil der Schüler. Aber die sportlichen Betätigungen sind nicht mit dem emotionalen und kognitiven Alltag integriert. Dazu kommen verzerrte Körperbilder, die durch die Konsum- und Werbewelt propagiert werden, wie das extreme Schlankeitsideal der Models, das Anstoss zur Magersucht sein kann, die Übergewichtigkeit, welche durch den Umsatzdruck von Fastfood bedingt wird, oder die Bodybuilderfigur des Superman. Sicherheit in Bezug auf Körpergefühl, Körper selbstbild und motorische Funktionen ist jedoch ein grundlegender Teil der Identität, der heute vielen Kinder weitgehend abhanden gekommen ist. Es ist schon deswegen nahe liegend, dass Kinder ein Bewegungsverhalten entwickeln, dass weder ihren eigenen Bedürfnissen noch den sozialen Erwartungen entspricht.

Übersicht 2 zeigt die vier Dimensionen einer basalen Identität (nach Jaspers) und weist auf die kulturell bedingten Defizite hin.

ÜBERSICHT 2: BASIS DER IDENTITÄT

IDENTITÄTSELEMENTE	ELEKTRONIKKULTUR, STICHWORTE
Ich bin mein Körper	Verlust der Körperarbeit, Schulwegverlust, Asphaltierung, Knopfdrucktätigkeiten, Sport als separierte Kompensation
Ich bin Geschichte	Körpergedächtnis: „Narben“ bes. bei Misshandlung, Kriegstrauma, Unfällen, schweren Krankheiten.
Ich bin Teil meines sozialen Netzes	Verlust der Bewegungsspiele in der frühen Kindheit, eingeengte Spielräume, rasch wechselnde soziale Netze (Mobilität!)
Ich bin Urheber eines Werkes	„Werke“ ohne Körper- und Sinneserfahrung. Begrenzung auf Schulaufgaben und deren Überbewertung.

Alle Krankheiten haben eine psychische und eine somatische Erscheinungsform und Ursachenfaktoren in beiden Bereichen. Sogenannte somatische Krankheiten haben ihre psychische Seite und psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen haben immer ihre körperliche Seite. Keine Erkältung, keine Infektionskrankheit, kein Unfall geht an der Psyche spurlos vorbei, ganz zu schweigen von schwerwiegenden Erkrankungen, wie einem Diabetes oder einem Malignom. Keine Entwicklungsstörung oder psychische Krankheit bleibt andererseits ohne körperliche und motorische Symptome.

Übersicht 3 zeigt die Verknüpfung körperlicher Symptome mit einigen psychopathologischen Befunden:

Zur Integration zwischen Soma und Psyche. Spezifität und Vernetzung psycho-motorischer Zugänge.

Heinz Stefan Herzka, Z rich, Referat Kinderspital Z rich, Tagung Psychomotorische Therapie, 12.11.2004.

ÜBERSICHT 3: PSYCHOPATHOLOGIE UND MOTORIK

Hemmung Ängste Depression	Schlaffe Haltung, Verlangsamung, kleinräumige Bewegungen, fehlende Bewegungsfreude, Clownerien
Aggressionsstörungen	Abrupte Bewegungen, ausfahrend, „unerwartet“, ungesteuert
Emotionale Deprivation	Hypotonie, Ev. Bewegungsunruhe, schlaffe Mimik
Ausbeutung und Misshandlung	resignierte Haltung, „Wachsamkeit“ der Mimik, Veränderungen im Blickkontakt
Autismus	Steife Bewegungen, inadäquat zur Situation bzw. Stimmung („Dissonanzen“)
POS HKS	Hyper- oder Hypotonus, Tempo, Rhythmus, Impulskontrolle
Sprach- und Sprechstörungen	Tonus, Rhythmus, Tempo, Spannungszustand etc.
Tic	Motorik ist Leitsymptom!

Eine Fokussierung auf Bewegungsaspekte ist für Kinder aus mehreren Gründen von besonderer Bedeutung, worauf **Übersicht 4** hinweist::

ÜBERSICHT 4: ZUR BEDEUTUNG DER „MOTORIK“

- „Motorik“ (Haltung, Mimik, Gestik, Atmung) teilt das Befinden mit.
- Kommunikation ist *Körpersprache*
- Alle Entwicklungsstörungen und psychischen Krankheiten äußern sich „motorisch“ (siehe Übersicht 3)
- Veränderungen der Motorik bewirken psychische Veränderungen
- Soziale Integration geht über das „motorische“ Verhalten und dessen soziale Abstimmung mit anderen
- Entwicklungsprozesse sind *Bewegungsabläufe* in der Zeit

Übrigens sprechen auch Psychotherapien mit Kindern das Bewegungsverhalten an. In Spieltherapien, beim Malen und Zeichnen, und natürlich auch beim Sprechen, ist das Kind dauernd in Bewegung. Durch Psychotherapien bewirkte Veränderungen bedeuten auch immer ein verändertes Bewegungsverhalten, das beispielsweise weniger gehemmt,

Zur Integration zwischen Soma und Psyche. Spezifität und Vernetzung psycho-motorischer Zugänge.

Heinz Stefan Herzka, Z rich, Referat Kinderspital Z rich, Tagung Psychomotorische Therapie, 12.11.2004.

oder weniger aggressiv wird. Allerdings hat die Psychotherapie über einen langen Zeitraum ihrer Geschichte die körperlichen Aspekte ignoriert und tabuisiert.

Da Entwicklung immer ein Zusammenspiel von Faktoren der Anlage und der Umwelt ist, nehmen wir an, dass es für Bewegungsstörungen dispositionelle Faktoren gibt. Aber in jedem Fall besteht eine Interaktion mit Umweltfaktoren. Auf der Umweltseite wachsen die Kinder wie gesagt in einer Knopfdruckkultur auf, welche wenig *aktive* Bewegungsmuster erfordert, in einem somit eingeschränkten motorischen Lernfeld. *Passiv* ist das Kind jedoch einer Überflutung von Reizen und Stimuli ausgesetzt, vor allem akustischer und visueller, aber auch motorischer Art, die von ihm nicht unmittelbar in motorische Aktivität umgesetzt werden können: es wird von Radio- und Verkehrslärm oder Fernsehbildern überschwemmt und häufig - aus für das Kind uneinsichtigen Gründen - herumgetragen und herumgefahren. Es wird weit mehr stimuliert, als es aktiv umsetzen kann. Ich vermute, dass darin eine der Hauptursachen für die Häufung der hyperkinetischen Störungen besteht.

Es gibt mehrere Gründe, warum immer mehr Kinder mit *komplexen* Störungsbildern gerne einer psychomotorischen Therapie zugewiesen werden.

- Motorische Symptome sind oft Teil des Störungsbildes, so daß sie sich als Zuweisungsgrund anbieten.
- Die psychomotorische Therapie ist ein niederschwelliges Angebot an, das weniger stigmatisierend erscheint, als eine kinderpsychiatrische, schulpsychologische oder psychotherapeutische Intervention.
- Schliesslich verfügen viele Schulgemeinden häufiger über eine fest angestellte psychomotorische Therapeutin, als über eine Kinderpsychotherapeutin, sodaß die Zuweisung zur Psychomotorik sich als einfachste und kostengünstige Lösung anbietet.

Da immer mehr Lehrpersonen von den vielfachen Anforderungen überfordert sind, welche ihre Schulklassen, nicht zuletzt dank forciertem Integrationsdruck, stellen, suchen sie gerne Unterstützung bei der Psychomotoriktherapeutin, die sie oft persönlich kennen. Dies verstärkt die Tendenz Kinder der Psychomotorik zuzuweisen, bei denen die motorischen Probleme oft nur einen kleinen Teil des gesamten Störungskomplexes mit wichtigen sozialen und emotionalen Faktoren ausmachen. So werden Kinder mit Angststörungen, Depressionen, mit Aggressionsausbrüchen, mit Verdacht auf Ausbeutung und Misshandlung oder sozial isolierte Kinder in die Psychomotorik gewiesen, oder Kinder aus Familien in sozialer Notlage, aus Ausländerfamilien, die möglicherweise von Ausweisung bedroht sind, aus Familien mit Suchtkranken oder psychisch kranken Eltern. Oft ist dabei die Psychomotorik die einzige Möglichkeit, dem Kind in nützlicher Frist und unter Berücksichtigung der Finanzierungsbereitschaft der Auftraggeber überhaupt eine therapeutische Unterstützung zukommen zu lassen.

Was kann und was soll die psychomotorische Therapie in diesen Fällen tun, für die sie nicht ursprünglich nicht entwickelt wurde und häufig nicht genügend gerüstet ist? Ich erlaube mir einige Bemerkungen dazu, aufgrund meiner Ausbildungstätigkeit an der Hochschule für Heilpädagogik und von Erfahrungen als Supervisor mit Therapeutinnen der Psychomotorik.

Zunächst ist zu betonen, dass von der Arbeit an, und mit der Motorik oft ein wesentlicher Beitrag für die Verbesserung der Lebensqualität und für die Heilung des Kindes auch dann geleistet werden kann, wenn die Bewegungsstörung mehr Begleit- als Leitsymptom ist. Der Einstieg über das Bewegungsverhalten ist ein sinnvoller und wirksamer Zugang zur gesamten Persönlichkeit und Symptomatik des Kindes. Die Harmonisierung der Koordination, die Regulation des Körpertonus, die Arbeit am Körperbild, Dosierungsübungen für die Körperkraft, adäquate Körpersprache, die Umsetzung von Emotionen und Einfällen in Bewegung durch das Spiel, die Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl durch den Zuwachs an motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten und vieles andere mehr, sind effiziente Heilungsansätze auch für psycho-soziale Symptome.

Dazu kommt, dass die aus der Therapieforschung bekannten Faktoren der Persönlichkeit der Therapeutin (wie Zuwendung, Einfühlung, Verständnis, Reflexion, Anregung und andere.) ebenso zum Tragen kommen wie in der Psychotherapie. Auch die situativen Faktoren haben eine heilende Wirkung, wie die festen Behandlungszeiten, der dem Kind gemäße Behandlungsraum, adäquates Material und anderes.

Da sich die Klientel der Psychomotorik im Sinne zunehmend komplexerer, bio-psycho-sozialer Störungsbilder verändert hat (wie dies übrigens auch in der Kinderpsychiatrie der Fall ist) steht die Psychomotorik vor veränderten Aufgaben, für die es zwei Lösungsansätze gibt, die zusammengehören: das eine ist die vermehrte Berücksichtigung der psychologischen und sozialen Aspekte in der Weiterbildung und Ausbildung. So wie die Psychotherapie methodisch auch *körperorientierte* Methoden und Konzepte entwickelt und einbezogen hat, so kann die Psychomotorik *psychotherapeutische* und *systemische* Methoden und Konzepte integrieren, ohne ihren angestammten Schwerpunkt aufzugeben. Ein entsprechender Ausbau, und Umbau erfordert eine vertiefte Diskussionen und Konsensfindungen. Die andere, rascher einsetzbare Möglichkeit, ist der gezielte Ausbau oder Aufbau des lokalen interdisziplinären Netzwerkes durch die Therapeutinnen selbst. Bio-psycho-soziale Krankheitsbilder lassen sich am effizientesten behandeln, wenn dafür ein interdisziplinäres Team zusammenarbeitet. Das gilt für alle Berufsgruppen. Doppelspurigkeiten bringen nutzlose Unkosten, aber Kooperation und gezielte Konsiliarität sind sparsam und effizient. Die Zusammenarbeit kann in der Regel durch persönliche Kontakte mit frei schaffenden Fachpersonen und Therapiestellen gefunden werden. Dazu zählen Frühberatung, Sozialarbeit, Hausarzt, Pädiatrie, Kinderpsychiatrie, Schulpsychologie, Ergotherapie. Damit diese Fachstellen nicht je für sich und oft sogar sich konkurrenzierend oder gegenseitig entwertend arbeiten, sondern ein Netzwerk bilden, braucht es InitiantInnen, welche die Zusammenarbeit fördern. Aufgrund der Realität sozialer Hierarchie geht es oft am einfachsten, wenn ein lokal tätiger Arzt eine konstruktive Koordination übernimmt. Aber der Wille zur Zusammenarbeit muß bei allen Beteiligten vorhanden sein und gefördert werden, was einen hohen gegenseitigen Respekt, quer zu den tradierten Hierarchien erfordert. Der Vernetzung dienlich sind gemeinsame Weiterbildung oder Supervision, vor allem aber vertrauensvolle gegenseitige Konsiliararbeit mit viel Achtung vor den unterschiedlichen beruflichen Kompetenzen und Standpunkten, d.h. die Wertschätzung der professionellen Differenzen. Gerade bei hoch komplexen Störungen, wo soziale und wirtschaftliche Unterstützung, Elternberatung oder Familiensitzungen, somatische Therapien oder Medikamente, Lehrerberatung oder Schulklassenarbeit not-

wendig werden können, hat die psychomotorische Therapie oft eine zentrale Funktion für die persönliche Lebensqualität und gesundheitsorientierte Entwicklung des Kindes.