

# Psychologie und Psychopathologie der Intersubjektivität von Körpererfahrung – Psychomotorik am Beispiel mimischer Reziprozität

Joachim Küchenhoff

There is no actual or potential conflict of interest in relation to this article.

## Summary

**Background:** Psychomotor symptoms are important for diagnosing psychiatric disorders. The concept of psychomotorics has not changed in 150 years, basically. Social and interactional dimensions have not been included.

**Hypothesis:** The paper argues in favor of an enlarged notion of psychomotorics taking cultural, social and interpersonal criteria into consideration. To account for this conceptual extension, the term psycho-socio-motorics or interactional psychomotorics is introduced.

**Methods:** Interactional psychomotorics is highlighted by the analysis of mimic interaction, either in everyday conversation or in psychopathological symptoms.

**Results:** Developmental and phenomenological studies have convincingly shown that mimic interaction is characterised by prereflexive spontaneity and a reciprocal attunement between self and other. The psychological challenge implied in mimic interaction is three-fold: it is unavoidable, happens spontaneously and is susceptible to failure. Psychopathological symptoms such as dysmorphophobia can be understood as an attempt to avoid or shortcut these challenges. The psychosocial sequelae of Parkinson's disease and of parkinsonoid side – effects of neuroleptic drugs are due to a loss of balance in mimic interaction.

**Conclusion:** Widening the notion of psychomotorics to include social and interactional dimensions allows an expanded understanding of psychopathological symptoms. Actual research methods to assess bodily experiences and an actual research project on facial expression and its impact on identity formation are finally touched upon.

**Key words:** psychomotorics; interaction; intersubjectivity; mimic interaction; dysmorphophobia; Parkinson's disease

## Einleitung: Zum Begriff Psychomotorik

Zunächst scheint es klar zu sein, was in der Psychiatrie Psychomotorik bedeutet. Wir folgen der Definition von Peters (2007), nach der damit «das durch psychische Vorgänge geprägte Gesamt der Bewegungen» beschrieben wird. «Psychomotorik ist das jeweilige Resultat einer Integration von psychischen und motorischen Funktionen. Psychische Gegebenheiten spiegeln sich somit weitgehend im Bewegungsspiel wider» ([1], 435). Diese Definition trifft die psychiatrisch übliche Verwendung des Begriffs; Psychomotorik ist in der psychiatrischen Diagnostik genau so verstanden und umgesetzt worden. In dieser Definition ist eine Richtungsangabe

Korrespondenz:  
Prof. Dr. Joachim Küchenhoff  
Kantonale Psychiatrische Klinik  
Bientalstr. 7  
CH-4410 Liestal

enthalten: Seelisches widerspiegelt sich im Bewegungsspiel, wobei an eine Umkehrung der Wirkrichtung nicht gedacht wird. Schon am Ursprung der Psychiatrie als Wissenschaft, bei Griesinger [2], wird dies als «allgemeinste Grundtatsache» angesehen: «Dass aber dem psychischen Geschehen in uns überhaupt die Tendenz innewohnt, sich zu äussern, sich in Bewegung und Handlung darzustellen, dies beruht auf jener allgemeinsten Grundtatsache, der wir überall im Nervensystem begegnen, dass nämlich die centripetalen Erregungszustände in den Centralorganen in motorische Impulse umschlagen» ([2], S. 39). Das ist das Modell des Reflexbogens, das auf die seelisch-motorischen Zusammenhänge übertragen wird. Karl Jaspers greift es in der «Allgemeinen Psychopathologie» auf; der Willensakt wird gefolgt von einem ausserbewussten motorischen Mechanismus, der diesem Willensakt die Wirkfähigkeit gibt ([3], S. 150f). Das Bewegungsspiel wird demnach beobachtet, um aus ihm Schlüsse auf die psychische Befindlichkeit zu ziehen. Jaspers betont, dass die Untersuchung von zwei Seiten her erfolgen könne. Entweder wird der Bewegungsmechanismus selbst untersucht, das ist Aufgabe der Neurologie, die in diesem Sinne Motilitätsstörungen betrachtet. Oder es wird nach «abnormem Seelenleben und Willensbewusstsein» gefahndet, das in den auffallenden Bewegungsmustern zutage trete; das ist die psychiatrische Untersuchung der Motorik. In wissenschaftlicher Skepsis stellt Jaspers die psychotischen Bewegungserscheinungen zwischen beide, die er weder den psychologischen noch den neurologischen Störungen zuordnen will. Darin ist er vorsichtiger als Kleist [4], dessen Untersuchungen er schätzt, dessen neurologische Interpretation psychomotorischer Erscheinungen er aber für ungesichert hält. Kleist hatte sich kurze Zeit vorher ausführlich mit den psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken befasst.

Aus dieser Konzeption der Psychomotorik hat die deskriptive Psychopathologie eine im Kern bis heute wenig veränderte Beschreibung psychomotorischer Symptome entwickelt. Scharfetter [5] gibt in seiner «Allgemeinen Psychopathologie» unter dem Stichwort «Pathologie der Motorik» eine Übersicht (vgl. Tab. 1). In einer aktuellen Arbeit fasst Müller [6] psychomotorische Phänomene in weitgehend identischer Form zusammen. Die genaue Deskription, zunächst auch die genaue Beobachtung des Bewegungsverhaltens eines Patienten, kann von diesen deskriptiven Differenzierungen sehr profitieren; sie erlaubt auch differentialdiagnostische Schlüsse zwischen verschiedenen psychiatrischen Störungen, z.B. depressiven und schizophrenen Störungen [7], oder natürlich zwischen neurologischen und psychiatrischen Leiden.

**Tabelle 1**

Pathologie der Motorik (nach Scharfetter).

Übersicht
Motorische Schablonen
Tic
Tourette-Syndrom (maladie des tics)
Hypokinese, Akinese, Stupor – Stupor bei Schizophrenie (katatoner Stupor) – Stupor bei schwerster gehemmter Depression: depressiver Stupor – Stupor als unmittelbare Reaktion: psychogener Stupor – stuporartige Zustände beim akuten exogenen Reaktionstyp
Hyperkinese, katatone Erregung, Raptus
Grimassen, Fratzenschneiden, Paramimie
Haltungsverharren (Katalepsie), Haltungsstereotypie
Negativismus
Motorische Stereotypien
Echopraxie (Haltungs- und Bewegungsimitation)
Bizarres und inadäquates Verhalten

Gleichwohl ist es notwendig, den Zusammenhang zwischen Psyche und Motorik kritisch zu hinterfragen, der in der Begriffsgebung «Psychomotorik» bereits enthalten ist, und zwar in vier Richtungen.

Das Verständnis körperlichen Ausdrucks kommt nicht ohne eine dritte Dimension aus, die sich als *kulturelles Schema* bezeichnen lässt: In Kultur und Gesellschaft gibt es «ein Vokabular zum Ausdruck bestimmter Gefühle», ein «intersubjektiv bekanntes Muster» ([8], S. 46), das auch eine Folie für körperlich verständliches, evidentes oder auch ausgefallenes und bizarres Verhalten bereithält [9]. Die kulturelle Dimension ist diejenige Dimension, die die herkömmliche Psychopathologie von der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie übernehmen sollte. Die transkulturelle Psychiatrie braucht diese kulturell relativierende Selbstreflexion, um nicht ethnozentrischen Vorurteilen in der Diagnostik z.B. von Bewegungsstörungen bei Migrantinnen zu erliegen. Sie kann diesen selbstreflexiven Standpunkt der herkömmlichen Psychopathologie zur Verfügung stellen, der jener vielleicht nicht selbstverständlich ist, von dem sie aber gleichwohl profitiert. Psychomotorik ist also immer *Psycho-soziomotorik*.

Psychomotorik ist keine Einbahnstrasse vom Psychischen zum Motorischen. Das Reflexbogen-Modell, das die deskriptive Zergliederung der Psychomotorik immer noch anleitet, ist insofern falsch, als es auch eine Umkehrung dieses Zusammenhangs gibt, wenn überhaupt der im Begriff Psychomotorik enthaltene Dualismus zwischen Seele und Körper(bewegung) mit vollzogen werden soll. Körpertherapien bei depressiven Menschen können auch deshalb wirksam sein, weil die körperlichen Ausdrucksformen der Depression, die eingefrorene Mimik oder die körperliche Antriebslosigkeit, verändert werden, mit der Folge, dass die Rückkopplung von der Motorik zur Stimmung die depressive Befindlichkeit erleichtert.

Die Konzeption der Psychomotorik entspringt einer Elementenpsychologie, die die Motorik von anderen seelischen Fähigkeiten und Qualitäten, z.B. der Wahrnehmung oder

des Handelns, abtrennt und isoliert. Gerade depressiv gestimmte Menschen führen einem immer neu vor Augen, dass Motorik, Wahrnehmung, Empfinden und Willen eng zusammengehören. Die Analyse des Zusammenhangs von Wahrnehmen und Bewegen kann als eine überdauernde Erkenntnis der sog. Anthropologischen Psychiatrie angesehen werden [10, 11]: Die Bewegungen, die ich in Auseinandersetzung mit einem Gegenstand durchführe, prägen meine Wahrnehmung von ihm. Ein Marathonläufer nimmt die Stadt, in der er seinen Lauf unternimmt, anders wahr als der die gleiche Stadt erwandernde Tourist.

Schliesslich ist die Konzeption der Psychomotorik in Gefahr, individualpsychologisch vorzugehen und ausschliesslich körperliche und seelische Dimensionen unter Ablendung von intersubjektiven Bestimmungen zu betrachten. Dieser Aspekt wird in den folgenden Ausführungen vertieft werden. Auch in dieser Hinsicht – so sei schon jetzt als Resümee festgehalten – ist es berechtigt und sinnvoll, von *Psycho-soziomotorik* zu sprechen.

### Die interaktionelle Basis des Körpererlebens

Unter der Perspektive einer Psycho-soziomotorik oder einer interaktionellen Psychomotorik ist zunächst die Frage wichtig, inwieweit überhaupt die Wahrnehmung und das Erleben des eigenen Körpers sich autonom und im Rahmen eines Reifungsvorgangs entwickeln und inwieweit Interaktionen an der Entwicklung des Körpererlebens beteiligt sind. Die psychoanalytische Entwicklungspsychologie gibt hierauf eine klare Antwort: Am Anfang der seelischen Entwicklung, also der Ausbildung von Kognition und Emotion, steht nicht die Erfahrung des eigenen Leibs oder des eigenen Körpers, sondern vielmehr die leibliche Verschmolzenheit; an Stelle der Erfahrung des eigenen Körpers steht der «Körper in Verbindung mit anderen» [12]. Psychische Körperrepräsentationen sind Niederschläge von Interaktionserfahrungen. Diese vorsymbolischen Interaktionen bzw. ihre Repräsentanz im Körperlichen haben unterschiedliche Namen erhalten; Kestenberg [13] z.B. spricht von *Organ-Objekt-Einheiten*: Die Art und Weise, wie z.B. der Mund vom Säugling in der Interaktion mit der Brust erlebt wird, prägt die Selbstrepräsentanz des Mundes, repräsentiert wird also ein «Mund in Verbindung mit der Brust». Die spätere Besetzung, die affektive Selbstvergegenwärtigung des Mundes, bewahrt Spuren dieser Interaktionserfahrungen auf. «There is no such thing as a baby», so lautet der berühmte Satz von D. W. Winnicott [14]. Das Kind ist zunächst nicht als Individuum vorhanden, sondern als Beziehungswesen, und die Beziehungserfahrungen prägen die Qualität der Selbstwahrnehmung. Die Erfahrung des eigenen Körpers enthält Spuren intersubjektiver Einschreibungen.

Die frühen Interaktionserfahrungen des Kindes im Umgang mit motorischer Entwicklung, Expansion und Ausdruck prägen auch das Vertrautwerden mit der eigenen Motorik. Welchen negativen Einfluss die Beschränkung der Motorik auf das kindliche Erleben hat, ist, aufgrund der überraschend starken Zunahme der Diagnose ADHS, ein sehr aktuelles Thema. In der Entwicklungspsychologie wird dieser Zusammenhang mittlerweile offen thematisiert: «Aus meiner Sicht

ist die kindliche Hyperaktivität, welche zu oft mit Ritalin behandelt, schlicht eine Folge von ungenügenden Bewegungsmöglichkeiten, gerade bei Buben im frühen Schulalter ... Ein Prozent aller Kinder in der Schweiz mag tatsächlich an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden und von Ritalin profitieren. Die meisten bewegungsaktiven Kinder allerdings haben dieses Medikament aus meiner Sicht wirklich nicht nötig», sagt R. Largo [15].

Die interaktionelle Basis des motorischen Ausdrucks lässt sich besonders gut an einem Segment der Psychosozio-motorik, der Entwicklung mimischer Interaktion, zeigen. Säuglinge, die an der Mutterbrust saugen und das Befriedigungserlebnis der Sättigung und Geborgenheit haben, schauen das Gesicht der Mutter an. Schon diese Tatsache erhellt die Koppelung Affekt-Gesichtswahrnehmung. Das mimische Aufeinanderabgestimmtsein bestimmt in den ersten Lebensmonaten, experimentell besonders deutlich zwischen dem 3. und 6. Lebensmonat des Infans, die Interaktion von Mutter und Kind oder Vater und Kind. Wechselseitige Blicke sind in dieser Zeit ein wesentliches Regulans der Interaktion [16]. Ebenfalls experimentell gesichert ist, wie ratlos und schliesslich mit ohnmächtigem Rückzug das Infans reagiert, wenn dieses Attunement [17] im Gesichtsausdruck nicht stattfindet. Um die Effekte mütterlicher Depressionen zu studieren, haben Forschergruppen (Cohn und Tronick; zit. n. [16]) Müttern im Umgang mit ihrem Säugling die Laboranweisung gegeben, ausdruckslos zu bleiben auf alles, was das Kind an Äusserungen zeigt. Der Effekt ist eindrucksvoll: das Kind erträgt diese Starre schlecht, bemüht sich um Reaktionen, zieht sich irgendwann, selbst starr werdend, in sich zurück. Nicht nur die Dichter, sondern auch die Menschen, die sich mit Dichtung befassen, können solche Sachverhalte besonders schön ausdrücken; so Peter von Matt, wenn er in seinem Buch «... und fertig ist das Angesicht» schreibt: «Die älteste Hermeneutik entspringt aus dem Schrecken über die Veränderlichkeit des Muttergesichts» ([18], S. 154); die erste Lektüre ist die von existentiellen Nöten getriebene Exploration des mütterlichen Gesichtes, ob es oder warum es nicht auf das eigene, auf den Appell der eigenen Mimik reagiert.

Das Selbstbild hat seinen Ursprung im Körpererleben. Das Selbstbild ist zunächst vom Körperbild nicht zu trennen, und im Körperbild schlagen sich Beziehungserfahrungen nieder. Auch an der Ausarbeitung der Grenzen des Selbst gegenüber anderen ist der Körper beteiligt. Der Aufbau der Eigenheitssphäre kann nur erfolgen, wenn die Grenzen des Körpers besonders besetzt werden. Diese Grenzerfahrungen sind vielfältiger Natur; am prononciertesten und deutlichsten werden sie über das Grenzorgan par excellence, die *Haut*, möglich [19]. Aber auch die Motorik spielt für Abgrenzung eine eminente Rolle: Daniel Stern beschreibt sehr schön, wie die Erkenntnis des Kindes, dass die Bewegung der eigenen Körperteile mit Hilfe der Muskulatur repetitiv möglich ist, nicht aber die Manipulation von fremden Objekten, die *Selbstkohärenz*, also die Sicherheit im Gefühl der eigenen Identität, fördert. Auch die Selbstwirksamkeit, das Vertrauen auf die eigene Handlungsfähigkeit oder Initiative, ist auf körperlichen Grunderfahrungen leicht zurückführbar. Das Erleben des Kindes, mit der Entwicklung seines neuromotorischen Systems motorisch Gegenstände seiner

Umgebung bewegen und manipulieren zu können, lässt ein erstes Gefühl von Selbstwirksamkeit entstehen.

### Die Intersubjektivität des Körpererlebens im Erwachsenenalter

Die leibliche Abstimmung aufeinander, die leibliche intersubjektive Bezogenheit ist der Ursprung, aus dem sich das Bewusstsein des eigenen Leibes und des eigenen Selbst allmählich bildet. Phänomenologische Studien legen nahe, dass im spontanen Erleben des Erwachsenen eine solche intersubjektive leibliche Bezogenheit weiterhin primär bleibt, dass leibliche Interaktion also, anders gesagt, dem Bewusstsein zuvorkommt. Die phänomenologischen Studien zum Körpererleben des Erwachsenen konvergieren mit den Ergebnissen der Entwicklungspsychologie und zeigen, dass Körpererfahrung nie, in keiner Lebensaltersstufe, auf individuelle und solipsistische Selbsterfahrung reduziert werden kann. Durch meinen Leib, vor allem Nachdenken, bin ich immer schon sozialisiert; leiblich bin ich auf andere bezogen. Bevor ich noch meinen Willen zum Ausdruck bringen kann, habe ich mich schon leiblich auf die anderen eingestellt. Der Leib ist Leib-in-Beziehung.

Sehr anschaulich ist der Begriff der Zwischenleiblichkeit, der vom französischen Philosophen M. Merleau-Ponty stammt, er fasst den gemeinten Sachverhalt begrifflich gut zusammen [20]. Merleau-Ponty spricht von der «*Zwischenleiblichkeit*» (intercorporéité), um die Verschränkung, das – wie er sagt – «Chiasma von Leib und Welt», zu betonen, die Verschränkung zwischen meinem leiblichen Erleben und dem leiblichen Erleben der anderen. Leibliche Interaktion hat die Funktion der Verständigung, sie ist ein leibliches Gespräch. «Der Gebrauch», so Merleau-Ponty, «den der Mensch von seinem Leib macht, transzendiert den Körper als bloss biologisch Seiendes. Die Sprache ist bloss ein Sonderfall des leiblichen Vermögens» ([21], S. 224), und an anderer Stelle: «Durch die Sprache und meinen Leib bin ich an andere gewöhnt» ([20], S. 41).

### Zwischenleiblichkeit und mimische Reziprozität

Phänomene der Zwischenleiblichkeit lassen sich gut an dem Phänomen der Berührung aufzeigen [22]. Aber sie sind auch dort bedeutsam, wo wir über die Spontaneität der mimischen wechselseitigen Abstimmung oder, abgekürzt gesprochen, über mimische Reziprozität als einer Dimension der Psychomotorik nachdenken. Auch hier bewegen wir uns im Bereich präreflexiver, vorbewusster Erfahrung; wir können auf sie reflektieren, immer aber mit einer Verspätung. Wenn wir einander anschauen, stellen wir uns spontan mimisch aufeinander ein. Die Gesichter halten Zwiesprache miteinander. G. H. Mead [23], der die Formen unmittelbarer präreflexiver leiblicher Interaktion besonders gut beschrieben hat, hat von einer «conversation of gestures» gesprochen ([24], S. 212). Für die mimische Konversation heisst das: wenn ich ein Gesicht sehe, reagiere ich auch mimisch auf dieses Gesicht, und meine Reaktion, die die andere Person wahrnimmt, wird sie reagieren lassen, und wiederum ihren Niederschlag

in einem Gesichtsausdruck finden. Die unmittelbare, d.h. nicht vom Bewusstsein vermittelte Einstellung aufeinander ist ein affektiv hochbesetzter Prozess. Dies liegt an den psychologischen Herausforderungen, die für leibliche Interaktion generell gelten, im Folgenden aber nur anhand der mimischen Interaktion formuliert werden.

- Mimische Interaktion ist unausweichlich; in jeder alltagsweltlichen, nicht konstruierten Begegnung zwischen Menschen stellt sie sich ein, ob wir dies wollen oder nicht.
- Mimische Interaktion stellt sich spontan her, mit der präreflexiven Spontaneität ist die Bewusstseinskontrolle erst nachträglich wirksam. Der andere, dessen Gesicht ich sehe, verrät etwas von sich, dessen er nicht Herr werden kann, und ebenso verrate ich etwas von mir.
- Mimische Interaktion gelingt nicht ohne weiteres, sie führt nicht automatisch zu Abstimmung und Übereinstimmung. Mimische Interaktion ist störrisch, nicht harmonisch. Das Gesicht des anderen bezieht sich nicht nur auf das eigene Gesicht, sondern entzieht sich ihm ebenso sehr.

Diese drei Herausforderungen habe ich andernorts die Herausforderungen der Bezogenheit, der Entzogenheit und der Exponiertheit genannt [25]. Es gibt klinische Phänomene, die verstanden werden können als Versagen vor diesen Herausforderungen und zugleich als Versuche, mit ihnen fertig zu werden. Dabei wird zu zeigen sein, dass die drei Herausforderungen zusammenhängen, dass Bezogenheit, Entzogenheit und Exponiertheit in einem störanfälligen und oszillierenden Gleichgewicht gehalten werden müssen, das in den nun zu schildernden Krankheitsformen aus dem Gleichgewicht gerät.

### Klinische Perspektiven

Psychopathologische Phänomene als Versuche, die Herausforderungen der Bezogenheit, Entzogenheit und Exponiertheit zu meistern

Psychopathologische Phänomene sind nicht einfach Störungen oder Krankheiten; sie sind immer auch Lösungsversuche oder Antworten auf Fragen, die anders vom Individuum nicht gelöst werden können. Ein einseitiges Verständnis psychischer Krankheit als Entgleisung biologischer Prozesse übersieht die konstruktive Leistung in der Ausbildung psychopathologischer Phänomene, die sich durch die Berücksichtigung der interaktionellen Bedeutung erschliesst. Die Dismorphophobie, die Missgestaltsfurcht, die auch Schönheitshypochondrie genannt worden ist, kann als ein Versuch, die beschriebenen Herausforderungen mimischer Interaktion zu lösen, verstanden werden [26]. Die Beschwerden entstehen im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter, bei den – meist jungen – Männern ist die Angst vor körperlicher Missgestalt fast ausschliesslich auf das Gesicht bezogen; die Form der Nase, der Schwung der Lippen, die Protrusion des Kinns – irgendetwas stimmt an den Konturen des Gesichts oder auch an der Funktion der Gesichtsmuskulatur nicht. So wird befürchtet, dass ein Makel ins Gesicht eingeschrieben ist. Daraufhin wird der Kontakt zu anderen eingeschränkt, jedermann kann ja sehen, dass die

Nase krumm, die Lippen wulstig etc. sind. Nun wird nicht der Psychotherapeut wichtig, sondern der Chirurg, er soll die Nasenstellung korrigieren, den Lippenwulst reduzieren etc. Alle Gedanken bleiben i.d.R. im Leiblichen verhaftet, sie können sich wahnhaft steigern, der Defekt wird als sicher angesehen, ebenso die Vorstellung, dass jeder Blick jedes nur möglichen anderen sich sofort auf die eigenen Lippen oder auf die eigene Nase richtet. Die Andersheit der anderen spielt keine Rolle mehr, wenn alle das Gleiche im Sinn haben, nämlich auf die eigenen geschwollenen Lippen zu schauen. Damit werden – das ist der unbewusste Vorteil oder Sinn – die Anforderungen oder Wünsche der anderen im Erleben des Dismorphophoben reduziert auf den einen, den entlarvenden, den kritischen, den überwältigenden Blick. Ebenso wird die eigene Wunschwelt stillgestellt: für den Dismorphophoben gibt es keine Wünsche mehr, die sich auf andere richten; stattdessen wird alle Aufmerksamkeit in Selbstbeobachtung umgelenkt und damit die Begegnung mit anderen eingeschränkt. Dem dismorphophoben Symptom liegt so ein – mit existentieller Kraft ausgetragener – Versuch zugrunde, die beschriebenen Oszillationen von Bezogenheit, Entzogenheit und Exponiertheit in der Begegnung der Gesichter stillzustellen, und dies gelingt freilich nur dadurch, dass die Bezogenheit und Exponiertheit überbewertet werden und die Entzogenheit nicht mehr zugelassen wird.

Nur ein transkultureller Vergleich zur Prävalenz und Ausgestaltung dismorphophober Symptomatik könnte klären, ob der zu einem psychopathologischen Syndrom führende Lösungsversuch, der in der Dismorphophobie liegt, kulturgebunden ist. Dass der mimischen Reziprozität in Abhängigkeit von kulturellen Traditionen unterschiedliches Gewicht zukommt, ist aus anderen Studien bekannt. In Japan, dem «Land des Lächelns», spielt das Lächeln zur Abwendung von Schamgefühlen eine grosse Rolle. In der japanischen Psychiatrie werden deshalb klinische Phänomene, die sich auf soziale Scham zurückführen lassen, beschrieben, die wir nicht kennen, sie werden unter dem Begriff *Tai-jin-kyofu* zusammengefasst, «Angst vor dem Gegenüber» – eine Spielart der sozialen Phobie. Beim *Tai-jin-kyofu* wird eine auffallende Gegenwehr gegen die Angst, beobachtet und durch Blicke entmächtigt zu werden, mobilisiert – nämlich so, dass der befürchtete Blick durch einen eigenen, erstarrten, gleichsam stechenden Blick erwidert wird. Klinisch auffallend ist v.a. das Phänomen des Anstarrens, das zum Zwang wird. Um die Scham abzuwenden, wird stattdessen der andere in Verlegenheit gebracht. Statt sich als Objekt des Blicks der anderen und damit entmächtigt zu fühlen, wird der andere zum Objekt des eigenen Blicks (vgl. dazu die philosophische Analyse des Blicks in [27]). Die japanische Kultur hat ein expliziteres, offeneres Verhältnis zu den intersubjektiven Bereichen; das Zwischen, japanisch «Ma», ist im Japanischen anders als im Deutschen eine gebräuchliche Vokabel; das synchronisierte, reibungslose Zusammenspiel zwischenmenschlicher Interaktion wird als hoher Wert betrachtet. Deshalb nützt es für den Patienten mit einem *Tai-jin-kyofu*-Syndrom nichts, wenn die Machtverhältnisse sich umdrehen; die Blickstarre ist keine Lösung, der Blick ängstigt, weil damit die Spontaneität des «Ma» nicht hergestellt werden kann. Die therapeutischen Konsequenzen müssen deshalb andere sein; im Gegensatz etwa zu einem

Training, das dem Sozialphobiker die absichtliche Auseinandersetzung mit dem fremden Blick empfiehlt, versucht die Morita-Therapie gerade darauf zu verzichten. Der Patient soll wieder im Umgang mit anderen gelassen sein können. Es soll ihm also ermöglicht werden, eine spontane Synchronisierung wiederherstellen zu können (vgl. [28]).

#### Psychopathologische Phänomene als Folge der Störung des Gleichgewichts zwischen mimischer Bezogenheit, Entzogenheit und Exponiertheit

Im Folgenden wird es um dazu komplementäre klinische Herausforderungen gehen, also darum, wie psychopathologische Phänomene aus der neurobiologisch bedingten Störung des Gleichgewichts zwischen mimischer Bezogenheit, Entzogenheit und Exponiertheit resultieren. Unter den neurologischen Erkrankungen ist für den in dieser Arbeit gewählten Zusammenhang der M. Parkinson besonders wichtig. Die Schädigung der Basalganglien führt bekanntlich zu muskulären Koordinationsstörungen, die sich u.a. in einer muskulären Starre zeigen, die zu den typischen Gangstörungen im Sinne eines kleinschrittigen, schlecht abzubremsenden Gangmusters führen. Oft ist auch die Gesichtsmuskulatur betroffen, an ihr wirkt sich der Rigor als eine Hypo- oder Amimie aus. Schon frühzeitig wurde beschrieben, dass der Parkinson-Kranke nicht nur motorisch, sondern auch intellektuell eingeschränkt ist, langsamer denkt (Bradyphrenie) und dement werden kann. Diese Verlangsamung ist aber nicht ausschliesslich Folge eines schicksalhaften neurobiologischen Prozesses, sondern des Verlustes von mimischer Reversibilität. Die Amimie schleicht sich nämlich in der Regel langsam ein, sie wird von den Kranken – erstaunlicherweise – oft selbst lange nicht bemerkt [29]. Gleichwohl prägt sie die Interaktion; sie wird von anderen als Depressivität, als Mürrischsein, als Desinteresse wahrgenommen. Die anderen ringen u.U. um eine Reziprozität, sehnen sich im Umgang mit dem Kranken nach einer mimischen Antwort, die sie nicht erhalten. Der Wunsch, die daraus entstehende Fremdheit oder Entzogenheit zu überwinden, eine Reversibilität des mimisch-emotionalen Austausches zu erreichen, lässt bei den Interaktionspartnern im Laufe der Zeit nach. Durch die Diagnosestellung unterstützt, geben sie dann auf. Dann wird der Kranke einsam, er wird behandelt, als könne er nicht mehr antworten, als könne er nicht mehr mitdenken, so lange, bis er sich seinerseits abkapselt und isoliert. Das Leben mit der Gesichtstarre macht es, je länger es andauert, für ihn selbst nicht nur immer schwerer, Gefühle auszudrücken, sondern auch sie zu erleben. Emotionen sind nicht allein psychische, sondern psychosomatische Zustände, und eine fröhliche Stimmung ohne den – nicht begleitenden, sondern gleichzeitigen – Ausdruck eines Lächelns verkümmert. Es geht noch weiter: Wenn die Reversibilität unterbrochen ist, das Ringen um ein Attunement, um eine leiblich-mimische Einstellung aufeinander zum Scheitern verurteilt ist, dann können Emotionen auch schlechter geteilt, schlechter verstanden werden. Überspitzt formuliert: Wer – prinzipiell, nicht bloss situativ – nicht mitlächeln kann, versteht das Lächeln des anderen auch nicht. Das wird im Übrigen besonders deutlich bei Menschen, die an der seltenen angeborenen doppelseitigen Gesichtsläh-

mung, dem Möbius-Syndrom, leiden [30]. Sie müssen ihr ganzes Leben mit der – allerdings auf das Gesicht beschränkten – Lähmung verbringen, die der Parkinson-Kranke erst relativ spät im Leben erleidet. Interviews mit Möbius-Patienten im Erwachsenenalter weisen aus, dass sie sich in die Gefühlswelt anderer hinein*denken* müssen, da sie sich nicht *empfinden* können [29]. Zurück zum Parkinson-Kranken: Es ist Aufgabe der Behandlung, die affektive körperlich fundierte Interaktion wieder in Gang zu bringen, sei es durch die Medikation oder durch die Belebung der Gesichtsmuskulatur durch Physiotherapie, durch das Einüben von subtilerer und das heisst auch geduldigerer Affektdekodierung auf Seiten der Angehörigen, durch die Ermutigung zu alternativen Ausdrucksformen auf Seiten des Kranken.

Therapeutisch sehr ungünstige negative Feedback-Schleifen haben sich früher häufig für schizophrene Patienten ergeben, die ein medikamentös bedingtes Parkinsonoid entwickelt hatten. Die interaktiven Prozesse sind den soeben für die Entwicklung der Amimie im Zusammenhang mit dem M. Parkinson geschilderten Belastungen ähnlich. In dieser Hinsicht stellen die sog. atypischen Neuroleptika, die sehr viel seltener zu einer gebundenen oder starren Psychomotorik führen, einen grossen psychosozialen Fortschritt dar.

#### Therapeutische Perspektiven

Die drei genannten Herausforderungen mimischer Interaktion, der Herausforderung der Bezogenheit, der Entzogenheit und der Exponiertheit, spielen für die psychiatrische, nicht zuletzt für die psychotherapeutische Praxis eine Rolle. Freud hat in seinem eigentümlichen Setting, der Psychoanalyse auf der Couch, mit der Begründung, er hasse es, den ganzen Tag lang angestarrt zu werden, die mimische Interaktion gezielt reduziert. Dieser Grund ist freilich nicht ausschlaggebend. Durch das analytische Setting wird – das ist wichtiger – das Gleichgewicht der drei Faktoren verschoben. Es schiebt – erstens – einer allzu raschen mimischen Bezogenheit und verfrühten Affektabstimmung den Riegel vor. Die neueste Therapieforchung bestätigt, wie recht Freud gehabt hat. In den aufwendigen Studien, die sich der empirischen Messung des mimischen Affektausdrucks anhand von Videoprotokollen von Therapiegesprächen in den letzten Jahren gewidmet haben, ist ein Ergebnis mehrfach reproduziert worden: Eine mimische Gleichförmigkeit zwischen Patient und Therapeut im Affektausdruck ist, anders als vielleicht naiv zu vermuten, kein günstiger Prädiktor für den Ausgang einer Psychotherapie ([31], S. 51). Sie ist in der Psychotherapie oft genug ein Zeichen dafür, dass der Therapeut – bewusst, vielleicht auch unbewusst – die ihm zugeordneten Beziehungsangebote übernimmt, ohne sich von ihnen zu distanzieren. Wenn der Therapeut sich nicht in die sich rasch einstellenden Interaktionsmuster einklinkt, kann er sich dem Übertragungsangebot entziehen und es zusammen mit dem Patienten erkennen und bearbeiten. – Das psychoanalytische Setting reduziert zweitens die Exponiertheit. Für Menschen, die sehr empfindlich auf die Abgrenzung von anderen achten müssen, die schnell das Gefühl haben, in ihrer Integrität verletzt zu werden, kann die Exponiertheit im Gegen-

übersitzen als Auslieferung an den Blick des anderen erlebt und solcherart bedrohlich werden. Sich nicht anschauen zu müssen, erlaubt dann, über die Stimme oder andere Zeichen leiblicher Präsenz mit dem anderen unaufdringlich vertraut zu werden. – Andererseits kennt sicher jeder Analytiker das Risiko, dass das Setting selbst zum Widerstand wird, dass der Entzug mimischer Interaktion genutzt wird, um affektive Bezogenheit zu vermeiden oder der Angst, sich zu sehr zu exponieren, entgegenwirkt, ohne dass sie bearbeitbar wäre. Dann kann es gerade wichtig sein, das analytische Setting zu verändern und einander gegenüberstehend weiter zu arbeiten, jedenfalls eine Zeitlang.

## Forschungsperspektiven

### Die Körperbild-Liste

Psychosoziomotorische Phänomene sind nicht leicht mess- und objektivierbar. Empirische Verfahren, die sich auf die Selbsteinschätzung mit Hilfe etwa von Fragebögen stützen, versagen, weil die psychomotorischen Besonderheiten dem Bewusstsein u.U. entgehen und nicht reflektiert werden können. Eine nur beobachtend-beschreibende Objektivierung des Verhaltens kann die Erlebnisseite nicht erfassen. Ausserdem sollte – darauf wurde ja in dieser Arbeit besonderer Wert gelegt – der interaktionelle Aspekt berücksichtigt werden. Ein Ausweg könnte ein Ratingverfahren bieten, das es erlaubt, Dimensionen des Körpererlebens im Fremdurteil aufgrund operationalisierter Kriterien durch ein Interview zu erfassen [32]. Ein solches Instrument wurde von mir entworfen, es befindet sich gegenwärtig in der Phase einer Reliabilitätsüberprüfung. Die Analyse des Körperbildes mit Hilfe der sog. Körperbild-Liste KB-L [33] lehnt sich an die Dimensionen an, die die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik [34] für die Beschreibung der psychischen Struktur entwickelt hat, und bezieht sie auf das Körperbild. Ein Vorteil der KB-L für die Beschreibung psychosoziomotorischer Phänomene ist es, dass der Körper im Verhältnis zum Selbst ebenso wie im Verhältnis zum Objekt, also in der Begegnung mit anderen, erfasst wird.

Ich nenne stellvertretend einige wenige Dimensionen. So wird z.B. das körperbezogene *Selbstbild* nach operationalen Kriterien beschrieben; es meint die Fähigkeit, ein dynamisches Körperselbst aufzubauen und zu spüren. Hinzu kommt die Frage, als wie eigen oder wie fremd der Körper erlebt wird. *Affektdifferenzierung* umfasst beim Körpererleben zwei Aspekte. Zunächst ist die affektgetönte Entschlüsselung eigener Körperzustände gemeint. Hierbei liegt der Schwerpunkt auf der Fähigkeit, sich selbst in seiner Körperlichkeit zu erleben; man könnte auch von affektvoller Körperlichkeit sprechen. Für die Psychosoziomotorik könnte die Dimension *Selbststeuerung* besonders wertvoll sein. Sie kann in ebenfalls vier Kriterien subdifferenziert werden. Die *Affekttoleranz* beschreibt den Umgang mit körperbezogenen Affekten, also die Frage, wie körperbezogene Affekte verarbeitet, verdaut oder integriert werden können. Dabei müssen zwei Perspektiven unterschieden werden; v.a. durch Krankheit können körperliche Veränderungen ohne den Willen des Subjekts ausgelöst werden, die dann heftige Affekte provozieren

können. Aber es gilt auch die Umkehrung, nämlich dass Affekte von Körperreaktionen begleitet sind, die ihrerseits wiederum in unterschiedlicher Form toleriert werden können. Die Teufelskreise der Angstentwicklung sind dafür ein Beispiel. Die *Impulssteuerung* ist eine Dimension, die nahe am Körper, an der Ichaktivität, am Antrieb ansetzt. Impulssteuerung ist von daher immer körpernah. Unterschieden werden können zwei Bereiche, nämlich das Aktivitätsbewusstsein in bezug auf den eigenen Körper, das v.a. bei psychotischen Krankheitsbildern grundlegend beeinträchtigt werden kann, wenn Beeinflussungserlebnisse überwiegen oder die eigene Ichaktivität nicht mehr empfunden werden kann. Als zweite Dimension tritt die Selbstakzeptanz in Bezug auf die eigene Triebhaftigkeit hinzu, also die Frage, inwieweit das eigene körperliche Begehren in die eigenen Handlungsvollzüge integriert werden kann.

### Das Forschungsprojekt «Identität und Selbstbild in der imaginierten und realen Veränderung des Gesichts»

Weiter oben waren psychopathologische Phänomene als Folge der Störung des Gleichgewichts zwischen mimischer Bezogenheit, Entzogenheit und Exponiertheit beschrieben worden. Als Beispiel war der M. Parkinson beschrieben worden. Das Gleichgewicht kann auch durch traumatische oder krankheitsbedingte Veränderungen des Gesichts erschüttert werden. Patienten, deren Gesicht und deren mimische Möglichkeiten durch Trauma oder Tumor verletzt sind, erleben u.U. eine Verunsicherung ihrer Identität. Auch sie sind als komplementär zu den dysmorphophoben Patienten anzusehen, die die Verunsicherung ihrer psychischen Identität durch Manipulation u.a. ihres Gesichts ausgleichen wollen. Bislang gibt es für die angemessene und daher notwendig komplexe empirische Erforschung psychosoziomotorischer Phänomene kaum Forschungsansätze. In einem gerade angelaufenen interdisziplinären Forschungsprojekt soll dies versucht werden. Im Rahmen des Projektes werden Patienten der Abteilung für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie des Universitätsspitals Basel untersucht, die zum einen aus seelischen Motiven, zum anderen aus körperlichen Gründen Gesichtsoperationen durchführen lassen.<sup>1</sup> Das Projekt ist eine qualitative Studie, in der Patienten mit narrativen Interviews vor und nach der Operation befragt werden. Eine Folgestudie soll dann mit Hilfe sowohl von qualitativen als auch von quantitativen Verfahren eine grosse Klientel prä- und postoperativ untersuchen.

## Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird der Vorschlag gemacht, in der psychiatrischen Psychopathologie das Konzept

<sup>1</sup> Projektteam: Prof. Dr. J. Küchenhoff, Chefarzt Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal; Dr. med. Dr. phil. Daniel Sollberger, Leitender Arzt Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel; PD Dr. med. Martin Haug, Stv. Chefarzt Abteilung für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie des Universitätsspitals Basel; Prof. Dr. med. Gabriele Lucius-Hoene, Abt. für Rehabilitationspsychologie, Institut für Psychologie der Universität Freiburg i.Br.

der Psychomotorik durch eine soziale und interaktionale Dimension zu ergänzen. Entsprechend könnte der Begriff erweitert werden; dann könnte von Psychosoziomotorik oder von interaktioneller Psychomotorik gesprochen werden. Am Beispiel der Mimik als einem wichtigen Bereich der Psychomotorik wird gezeigt, wie wichtig es ist, die Interaktion für die Genese und für das Verständnis psychomotorischer Phänomene zu berücksichtigen. Dadurch lassen sich klinische Symptome besser erfassen und behandeln. Gezeigt wird dies einerseits an dysmorphophoben Symptomen, andererseits an den psychosozialen Auswirkungen der Hypo- und Amimie bei Patienten mit M. Parkinson oder einem Parkinsonoid infolge antipsychotischer Medikation. Abschliessend werden Forschungsperspektiven berücksichtigt und auf die Körperbild-Liste, ein neues Fremdratingverfahren für das Körpererleben, und auf ein aktuelles Forschungsprojekt zum Zusammenhang von Gesichtsausdruck und Identität hingewiesen.

## Literatur

- 1 Peters UH. Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie. 6. Auflage. München: Elsevier; 2007.
- 2 Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 2. Auflage. Stuttgart; 1867.
- 3 Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. 7. Auflage. Heidelberg, Berlin, New York: Springer; 1973.
- 4 Kleist K. Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig; 1908.
- 5 Scharfetter C. Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme; 1996.
- 6 Müller T. Anfallsartige Störungen bei psychiatrischen Erkrankungen. Epileptologie. 2007;24:209–16.
- 7 Günther W, Gruber H. Psychomotorische Störungen bei psychiatrischen Patienten als mögliche Grundlage neuer Ansätze in Differentialdiagnose und Therapie. Arch Psychiatr Nervenkr. 1983;233:187–209.
- 8 Schimank U. Die Entscheidungsgesellschaft. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2005.
- 9 Le Breton D. Anthropologie du corps et modernité. Paris, 1990.
- 10 Von Weizsäcker V. Gesammelte Schriften. Bd. 4: Der Gestaltkreis. Suhrkamp; 2005.
- 11 Straus E. Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie. Berlin: J. Springer 1935. 2. vermehrte Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer; 1956.
- 12 Küchenhoff J, Wieglering K., Cf im Folgenden. Leib und Körper. Psychologie und Philosophie im Dialog. Vandenhoeck&Ruprecht: 2009.
- 13 Kestenberg JS. On the development of maternal feelings in early childhood: Observations and reflections. Psychoanalytic Study of the Child. 1956;11:257–91.
- 14 Winnicott DH. Die Entwicklung der Fähigkeit zur Besorgnis. In: Winnicott DH, Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt: Fischer; 1985; 93–105.
- 15 <http://www.infoklick.ch/sommerakademie/sommerakademie-2009/berichterstattung/interview-largo/>
- 16 Dornes M. Die frühe Kindheit. Rowohlt Hamburg. 1997.
- 17 Stern D. Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett-Cotta; 1992.
- 18 Von Matt P. Fertig ist das Angesicht. Frankfurt: Suhrkamp; 1983.
- 19 Anzieu D. Das Haut-Ich. Frankfurt: Suhrkamp; 1990.
- 20 Merleau-Ponty M. Die Prosa der Welt. München: Fink; 1984.
- 21 Merleau-Ponty M. Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: De Gruyter; 1966.
- 22 Küchenhoff J. «Dort wo ich berühre, werde ich auch berührt». Forum der Psychoanalyse. 2007;23:120–32.
- 23 Mead GH. Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp; 1973.
- 24 Coenen H. Diesseits von subjektivem Sinn und kollektivem Zwang. München: Fink; 1985.
- 25 Küchenhoff J. Die Achtung vor dem Anderen. Weilerwist: Velbrück; 2005.
- 26 Küchenhoff J. Körper und Sprache. Theoretische und klinische Beiträge zur Psychopathologie und Psychosomatik von Körpersymptomen. Heidelberg: Asanger; 1992.
- 27 Sartre JP. Das Sein und das Nichts. Reinbek: Rowohlt; 1943/1993.
- 28 Oka K. Eine transkulturelle Studie zum Blickerleben. Vergleich zwischen der sozialen Phobie und dem Tai-jin-kyofu. Fortschr Neurol Psychiat. 2000;68:468–74.
- 29 Cole J. Über das Gesicht. München: Kunstmann; 1999.
- 30 Briegel W. Neuropsychiatric findings of Möbius disease – a review. Clin Genet. 2006;70(2):91–7.
- 31 Rasting M. Mimik in der Psychotherapie. Giessen: Psychosozial; 2008.
- 32 Küchenhoff J. Körperbild und psychische Struktur – zur Erfassung des Körpererlebens in der psychodynamischen Diagnostik. Z Psychosom Med Psychother. 2003;49:175–93.
- 33 Küchenhoff J, Agarwalla P. Die Körperbild-Liste. Ratinginstrument und Checkliste. Unveröffentlicht. 2009.
- 34 Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Bern: Huber; 2009.