

# Physikalische Therapie als Psychotherapie?

Autor(en): **Weintraub, A**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): - **(1979)**

Heft 289

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930532>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Physikalische Therapie als Psychotherapie?

A. Weintraub, Zürich

Die Überschrift zu diesem Kurzbeitrag könnte provokativ erscheinen; sie ist jedoch nur doppelsinnig und enthält eine für den Allgemeinpraktiker wie für den Rheumatologen wichtige Fragestellung.

Dass gewisse Formen der physikalischen Therapie eine «Psychotherapie mit physikalischen Mitteln» (Seidel) darstellt, ist wohl unbestritten. Es kann hier nicht auf die Psychophysiologie des Schmerzes und die damit zusammenhängenden Untersuchungen über die Placebo-Wirkung medikamentöser Behandlung eingegangen werden. Dafür sei auf die grundlegenden Arbeiten des Berner Schmerzforschers *Rolf Adler* verwiesen. Nur ganz kurz sollen bestbekannte Tatsachen erwähnt werden, dass zum Beispiel der apparativen Therapie ein nicht unerheblicher magischer Effekt zugeschrieben werden muss, dass Massage zur Unterstützung einer antidepressiven Behandlung indiziert sein kann (*Y. Maurer-Groeli*) und dass Gymnastik in jeder Form und ganz besonders als Tanztherapie bereits in zahlreichen psychiatrischen Kliniken und Polikliniken zur Anwendung kommt.

Zwei Fragenkomplexe stehen im Vordergrund des Interesses:

1. Bei welchen psychosomatischen Schmerzzuständen des Bewegungsapparates ist physikalische Therapie angezeigt und
2. Wann sollte davon abgesehen werden?

Bei psychosomatischen Schmerzsyndromen des Bewegungsapparates, deren Bedeutungsgehalt auf Tab. 1 dargestellt ist, ist

physikalische Therapie deshalb angezeigt, weil der Schmerz echt ist und häufig auf Muskelverkrampfungen, Myogelosen und Myotendinosen beruht. Der somatische Befund jedoch steht meistens mit dem Beschwerdebild nicht im Einklang, das psychische Geschehen ist im allgemeinen durchaus nicht erkennbar. Im Gegensatz zur Simulation und Aggravation handelt es sich um unbewusste Vorgänge. Auch wenn der Verdacht auf ein psychosomatisches Geschehen besteht, ist der Schmerz als solcher in erster Linie zu behandeln. Gleich mit der Psychologisierung zu beginnen hiesse, mit der Tür ins Haus fallen. Dabei ist es unerlässlich, den Physiotherapeuten über die Natur des Schmerzsyndroms zu informieren. Ein gutes Einvernehmen zwischen Arzt und Therapeuten bildet die Grundlage für die weitere Behandlung. Psychotherapeutisch wichtig ist, dass Arzt und Therapeut den Patienten und seine Schmerzen ernst nehmen.

Dass die physikalische Therapie auch bei echten rheumatischen Erkrankungen, die mit sekundären psychischen Begleiterscheinungen wie Angst oder Depressionen einhergehen, einen psychotherapeutischen Zusatzeffekt aufweist, lässt sich sehr oft beobachten. Dabei ist die Zuwendung des Therapeuten, das Handanlegen, die Tatsache, dass etwas Neues und Besonderes geschieht, von Bedeutung.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die physikalische Therapie bei somatopsychischen Begleiterscheinungen rheumatischer Erkrankungen wie auch bei psychosomatischen Schmerzzuständen i.e.S. eine sowohl somatische als auch psychothe-

Tab. 1

Einteilung	Bedeutungsgehalt
1. Psychosomatische Zervikalgie	Emotional erschwerte Be-Haupt-ung, hartnäckiges Gesichtswahren
2. Psychosomatische Dorsalgie	Trauer, Verzweiflung, Mutlosigkeit oder kompensierende aufrechte Zwangshaltung
3. Psychosomatische Lumbalgie	Psychische Überbelastung, Sprunghaftigkeit, Frustration, bes. bei gestörter Sexualität
4. Psychosomatische Brachialgie	Gehemmte Aggression: Wut, Zorn Symbol: Geballte Faust
5. Psychosomatische Beinbeschwerden	«Nicht mit beiden Beinen auf der Erde stehen», «Nicht Fuss fassen können», «Schwache Knie bekommen»

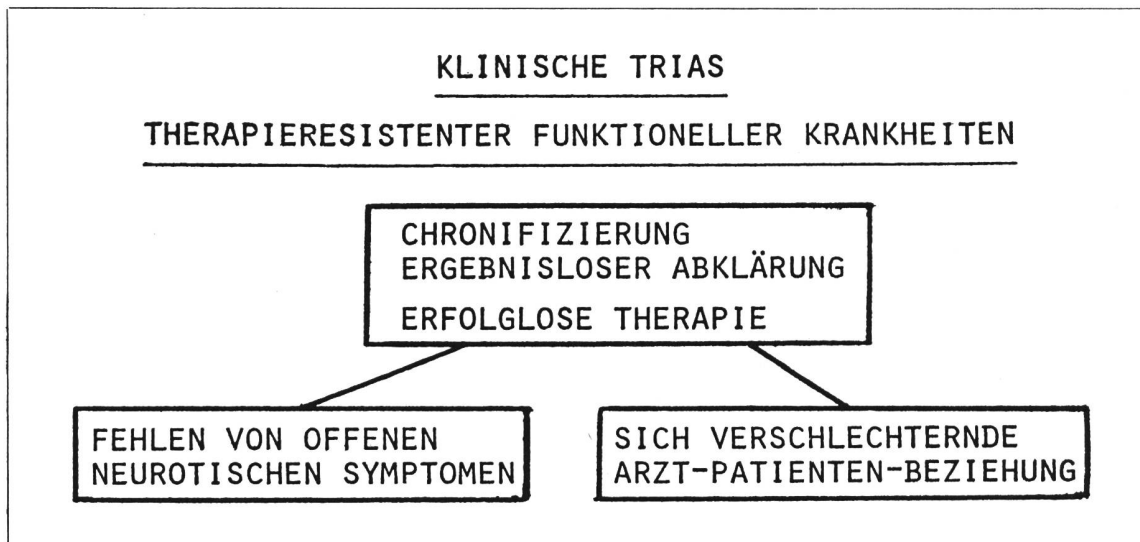
rapeutische Wirkung beinhaltet.

**Was aber geschieht mit denjenigen Patienten, die jeder, auch der physikalischen Therapie trotzen?**

Diese Patienten werden von *Beck* und *Frank* als therapieresistente funktionelle Kranke bezeichnet, bei denen folgende klinische Trias vorliegt (Abb. 1).

c. Die Persönlichkeit des Patienten ist dermaßen strukturiert, dass jegliche Psychotherapie, abgesehen von der ärztlichen Zuwendung, als ausgeschlossen betrachtet werden muss. In diesen Fällen kann die physikalische Therapie als reine Palliativmassnahme weitergeführt oder auch abgebrochen werden, ohne tatsächlichen Therapieerfolg.

Bei diesen psychosomatisch-funktionellen



Aus: *Beck, D.* und *Y. Frank*: Der therapieresistente psychosomatische Kranke und sein Arzt.

Abb. 1

In dieser Situation muss sich der Arzt etwas Neues einfallen lassen. Dieses Neue hängt nicht nur von der Art der psychosomatischen Erkrankung und der zugrunde liegenden psychischen Alteration sondern auch von der Ausbildung und dem Interesse des Arztes ab.

Es sind verschiedene Möglichkeiten zu unterscheiden:

- a. Dem «rheumatischen» Schmerzzustand liegt ein einfacher innerpsychischer oder psychosozialer Konflikt zugrunde, der vom Arzt erkannt und im therapeutischen Dialog behandelt werden kann. Dadurch erübrigt sich die Fortsetzung der physikalischen Therapie.
- b. Hinter dem psychosomatischen Schmerzzustand verbirgt sich eine schwerere psychische Erkrankung, z.B. eine schwere Depression, ein die Existenz bedrohender Ehekonflikt oder gar eine sexuelle Perversion. Eine fachtherapeutische Behandlung drängt sich auf, wobei jedoch unter Umständen die physikalische Therapie noch weitergeführt werden kann.

Schmerzpatienten, die in der Praxis sehr zahlreich sind, ist ein ärztliches Umdenken notwendig. Nach *Beck* und *Frank* ist die schmerzhaft Symptombildung als eine positive Ich-Leistung anzuerkennen, welche das von der Dissoziation bedrohte Selbstgefühl des Patienten wieder kohärent macht. Nach *Adler* reguliert dieser Schmerz das psychische Gleichgewicht; er kann nur unter Berücksichtigung entwicklungspsychologischer Aspekte und im Rahmen des biopsychosozialen Gesamtbildes verstanden werden. Ziel der Behandlung kann nicht die Beseitigung des psychosomatischen Schmerzes sein, sondern eine verstehende und geduldige Langzeitbetreuung auf dem Boden einer vertieften Arzt-Patientenbeziehung.

Beim differenzierten Selbstverständnis des Arztes geht es nach *Beck* um eine bewusste Distanzierung von therapeutischen Omnipotenzgefühlen. Er muss akzeptieren, dass er diesen chronisch-funktionellen Kranken nicht im üblichen Sinne helfen kann. Da sie etwas Unbehandelbares anbieten, erzeugen sie im Arzt Scham, Hilflosigkeit und Schuldgefühle.

Diese eigenen Gefühlsreaktionen sind zu erkennen und als Spiegelung von Gefühlen des Patienten zu verstehen.

Die Orientierungshilfen für den Arzt im Umgang mit chronisch-funktionell Kranken (Tab. 2) sind im Zusammenhang mit

Tab. 2

Orientierungshilfen für den Arzt im Umgang mit chronisch-funktionell Kranken

- Die Arzt-Patienten-Beziehung hat eine reparative Funktion für den Kranken.
- Distanzierung von therapeutischen Omnipotenzgefühlen.
- Erkennen der eigenen Gefühle dem Patienten gegenüber.
- Akzeptieren von paramedizinischen Behandlungsversuchen durch den Kranken.

Aus: Beck, D. und Y. Frank: Der therapieresistente psychosomatisch Kranke und sein Arzt.

Folia psychopractica 2 (F. Hoffmann-La Roche, Basel 1977)

der physikalischen Therapie dahin zu ergänzen, dass in die Arzt-Patienten-Beziehung auch der Physiotherapeut einzubeziehen ist und dass physikalische Therapie als

Palliativbehandlung im Sinne der Psychotherapie vom Arzt mit Recht und ohne schlechtes Gewissen verordnet werden kann.

d. Erweist es sich aber, dass mit dem Beschwerde- beziehungsweise Krankheitsbild ein bewusster Krankheitsgewinn verbunden ist, z.B. um eine Invalidenversicherungsrente zu erhalten, ist weitere physikalische Therapie kontraindiziert, da sie zur Bestätigung des «Krankheitszustands» missbraucht wird.

### Zusammenfassung

Physikalische Therapie kann auch als Psychotherapie zur Anwendung gelangen. Wann sie in diesem Sinne indiziert sein kann und wann nicht, wird in diesem Beitrag kurz abgehandelt. Da therapieresistente psychosomatische Patienten in der Praxis eine grosse Rolle spielen, wird versucht, dem Arzt ein erweitertes Krankheits- und Selbstverständnis zu vermitteln. Physikalische Therapie als Palliativmassnahme sollte weder mit Frustrationsgefühlen noch mit schlechtem Gewissen vonseiten des Arztes verbunden sein.

### Anschrift des Verfassers:

Dr.med. A. Weintraub  
Spezialarzt FMH für Innere Medizin  
und Rheumatologie  
Werdstrasse 34, CH-8004 Zürich

\*\*\*\*\*  
\*  
\* *Zum Jahreswechsel* \*  
\* \* \* \* \*  
\* *Der Zentralvorstand, die Regionalvorstände,* \*  
\* *die Sektionsvorstände und die Redaktion* \*  
\* *wünschen allen Mitgliedern, Freunden und* \*  
\* *Angehörigen frohe Festtage.* \*  
\* \* \* \* \*  
\*\*\*\*\*