

Zusammenfassung

Ausgehend von z. T. heterogenen Hinweisen in der Literatur auf Störungen des Körpererlebens bei schizophrenen Patienten untersuchten wir Körperschema, Körperbild und Körperkathexis, deren Veränderungen im Verlauf einer stationären Behandlung und deren Zusammenhänge mit der psychopathologischen Symptomatik bei 38 Patienten mit einer akuten paranoiden Schizophrenie. Das Körperschema wurde zudem bei einer gesunden Vergleichsgruppe erfasst. Angewendet wurden: die Image-marking-Methode nach Askevold (lineares, perzeptives Verfahren), der Body Distortion Questionnaire, eine visuelle Analogskala zur Körperkathexis und psychopathometrische Meßinstrumente (BPRS und InSka). Die Körperperipherie (untere Extremitäten) wurde von den Patienten im Mittel unterschätzt zugunsten einer „Zentralisierung“ des Körperschemas mit nahezu exakter Wahrnehmung stammnahe gelegener Fixpunkte. Die Unterschätzungen waren signifikant verbunden mit Angstsymptomen, die Überschätzungen mit Größenideen. Körperschema und Körperbild zeigten sich als Teilbereiche des Körpererlebens, die voneinander und von Leibhalluzinationen bzw. Zönaesthesien relativ unabhängig waren. Die Störungen bildeten sich im Verlauf der stationären Behandlung weitgehend, aber nicht vollständig zurück. Die Ergebnisse bestätigen und präzisieren die in der Literatur dargestellten Befunde einer gestörten Körpergrößenwahrnehmung und stützen einige theoretische Überlegungen zum Körpererleben in der schizophrenen Psychose.

Schlüsselwörter

Körperschema – Körperbild – Körperkathexis – Schizophrenie – Psychopathologie

Das Körpererleben von Patienten mit einer akuten paranoiden Schizophrenie

Eine Verlaufsstudie

F. Röhrich¹ und S. Priebe²

¹ Psychiatrische Abteilung, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Berlin

² Abteilung für Sozialpsychiatrie, Freie Universität, Berlin

Das Körpererleben schizophrener Patienten ist mit unterschiedlichen Begriffen in der psychiatrischen Literatur beschrieben und wissenschaftlich erforscht worden. Huber, Conrad und später z. B. Lehmann [10, 15, 21] stellten die Häufigkeit von Körpersensationen und Leibgefühlsstörungen heraus. Beschrieben werden Sinnestäuschungen (zönaesthetische Halluzinationen und leibliche Beeinflussungserlebnisse), körperbezogene Depersonalisationssyndrome, Gefühle der Ablösung vom Körper, Unempfindlichkeit für Schmerzen und andere, teils bizarre Körpererlebnisse [4, 7, 13, 15, 31, 32]. Im Zusammenhang mit einer gestörten Körpererfahrung können auch selbstschädigende, teils zerstümmelnde Fehlhandlungen und katatoniforme Zustände gesehen werden. Scharfetter [31] ordnet Störungen des Körpererlebens als Ausdruck einer Störung der Ich-Konsistenz ein und skizziert das Leibgefühl mancher schizophrener Patienten als unproportional und qualvoll.

Im angloamerikanischen Schrifttum wurden seit den 50er Jahren auch empirische Studien zu Störungen des Körpererlebens schizophrener Patienten veröffentlicht (Übersicht bei Fisher [14]). Unter Bezugnahme auf psychologische Konzepte wurden dabei mit dem Termini-

„body-image“ unterschiedliche Aspekte des Körpererlebens erfasst. Eine begriffliche Differenzierung in Körperschema und Körperbild hat sich insbesondere seit den 70er Jahren durchgesetzt. Das Körperschema beschreibt den wahrnehmungspsychologischen Bereich mit Erfassung der Fähigkeit, Distanzen am eigenen Körper genau einzuschätzen, das Körperbild den persönlichkeitspsychologischen Bereich zur Erfassung der Gedanken, Einstellungen und Gefühle zum Körper und die Körperkathexis die affektive Besetzung des Körpers [17, 18, 26, 29]. Die Schwierigkeiten in der Abgrenzung von Leibgefühlsstörungen als Manifestationsform einer Sinnestäuschung und einer Körperschemastörung wurden wiederholt herausgestellt [22, 24].

Bei der Anwendung projektiver Zeichenmethoden zeichneten schizophrene Patienten kleinere Hände und ließen in ihren Zeichnungen Hände und Arme sowie Füße und Beine weg [20, 36]. Experimentelle Untersuchungen erbrachten hierzu widersprüchliche Ergebnisse; alle Autoren fanden Störungen der Körpergrößeneinschätzung, jedoch wurden die einzelnen Körpersegmente in unterschiedlicher Richtung verschätzt [6, 8, 9, 11, 12, 24, 34, 35, 37]. Dabei überwiegen in Übereinstimmung mit den projektiven Methoden die Befunde einer Unterschätzung. Auch in Fragebogenerhebungen machten die Patienten häufig Angaben zu einem Gefühl der Schrump-

Dr. F. Röhrich, Psychiatrische Abteilung, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk Berlin, Am Waldhaus 1-19, D-14129 Berlin

Body image in patients with acute paranoid schizophrenia. A longitudinal study

F. Röhricht and S. Priebe

Summary

In the light of the heterogeneous literature on disturbances of body image in schizophrenic patients, we examined body schema, body concept and body cathexis, their changes during hospital treatment and their correlations with psychopathology in 38 patients with acute paranoid schizophrenia. The image-marking method according to Askevold, the Body Distortion Questionnaire, a visual-analogue scale on body cathexis and psychopathometric scales were applied. Body schema was also investigated in 27 healthy controls. On average, patients underestimated the size of their lower extremities, indicating a centralized body schema. They accurately assessed proximal fixed points. Underestimation was significantly correlated with anxiety, overestimation with grandiosity. Body schema and body concept were relatively independent from each other and from body hallucinations. Disturbances of body perception were reduced significantly, but not completely, during the time from admission to discharge. The results confirm and clarify some findings in the literature on a distorted perception of body size and support theories on body perception in schizophrenia.

Key words

Body image – Schizophrenia – Psychopathology

fung. Die Untersuchungen mittels verbaler Verfahren zeigten darüber hinaus Störungen im Sinne von „Durchdringungen“ der Körperbildgrenze, eine Festigung der Körperbildgrenze unter reizarmen Bedingungen, Gefühle der Körperbeschmutzung und der Blockierung von Körperöffnungen und Störungen der Körpergrößenempfindung [14, 19, 26].

Eine exakte Differenzierung unterschiedlicher Teilaspekte des Körpererlebens auch unter Berücksichtigung verschiedener Subtypen der Erkrankung erfolgte erst in wenigen Studien in den 80er Jahren [11, 26, 37].

Ein Zusammenhang mit der psychopathologischen Symptomatik – insbesondere den Sinnestäuschungen und den Ich-Störungen – wurde bislang kaum systematisch untersucht. Behandlungsparameter wie die neuroleptische Medikation und auch affektive Faktoren wie die Körperbesetzung (Körperkathexis) sind selten erfaßt. Die im Hinblick auf das Körperschema untersuchte Perzeption beschränkt sich in den zitierten experimentellen Studien nahezu ausschließlich auf rein visuelle Sinnesreize. Der intraindividuelle Verlauf der Befunde zum Körpererleben über einen ausreichend langen Behandlungszeitraum ist nicht geprüft worden.

In der vorliegenden Studie sollte deshalb untersucht werden, wie Körperschema, Körperbild und Körperkathexis bei Patienten mit einer paranoiden Schizophrenie bei stationärer Aufnahme und Entlassung beschaffen sind und welche Zusammenhänge diese Aspekte des Körpererlebens mit psychopathologischen Auffälligkeiten zeigen.

Methodik

In die Studie wurden Patienten im Alter von 18 bis 60 Jahren mit einer akuten schizophrenen Psychose (paranoide Schizophrenie, F20.0 nach ICD 10) in unselektiver Weise aufgenommen. Die Patienten wurden in einer Berliner psychiatrischen Klinik mit Pflichtversorgungsauftrag stationär behandelt. Die Eingangsuntersuchung wurde in den ersten 5 Tagen nach stationärer Aufnahme durchgeführt. Die zweite Untersu-

chung erfolgte in den letzten 5 Tagen vor Entlassung.

Zur Erfassung des Körperschemas erfolgte die Untersuchung mit einem Körperschätzverfahren, der modifizierten Image-marking-Methode (IMV) nach Askevold [1, 26], um die Körperwahrnehmung spezifisch segmental erfassen zu können. Dieses lineare, perzeptive Verfahren wird in der Literatur als hinreichend reliabel und valide für die Diagnostik von Körperschemastörungen ausgewiesen [26]. Die Patienten schätzten die Ausmaße von insgesamt 10 Körperdistanzen und einem neutralen Stimulus (Buchrückenmaß) und markierten ihre Schätzwerte auf einer Wandtafel. Grundlage der Schätzwerte waren vom Untersucher mit einem dem Anthropometer vergleichbaren Instrument (Stangenzirkel) gegebene taktile Reizstimuli. Die Körperdistanzen im einzelnen:

1. Frontal: Kopf, Schulterbreite, Taille, Hüfte, Oberschenkel, Unterschenkel;
2. sagittal: Hinterkopf-Nasenspitze, Bauchumfang, Oberschenkel, Unterschenkel

Für die Auswertung wurden die Körpermaße zu den 3 Körpersegmentmaßen Kopf, Rumpf und Bein zusammengefaßt. Die Auswertung des Körperschätzverfahrens erfolgte mit dem Body-Perception-Index (BPI = Schätzmaß/Realmaß · 100). Zur Erfassung der absoluten, richtungsunabhängigen Verschätzung errechneten wir ein Verschätzmaß (Realmaß minus Schätzmaß in cm). Dieses Maß sollte die über die Mittelwertbildung verloren gegangene Information der Streubreite wieder für die Auswertung zugänglich machen.

Das Körperbild wurde mit der deutschen Version des Body Distortion Questionnaire (BDQ, [26]) nach Fisher, einem 82 Items umfassenden, in zahlreichen Studien eingesetzten Fragebogen, untersucht. Die Items des Fragebogens sind zu 7 Subskalen zusammengefaßt: „large“ (Wahrnehmung des Körpers als groß, weit, ausgedehnt), „small“ (Wahrnehmung des Körpers als klein, verkleinert), „boundary loss“ (Verlust der Körpergrenzen), „dirty“ (Wahrnehmung des Körpers als schmutzig, unsauber), „blocked openings“ (blockierte, verstopfte Körperöffnungen), „skin“ (Ungewöhnliche Wahrnehmungen auf/an der Haut) und „depersonalization“ [26].

Zur Erfassung der Körperkathexis wurde den Patienten eine 100 mm lange visuelle Analogskala (VAS) mit der Frage „Inwiefern sind sie derzeit mit ihrem Körper zufrieden?“ und Antwortmöglichkeiten zwischen 0 = „überhaupt nicht“ und 10 = „sehr zufrieden“ vorgelegt.

Die psychopathologische Symptomatik wurde mit der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS, [28]) fremdbeurteilt. Zur gezielten Erfassung der Residual- und Minus-symptomatik und zur Vervollständigung

des körperbezogenen psychopathologischen Befundes (Zönästhesien, motorisches Ausdrucksverhalten, körperliche Aktivität, Sexualverhalten) wurde mit der Intentionalitätsskala (InSka, [27]) ein weiteres Fremdbeurteilungsinstrument eingesetzt.

Für das Image-marking-Verfahren wurde eine im Hinblick auf Geschlecht, Alter, Körpergröße und Körpergewicht entsprechende Kontrollgruppe ($n = 27$) gesunder Normalpersonen untersucht.

Ergebnisse

Die Patientengruppe bestand aus 19 Frauen und 19 Männern, das mittlere Alter betrug 33,5 Jahre ($s = 8,8$). Die Patienten wogen im Mittel bei Aufnahme 67,9 kg ($s = 11,5$) bei einer durchschnittlichen Körpergröße von 175 cm ($s = 9,7$). Sie waren im Schnitt seit 6 Jahren erkrankt ($s = 6,7$, range = 0–20), die Anzahl der stationären Voraufenthalte schwankte zwischen 0–12 ($m = 3,8$, $s = 4,1$). Alle Patienten erhielten bei Aufnahme Neuroleptika, im Mittel 492 mg ($s = 771$) Chlorpromazinäquivalent, bei Entlassung 348 mg ($s = 234$), und nahmen an einer Beschäftigungstherapie, einer Gesprächsgruppe und regelmäßiger Gymnastik teil. Die mittlere Behandlungsdauer betrug 69 Tage ($s = 38,7$).

Der Gesamt-BPRS-Score betrug bei Aufnahme im Schnitt 53,2 ($s = 9,3$), vor Entlassung 35,4 ($s = 8,2$). Die Besserung der Symptomatik im Therapieverlauf war für den Gesamt-Score ($t = 10,9$, $p < 0,001$) und für alle Subskalen ($t = 3,5-9,1$, $p < 0,01$) statistisch signifikant. Auch die Werte der InSka mit einem mittleren Score bei Aufnahme von 23,5 ($s = 7,6$) und bei Entlassung mit 13,4 ($s = 6,7$) besserten sich im Verlauf signifikant ($t = 4,45$, $p < 0,001$). Tabelle 1 zeigt die Beschaffenheit des Körperschemas der Patienten bei der Aufnahme im Vergleich mit der Kontrollgruppe.

Das äußere Objekt wurde nahe am Realmaß und nicht im Sinne einer generellen Wahrnehmungsstörung verschoben eingeschätzt. Die Körperperipherie (untere Extremitäten) wurde absolut und im Vergleich mit der Kontrollgruppe signifikant unterschätzt bzw. geschrumpft wahrgenommen. Bei den Kopf- und

Tabelle 1

Body Perception Index und analoger Index für den neutralen Stimulus (Buchrücken) in der Patientengruppe bei der Aufnahme und in der gesunden Vergleichsgruppe/Gruppenvergleich und statistische Signifikanz der Unterschiede (t-Test für unabhängige Stichproben)

	Patientengruppe		Kontrollgruppe		t-Test	
	M	s	M	s	t	p
Buchrücken	97,8	35,5	109,1	21,7	1,58	n.s.
Kopf	102,8	33,1	112,9	14,4	1,88	< 0,10
Rumpf	97,3	21,6	111,8	10,7	3,57	< 0,01
Bein	85,4	36,9	107,4	14,6	3,30	< 0,01

Tabelle 2

Verschätzmaß (cm/bzw. cm² für den Buchrücken) in der Patientengruppe bei Aufnahme und in der Vergleichsgruppe sowie statistische Signifikanz der Unterschiede (t-Test für unabhängige Stichproben)

	Patientengruppe		Kontrollgruppe		t-Test	
	M	s	M	s	t	p
Buchrücken	70,1	52,5	44,4	35,4	2,32	< 0,01
Kopf	6,2	4,8	3,6	1,5	3,13	< 0,01
Rumpf	6,9	3,3	4,4	1,7	4,11	< 0,001
Bein	4,4	2,7	1,9	1,2	4,96	< 0,001

Rumpfmaßen erfolgten dagegen signifikant genauere Einschätzungen durch die Patienten bei einer Überschätzung in der Kontrollgruppe. Die Betrachtung der richtungsunabhängigen Verschätzwerte zeigt eine hochsignifikant stärkere Verschätzung in der Patientengruppe. In Tabelle 2 sind die Verschätzmaße der beiden Untersuchungsgruppen im Vergleich dargestellt.

In der Patientengruppe wurde bei der Entlassung für alle Distanzen eine Zunahme des BPI sowie eine Abnahme der Verschätzmaße gefunden. Im Vergleich mit der Kontrollgruppe (hier wurden erneut die Maßwerte vom ersten Untersuchungszeitpunkt herangezogen) waren bei der Betrachtung des BPI dabei noch signifikante Unterschiede für die Extremitätenmaße nachweisbar. Es zeigte sich eine im Vergleich zum Aufnahmezeitpunkt weniger ausgeprägte Unterschätzung in der Patientengruppe. Das Ausmaß der absoluten Verschätzung war bei der Entlassung für alle Segmente signifikant geringer ausgeprägt. Die Tabellen 3 und 4 zeigen den BPI und das Ver-

schätzmaß an beiden Untersuchungszeitpunkten.

Die Untersuchung des Zusammenhanges mit der psychopathologischen Symptomatik zeigt, daß die Unterschätzung der Körperperipherie mit hohen BPRS-Scores für das Item „Angst“ ($r = -0,39$, $p < 0,05$) korrelierte. Weiterhin war der BPI des Beinsegmentes negativ korreliert mit der Anzahl der stationären Voraufenthalte ($r = -0,34$, $p < 0,05$). Dagegen korrelierte die Überschätzung der Körperperipherie mit „Größenideen“ ($r = 0,39$, $p < 0,05$) und eine Überschätzung des Kopfes mit einem hohen Score für den Fragebogenfaktor „boundary loss“ ($r = 0,33$, $p < 0,05$). Bei Entlassung zeigten sich für die Unterschätzung von Kopf und Rumpf und die richtungsunabhängige Verschätzung ein unspezifischer Zusammenhang mit der vorherrschenden Symptomatik (BPRS-Gesamt-Score und insbesondere die Subskalen „Feindseligkeit/Mißtrauen“ und „Aktivierung“). Die Gruppe der Patienten mit Zönästhesien (Item 34 InSka, $n = 22$ bei der Aufnahme, $n = 16$ bei der Entlas-

Tabelle 3

Body Perception Index in der Patientengruppe bei der Aufnahme und bei der Entlassung sowie statistische Signifikanz der Unterschiede (t-Test für abhängige Stichproben)

	Aufnahme		Entlassung		t-Test	
	M	s	M	s	t	p
Kopf	102,8	33,1	105,4	21,0	0,43	n.s.
Rumpf	97,3	21,6	102,4	15,5	1,78	< 0,10
Bein	85,4	36,9	91,1	20,4	1,28	n.s.

Tabelle 4

Verschätzmaße (cm/bzw. cm² für den Buchrücken) in der Patientengruppe bei der Aufnahme und bei der Entlassung sowie statistische Signifikanz der Unterschiede (t-Test für abhängige Stichproben)

	Aufnahme		Entlassung		t-Test	
	M	s	M	s	t	p
Buchrücken	70,1	52,5	69,8	74,7	0,02	n.s.
Kopf	6,2	4,8	4,3	2,7	2,36	< 0,05
Rumpf	6,9	3,3	4,8	2,5	3,58	< 0,01
Bein	4,4	2,7	2,7	1,9	4,15	< 0,001

sung) unterschied sich in den Ergebnissen des IMV und des BDQ nicht signifikant von den Patienten ohne Zönanästhesien. Auch im Hinblick auf den InSka Faktor „motorischer Antrieb“ und das darin erfaßte motorische Ausdrucksverhalten und für das Sexualverhalten (Item 50 InSka) war kein signifikanter Gruppenunterschied nachweisbar. Zwischen der in der VAS erfaßten Körperkathexis und den Körperschätzmaßen zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang. Die Höhe der neuroleptischen Medikation korrelierte nur mit dem Überschätzen des neutralen Stimulus ($r = 0,38, p < 0,01$).

Der Gesamtscore des BDQ nahm von Aufnahme (im Mittel 27,6, $s = 16,5$) zu Entlassung (im Mittel 9,21, $s = 7,7$) deutlich ab ($t = 5,28, p < 0,001$). Die ausgeprägteste Körperbildstörung fand sich beim Faktor „boundary loss“ (mittlerer Score 4,7 bei 10 hier erfaßten Items). Bei Entlassung wurden für alle Faktoren weniger Aussagen eines veränderten Körpererlebens angegeben, die Veränderung war für alle Faktoren signifikant ($p < 0,01$ für „dirty“ und „large“, übrige $p < 0,001$).

Die Ausprägungen „boundary loss“ und „blocked openings“ korrelierten mit dem BPRS-Faktor „Anergie“ ($r = 0,52, p < 0,01$ bzw. $r = 0,34, p < 0,05$), die Ausprägung von „depersonalization“ mit dem BPRS-Faktor „Angst/Depression“ ($r = 0,42, p < 0,05$). Für den BDQ-Faktor „blocked openings“ stellte sich zudem ein negativer Zusammenhang mit der Körperkathexis dar ($r = -0,38, p < 0,05$). BPI und BDQ-Scores waren im wesentlichen nur auf Itemebene korreliert. Die Anzahl der stationären Voraufenthalte war negativ korreliert mit dem Gesamtscore des Fragebogens ($r = -0,40, p < 0,05$).

Die Zufriedenheit mit dem Körper nahm von der Aufnahme (mittlerer Score 5,5, $s = 3,2$) zur Entlassung (6,9, $s = 2,4$) zu ($t = 2,21, p < 0,05$) und war zum Aufnahmezeitpunkt signifikant negativ korreliert mit dem Alter ($r = -0,36, p < 0,05$), dem BPRS-Item „Angst“ ($r = -0,31, p = 0,05$), mit dem InSka-Gesamtscore ($r = -0,46, p < 0,01$) sowie den InSka-Subskalen „Wahn/Autismus“ ($r = -0,36, p < 0,05$) und „Initiative/Motivation“ ($r = -0,50, p < 0,01$).

Außer den aufgeführten Resultaten fanden sich keine signifikanten Zusammenhänge bzw. Unterschiede.

Diskussion

In der jetzigen Untersuchung zeigt sich in der Patientengruppe im Vergleich mit der gesunden Kontrollgruppe ein geschrumpftes, gleichsam zentralisiertes Körperschema. Die Körperperipherie wurde absolut und im Vergleich mit der Kontrollgruppe unterschätzt, die Rumpfmaße dagegen von den Patienten genauer wahrgenommen. Im Rahmen der akuten psychotischen Desintegration werden möglicherweise nahe am Stamm gelegene Körpersegmente von den Patienten mit besonderer Aufmerksamkeit versehen. Die Kontrollgruppe zeichnet sich in Übereinstimmung mit früheren Studien [14, 26, 37] durch eine globale Überschätzung ihrer Körperdistanzen aus, so daß ein durch proportionale Überschätzung gekennzeichnetes Körperschema als Indiz für relative Gesundheit erscheint.

Trotz der über die Mittelwerte beschriebenen Unterschätzungen zeigten sich bei einzelnen Patienten jeweils auch erhebliche Überschätzungen, was die Unterschiede zwischen den bisher vorliegenden Untersuchungsergebnissen in der Literatur widerspiegelt. Die Unterschätzung der unteren Extremitäten scheint in signifikanter Wechselwirkung mit Angstsymptomen und der Anzahl der Voraufenthalte, die als Zeichen der Chronizität der Erkrankung interpretiert werden können, zu stehen. Eine Überschätzung in diesem Segment – deutlich über das für die Kontrollgruppe beschriebene Maß hinausgehend – korreliert dagegen mit Größenideen. Diese Zusammenhänge zur psychopathologischen Symptomatik können möglicherweise die scheinbar widersprüchlichen Forschungsergebnisse zur Körpergrößenwahrnehmung aufklären helfen. Bei Entlassung erscheint der Zusammenhang der (deutlich geringer ausgeprägten) Unterschätzung der Körperperipherie zur psychopathologischen Symptomatik weniger spezifisch. Ein spezifischerer Zusam-

menhang ist bei der Entlassung evtl. aus methodischen Gründen nicht mehr nachweisbar, da die Varianz der jeweiligen Merkmale deutlich geringer ausgeprägt war.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollten auch die methodischen Grenzen der Studie berücksichtigt werden. So erschwert die Fülle der getesteten Einzelkorrelationen die Bewertung der beschriebenen statistisch signifikanten Zusammenhänge und die Höhe der Koeffizienten war meist nur mäßig. Darüber hinaus ist anzumerken, daß das Fehlen eines signifikanten Ergebnisses – angesichts der geringen Größe der Stichprobe und der hohen Varianz der geprüften Einzelmerkmale – nicht als Beleg für die Nichtexistenz eines tatsächlichen Unterschiedes bzw. eines Zusammenhanges gedeutet werden kann.

Danzinger [11] fand bei den von ihm mit der Videoverzerrmethode untersuchten schizophrenen Patienten keine Unterschiede zwischen zwei 10 Tage auseinanderliegenden Erfassungszeitpunkten nach Abklingen der halluzinatorisch-wahnhaften Symptomatik. Er wertete dies als Hinweis darauf, daß die veränderte Körperwahrnehmung nicht mit produktiver Symptomatik zusammenhänge, da die Unterschätzung bestehen blieb. Der jetzt dargestellte Verlauf über den gesamten Zeitraum einer stationären Behandlung weist darauf hin, daß 10 Tage wahrscheinlich häufig nicht ausreichen, um zu einer Wiederannäherung des Körperschemas an die realen Proportionen zu gelangen. Die Körperwahrnehmungsstörungen bildeten sich in der vorliegenden Studie parallel zur Besserung der produktivpsychotischen Symptomatik für alle Körperdistanzen zurück. Sowohl in der jetzigen Untersuchung als auch von Wagner [37] für chronisch schizophrene Patienten beschrieben, kann eine geringgradige Unterschätzung besonders der ganz distal gelegenen Körperteile im Vergleich zu gesunden Normalpersonen im Rahmen eines residuellen Syndroms bestehen bleiben. Die Befunde sprechen für die Akzentuierung einer auch in der chronischen schizophrenen Erkrankung ausge-

prägten Körperschemastörung im Rahmen des akuten Krankheitsgeschehens. Das im Fragebogen erfaßte Körperbild hingegen war zum Entlassungszeitpunkt nahezu unauffällig.

Im Hinblick auf zönästhetische Körperhalluzinationen waren keine Zusammenhänge mit einer gestörten Körperwahrnehmung feststellbar. Die in der Literatur oft vorgenommene Subsumierung der Körperschemabefunde unter anderen psychopathologischen Symptomen wie den Sinnestäuschungen und Ich-Störungen läßt sich für die jetzt untersuchten Patienten nicht bestätigen. Die Daten zum Körperbild der Patienten, die mit Befunden aus früheren Untersuchungen übereinstimmen [14], und die Befunde des Körperschemas weisen nur wenige Zusammenhänge miteinander auf. Dies entspricht der theoretischen Überlegung zweier von einander unabhängiger Aspekte des Körpererlebens. Die begriffliche Abhandlung der primär den Gedanken, Gefühlen und Einstellungen unterliegenden Depersonalisations- und Derealisationssyndrome unter dem Körperschemabegriff, wie z. B. von Burchard [5] vorgenommen, erscheint vor diesem Hintergrund fragwürdig.

Anknüpfend an entwicklungspsychologische Theorien wird von verschiedenen Autoren herausgestellt, daß die Betonung der leiblichen Ich-Grenze für die innere Konsistenz der Persönlichkeit, für die Ich-Kohärenz von Bedeutung sei [3, 16, 31, 33]. Der Zusammenhang von dem als zentralisiert dargestellten Körperschema und Angstsymptomen könnte im Sinne eines Versuches, die Ich-Integration trotz bedrohlichen Erlebens aufrechtzuerhalten, verständlich werden. Benedetti [2] spricht in diesem Zusammenhang von einem „Skotomisieren der Existenz“; die Patienten würden dabei periphere Körpersektoren, die nicht in das Ich zu integrieren seien, abspalten. Demgegenüber scheinen Größenideen im Körpererleben des Patienten mit einer Expansion der leiblichen Ich-Grenzen einhergehen zu können, ausgedrückt durch eine Überschätzung der Körperperipherie.

Die Zusammenhänge des Körperbildes mit der psychopathologischen Symptomatik lassen sich in ähnlicher Weise interpretieren wie die Ergebnisse zur Körperwahrnehmung. Die im Fragebogen erhobenen Angaben zum körperbezogenen Depersonalisationserleben sind ebenfalls mit Angstsymptomen verbunden und könnten spekulativ als Ausdruck einer erlebten Distanz zum Körper aufgefaßt werden. Eine verminderte affektive Besetzung des Körpers im Erleben eines drohenden Verlustes der Ich-Kohärenz würde auch der negativen Korrelation der Körperkathexis zur Ausprägung von Angst und dem Fragebogenfaktor „blockierte Körperöffnungen“ entsprechen. Schließlich könnte auch die Verbindung von „Anergie“ mit Gefühlen des Körpergrenzverlustes und dem Empfinden „blockierter Körperöffnungen“ im Sinne einer Tendenz gedeutet werden, durch Passivität Wahrnehmungen der Körperperipherie zu vermindern.

In der jetzigen Untersuchung blieb der Einfluß sozio- und psychotherapeutischer Maßnahmen auf das Körpererleben unberücksichtigt. Die z. B. von Lowen [23], Maurer [25] und Scharfetter [30] beschriebenen leiborientierten Therapieansätze haben im klinischen Alltag der Behandlung schizophrener Erkrankungen bislang keinen nennenswerten Stellenwert erlangt. Es erscheint wünschenswert, die Frage nach der Wirksamkeit gezielter körpertherapeutischer Interventionen auf die in der jetzigen Studie erhobenen Befunde eines gestörten Körpererlebens prospektiv und im Vergleich mit bzw. in Ergänzung von anderen Therapieverfahren zu untersuchen. Hier bieten sich für zukünftige Studien Maßnahmen an, die sich auf die Förderung der Wahrnehmung der mit der Außenwelt in Kontakt tretenden Körperperipherie – Hände und Füße – beziehen.

Literatur

1. Askevold F (1975) Measuring body image: preliminary report on a new method. *Psychother Psychosom* 26: 71–77
2. Benedetti G (1983) Todeslandschaften der Seele. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

3. Blankenburg W (1982) Körper und Leib in der Psychiatrie. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr* 131: 13–39
4. Blackmore S (1986) Out-of-body experiences in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 174: 615–619
5. Burchard JM (1980) Lehrbuch der systematischen Psychopathologie, Bd II. Schattauer, Stuttgart
6. Burton A, Adkins J (1961) Perceived size of self-image body parts in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 5: 131–140
7. Cappon D, Banks R (1965) Orientational perception: II. body perception in depersonalization. *Arch Gen Psychiatry* 13: 375–379
8. Cleveland SE (1960) Judgements of body size in a schizophrenic and control group. *Psychol Report* 7: 304
9. Cleveland SE, Fisher S, Reitman EE, Rothaus P (1962) Perception of body size in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 7: 277–285
10. Conrad K (1957) Die beginnende Schizophrenie. Thieme, Stuttgart
11. Danzinger R (1989) Die Einschätzung des verzerrten Videobildes der eigenen Person durch Schizophrene. *Nervenarzt* 60: 355–360
12. Dillon DJ (1962) Measurement of perceived body size. *Perception Motor Skills* 14: 191–196
13. Dworkin RH (1994) Pain insensitivity in schizophrenia: a neglected phenomenon and some implications. *Schizophrenia Bull* 20: 235–248
14. Fisher S (1986) Development and structure of the body image, Vol 1, 2. Erlbaum, Hillsdale, NJ
15. Huber G (1957) Die zönästhetische Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 25: 491–520
16. Joraschky P (1983) Das Körperschema und das Körper-Selbst als Regulationsprinzipien der Organismus-Umwelt-Interaktion. Minerva, München
17. Joraschky P (1986) Das Körperschema und das Körper-Selbst. In: Brähler E (Hrsg) *Körpererleben*. Springer, Berlin Heidelberg New York
18. Kiener F (1973) Untersuchungen zum Körperbild, 1. Teil. *Z Klin Psychol Psychother* 21: 335–351
19. Koide R (1985) Body image differences between normal and schizophrenic female adults. Special issue: schizophrenia. *Int Rev Appl Psychol* 34: 335–347
20. Kokonis ND (1972) Body image disturbance in schizophrenia. A study of arms and feet. *J Pers Assess* 36: 573–575
21. Lehmann HE (1984) Schizophrenie: Klinisches Bild. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BS, Peters UH (Hrsg) *Psychiatrie in Praxis und Klinik*, Band 1, Schizophrenie Affektive Erkrankungen Verlust und Trauer. Thieme, Stuttgart
22. Leonhard K (1988) Review. Das Körperschema bei Psychosen. *Zentralbl Neurol Psychiatr* 250: 521–526
23. Lowen A (1981) Körperausdruck und Persönlichkeit. Kösel, München
24. Lukianowicz N (1967) Body image disturbances in psychiatric disorders. *Br J Psychiatry* 113: 31–47
25. Maurer Y (1993) Körperzentrierte Psychotherapie. Hippokrates, Stuttgart
26. Meermann R (1985) Körperschemastörungen. Habilitationsschrift. Medizinische Fakultät Münster, unveröffentlicht
27. Mundt C, Fiedler P, Pracht B, Rettig R (1985) InSka (IntentionalitätsSkala) – ein neues psychopathometrisches Instrument zur quantitativen Erfassung der schizophrenen Residualsymptomatik. *Nervenarzt* 56: 146–149
28. Overall JE, Gorham DR (1990) Brief psychiatric rating scale. Rating scales for psychiatry. Beltz, Weinheim
29. Paulus P (1982) Zur Erfahrung des eigenen Körpers. Theoretische Ansätze, therapeutische und erziehungswissenschaftliche Aspekte sowie ein empirischer Bericht. Beltz, Weinheim
30. Scharfetter C (1982) Leiborientierte Therapie schizophrener Ich-Störungen. In: Helmchen H, Linden M, Rüger M (Hrsg) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Springer, Berlin Heidelberg New York
31. Scharfetter Ch (1990) Schizophrene Menschen. Urban & Schwarzenberg, München
32. Schmoll D, Koch T (1989) Leibgefühlsstörungen in der schizophrenen Psychose. *Kasuistik. Nervenarzt* 60: 619–627
33. Schmoll D (1988) Schizophrenie und Leiblichkeit – Zur Psychopathologie zönästhetischer Schizophrenien. Junfermann, Paderborn
34. Traub AC, Orbach J (1964) Psychophysical studies of body image: I. The adjustable body-distorting mirror. *Arch Gen Psychiatry* 11: 53–66
35. Traub AC, Olson R, Orbach J, Cardone SS (1967) Psychophysical studies of body image: III. Initial studies of disturbances in a schizophrenic group. *Arch Gen Psychiatry* 17: 664–670
36. Weckowicz TE, Sommer R (1960) Body image and self-concept in schizophrenia. *J Ment Sci* 106: 17–39
37. Wagner B (1982) Experimentelle Untersuchungen zur Körperwahrnehmung chronisch schizophrener Patienten mit zwei Zeichenverfahren. Dissertation, Medizinische Fakultät Münster, unveröffentlicht