

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

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: - (1983)

Heft: 1

Artikel: Psychosomatisches Training als Weg der Zusammenarbeit

Autor: Luban-Plozza, B.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930403>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 22.01.2025

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

Psychosomatisches Training als Weg der Zusammenarbeit

B. Luban-Plozza

1.) Zur Be-handlung

Eine Patientin, H.B., 40-jährig, fragte mich kürzlich: «Wieso können *Schmerzen durch Angst verursacht* werden?»

Sicher müssen wir auf Lokalisation, Ausstrahlung, auslösende Momente, Art der Beschwerden achten, aber auch auf die Mimik und Gestik des Patienten beim Beschreiben der Schmerzen.

Erst *freigewordene seelische Spannkraft* kann andere Arbeit, Genesungsarbeit, leisten. Sie kann es umso besser, weil das Bewusste des Kranken die Verschwendung von Kraft und das Freiwerden dieser Kraft in lebendiger Erfahrung verfolgt und anerkennt. Das bewirkt eine *Steigerung des Vertrauens* des Patienten, auch zu den Genesungskräften des eigenen Organismus, ja eine Umwandlung bestimmbarer bewusster, unbewusster und vegetativer Eigenschaften, die sich eventuell psychotherapeutisch mit Erfolg verwerten lassen.

Die «Verwendung» der *Atmung* als «psychotherapeutisches» Mittel setzt sich mehr und mehr durch, wenn auch, vielleicht mit Recht, die körperliche Wirkung mehr betont wird. Der menschliche Körper baut sich über Jahre hinweg zahlreiche muskuläre und innere Spannungen auf, die aber auch durch Angst, Wut, Schmerz entstehen und verstärkt werden können.

Manch einer, der da atmet und doch auch weiss, dass er durch Atmen lebt, würde erstaunt sein, wenn man ihm etwa sagte: Du atmest falsch. «Ja, kann ich denn überhaupt falsch atmen?», lautet die überraschte Frage. Es gibt zahllose Menschen, die durch falsches, verkrampftes Atmen ihre Angstzustände widerspiegeln.

Schon Goethe wusste das, indem er sagte: «Im Atemholen sind zweierlei Gnaden, die Luft einziehen, sich ihrer entladen — drum dank ich Gott, wenn er mich presst, und dank ihm, wenn er mich wieder entlässt.»

Noch viel mehr sollte die Atmungstherapie und Lockerungs- und Entspannungsgymnastik *auch bei älteren Menschen* angewendet und gepflegt werden. Eine Kollegin hat mich kürzlich darauf aufmerksam gemacht und gesagt: «Man hört doch nicht zu reden und zu schreiben und zu lesen auf, wenn man 60 wird — warum sollte man nicht

auch weiter turnen?» Sicherlich ist es sehr wichtig, dass diese Aktivität weiter gepflegt wird.

Ältere Patienten sollen nicht einfach «Passivmitglieder des Lebens» werden, sondern selber mit dazu beitragen, ihre Gesundheit zu erhalten, um den Rest des Lebens wirklich geniessen zu können und nicht in leerem Nichtstun und blossem Sich-pflegen-lassen verbringen müssen. Darum glauben wir, dass es falsch ist, in solchen Fällen bloss Medikamente zu verschreiben und allenfalls Massage zu verordnen. Besser ist es, wenn der Patient selbst etwas für sich zu tun, gewissermassen ein paar Hausaufgaben zu erledigen hat.

Der Kranke erfährt den Behandelnden in der Ganzheit, also von der Haltung her, aus der die Therapie geleistet wird. Nun bestehen seit alters her unbewusste Grundbeziehungen zwischen «*Be-handeln*» im wortwörtlichen Sinne und dem früheren Hand-auflegen. Beides wird leiblich empfunden, kann oder müsste aber von der inneren Haltung des Behandelnden beseelt sein, wodurch sich oft Erfolg oder Misserfolg erklären lässt.

Nach H.-G. Jaedicke kann eine *Massage*, wie sie oft missdeutet angesehen wird, als ein rein mechanischer Vorgang aufgefasst werden. Vom Kranken aber wird sie in der unbewussten Tiefe anders erlebt, etwas in der Urerinnerung an das erste Kontakterleben nach der Geburt an der Geborgenheit gebenden Mutter-Leiblichkeit.

So verstanden kann jedes Behandeln, jedes Massieren gleichzeitig als ein Tun erfahren, von seiten des Kranken aber auch als ein Bei-ihm-Sein erlebt werden. Das verdeutlicht das Wort Bei-Stand, oder noch schöner, «Barmherzig», d.h. «Beim-armen-Herzen-Sein».

Ohne die Spur einer solchen persönlichen Ergriffenheit kann keine therapeutische Handlung gänzlich gelingen. Gerade das bemerkt der Patient, jeder Leidende, das sieht er dem Therapeuten an, das macht wiederum dessen Ansehen aus. Nun begegnet uns der Mensch mit «Muskelhärtungen», «Verspannungen», «Verkrampfungen», «Muskelrheuma», z.B. im Schulternacken-

bereich. Was als Ursache vieler solcher quälender Erscheinungen angesehen wird, beruht manchmal nur auf Vermutungen und Hypothesen. Damit ergibt sich die neuartige Frage, ob uns eine Reihe dieser Symptome nicht etwas über den ganzen Menschen, den wir massieren wollen, aussagen. In diesem Fall wäre es unzureichend, davon auszugehen, dass dieser Patient «Muskelhärten» hat.

Vielleicht ist dieser Mensch verkrampft, also ein *verkrampfter Mensch*? Dann wäre seine Haltung, bzw. Fehlhaltung als Mensch angesprochen und zu befragen.

Wenn der Patient meint, er hätte nur Verkrampfungen, sei aber sonst völlig gesund, so will er sie durch die Anstrengungen des Masseurs loswerden. Denn, so folgert sein Denken, wenn ich etwas habe, so kann ich es auch «loswerden», dann ist das Angelegenheit des Arztes und der Physiotherapeuten. «Geht die Verkrampfung dann nicht weg», so liegt das am Therapeuten. Die Bequemlichkeit dieser Einstellung ist kaum zu überhören.

Bedienen wir uns aber jener Frage, die offenbar zu ärztlichem Urwissen gehört: «*Was fehlt ihnen denn?*», so bekommen wir andere Antworten. Bekanntlich bedeutet Fehlen ein Nicht-Haben. Ich fragte dann also nach irgend etwas, was der Patient nicht hat oder nicht ist. Sprachlich kommt das zum Ausdruck, wenn wir sagen: «Ich bin nur noch ein halber Mensch.» Dann fehlt ihm eine Hälfte. Ohne diese kann er kein «ganzer Kerl» sein.

In einem solchen Fall wäre die Situation für den Leidenden nicht so bequem wie in der vorhergehenden Schilderung. Nun hiesse es, das, was dem Kranken fehlt, was er eben nicht hat, unter grossen Mühen zu erwerben, um ganz, heil oder gelöst zu werden. Niemand kann ihm das ganz abnehmen oder «geben».

So könnten «Verkrampfungen» vielleicht Ausdruck dafür sein, dass der Betreffende «kein Rückgrat» hatte. Sagt man doch: «Dem müssen wir mal das Rückgrat stärken, damit er endlich mal Haltung beweist». So sind wir bei jenem Ausdrucksorgan, das zu uns von der Haltung eines Menschen spricht, der Wirbelsäule und der vielen Muskeln und Weichteile, die mit ihr in unlöslichem Zusammenhang stehen.

Die amerikanischen Chiropraktiker schiessen über das Ziel hinaus, wenn sie behaupten, die meisten Schmerzen kämen von Fehlstellungen der Wirbelsäule her und lies-

sen sich durch manuelle Reponierung heilen. Sie sehen nur die eine Seite. Psychomatisch betrachtet würden wir nach grundsätzlichen Fehlhaltungen fragen, nach einer menschlichen *Fehlhaltung dem Leben gegenüber*.

2.) Atmung und Erfahrungshorizont

Atmungs- und Bewegungstherapie, Rhythmik, besonders mit Musik, in Gruppen beim Therapeuten und übungsmässig im eigenen Heim, hält sicher auch die geistige Aufmerksamkeit rege.

Gerade die zwischenmenschliche Beziehung wird aber durch die *psychosomatische Medizin* therapeutisch gefördert, insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung. Nur durch diese Kontaktnahme, oft in der Gruppe, kann dem psychosomatisch Kranken geholfen werden. Bei der unvermeidlichen Auseinandersetzung mit uns selber, bei welcher die Begegnung Ich-Du ausschlaggebende Bedeutung hat, kann die Musik helfen.

Nach Thomas' Evangelium gibt es auch «eine Bewegung und eine Ruhe»... Es kann aber durch innerliche Reifung zur bewegungslosen Bewegung kommen, zum tanzlosen Tanz! Und wenn wir singen, können wir alles bewegen und doch die innerliche Stille vertiefen.

Es sollte aber keine Behandlung psychosomatischer Leiden ohne Atemtherapie angewendet werden (ev. kombiniert mit Musik, Autogenem Training usw.). Die Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten ist wesentlich.

Lachen ist ebenfalls Bewegung und Lösung (der Spannung), in fast allen Situationen befreiend auch in der Psychotherapie.

Bei den diagnostischen Bemühungen geht es um das Erkennen der unbewussten Kräfte, die jetzt das Leben des Patienten stempeln.

Der Therapeut kann ein «Röntgenbild» seines Kranken entwickeln und auch durch dessen Haltung, Mimik, Gestik sich ein Bild des Charakters dieses Menschen machen.

Schon Groddeck, besonders aber Ferenczi und Balint*, achteten als Psychoanalytiker auf die *leiblichen Zusammenhänge*. Manche Irrationalität und Veränderung, im Unbewussten Tag pro Tag entwickelt, «steckt» auch im Körper des Patienten und wird durch Körpersprache «übersetzt». Der Arzt muss also auch *Dolmetscher* der Symptome seiner Patienten sein.

* Michael Balint bekannt durch die Einführung der Balint-Arbeit für Fallseminare, auch für Physiotherapeuten.

Eine *entspannte Haltung* ist, nach Erich Fromm, der erste Schritt einer ganz einfachen Meditationsstufe, die der Buddhistischen entspricht. Dabei soll man versuchen, nichts zu denken und bewusst die Atmung zu erleben, das Ein- und Ausfließen des Atemstromes. Schwierig ist dabei die Ausschaltung aller störenden Gedanken. Das ist eine Frage der Übung, aber auch eine Gelegenheit zu untersuchen, welche Gedanken uns «überfallen», im Sinne einer Selbstanalyse. Diese «Deckgedanken» entsprechen bedeutungsvollen Einfällen, gerade, weil sie dann kommen, wenn wir es nicht wollen.

Unsere Haltung im täglichen Leben ist entweder militärisch angestrengt, angespannt oder faul und lässig. Besonders im Sitzen ist aber eine komfortable, entspannte Haltung wesentlich, die strukturell dem Körper angepasst und — lebendig sein sollte. Deswegen kann ein gerader Stuhl allgemein, und besonders für unsere Übungen, besser sein, als ein sehr bequemer und weicher.

Seinen Patienten hat selbst Erich Fromm einfache Entspannungsübungen empfohlen. Der Therapeut kann aber nur empfehlen, wenn er selbst gerade solche Übungen versucht und damit Verständnis für die Probleme der Durchführung bei seinen Patienten bekommt.

Taktisch-therapeutisch ist es bedeutsam, die Übungen vorzumachen. Damit verabreichen wir dem Patienten keine «bittere Pille», sondern zusätzliche Impulse *auf gemeinsamer Entdeckungsfahrt*.

Die individuelle *Anwendung für das Psychosomatische Training (P.T.)* wird in den grossen Linien bereits nach der Untersuchung und dem ersten Gespräch mit dem Arzt entworfen. Nach Erstellung des therapeutischen Programms ist die Behandlung beim Physiotherapeuten so schnell als möglich zu beginnen.

Von diesem Augenblick an erfolgen Kontrolluntersuchungen und Gespräche mit dem Arzt Hand in Hand mit der Gymnastik und anderer Physiotherapie, als *kombinierte Behandlungsmethode*.

Bei hospitalisierten Patienten wird das Gespräch so häufig angesetzt, wie es der Arzt für angebracht hält (wöchentlich, zwei- oder dreimal wöchentlich, unterstützt von einem kurzen täglichen Zusammentreffen und einer wöchentlichen Gruppensitzung); an fast allen Tagen werden Atemgymnastik, allgemeine Gymnastik evt. Massagebehandlung durchgeführt; dazu kommen Medizinalbäder.

Bei *ambulantem Patienten* wird das Arztgespräch ebenfalls je nach Notwendigkeit und Zweckmässigkeit angesetzt. Atemgymnastik, allgemeine Gymnastik und evt. Massagebehandlung werden so intensiv wie möglich vorgenommen. Aufgrund aller vorliegenden Informationen und Beobachtungen ist die Bilanz der Situation zu ziehen. Diese dient dazu, das therapeutische Programm nötigenfalls zu modifizieren, vor allem hinsichtlich des Zeitverlaufes und der rhythmischen Abfolge der Sitzungen.

Für den Physiotherapeuten und seine Mitarbeiter ist damit der Augenblick gekommen, den Arzt über spezifische Fragen ihres Arbeitsgebietes zu informieren. In jedem Fall hat diese Kommunikation rechtzeitig zu erfolgen, sie muss kontinuierlich sein und darf nicht zur festgefahrenen Routine absinken. Vor allem auch dürfen die Mitarbeiter nicht aus dem Stegreif ein Werturteil abgeben sondern müssen die Sichtung der Informationen, die sie im übrigen jederzeit nach Wunsch geben und empfangen können, dem Arzt überlassen.

Schliesslich ist es wichtig, dass das Gespräch zwischen Arzt und Patient nicht unmittelbar vor oder nach der physiotherapeutischen Sitzung erfolgt; denn der Patient soll für den Verarbeitungsprozess Raum haben. — Er soll nicht gezwungen werden, unverzüglich von einer Ebene oder aus einer Richtung in eine andere überzuspringen, vielmehr soll man ihm eine gewisse Freiheit einräumen, sich aus freien Stücken zu entscheiden.

Diese Übergänge zu sammeln, zu werten, zu verbinden und anzuregen, ist eben gerade Aufgabe des fachkundigen Arztes, vor allem in den ersten Phasen des P.T. Im ganzen ist eine klare und folgerichtige zeitliche und räumliche Konzeption der einzelnen Stufen des P.T. notwendig, um dem Patienten zu ermöglichen, diese einzubauen. Im Grunde handelt es sich um eine koordinierte Arbeit, die eben auch Integrierung verlangt.

Was die *physiotherapeutische Komponente* des P.T. anbetrifft, sind die Ziele schematisch zusammengefasst die folgenden:

- körperliche Umerziehung
- allgemeine Sensibilisierung
- Entspannung
- Kräftigung
- Einwirkung auf Deformationen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Aktivierung seelischer Kräfte (indirekt)

3.) Entspannungsmethoden

Autosuggestive Methoden sind eigentlich keine echten Therapien, sofern sie die Selbstregulationsreserven nicht mobilisieren und die Wiedereinsetzung von entfremdeten oder ausgesetzten Funktionen der sympathiko-parasympathikonen Systeme nicht fördern. Solche im Vorfeld der Hypnose anzusiedelnden autosuggestive Techniken wären aber als Einstieg dienlich, um das schlafende Es unsrer unbewussten, natürlichen Anlage zum in sich autonomen Funktionieren zu wecken. Sehr wichtig ist das *Autogene Training* von Johannes Heinrich Schultz als konzentrative Selbstentspannung.

Zur Aktivierung des Patienten müssen immer wieder Angebote gebracht werden, die seinen Widerstand überwinden helfen. Es ist jedoch oft charakteristisch für diese psycho-aktiven wie für die psycho-passiven Kranken, dass sie die helfenden Offerten ablehnen. Verständigung und Beziehung (Kommunikation und Kontakt) sind gleich schwierig und darauf gerichtet, das krankmachende Problem im Organismus oder in der Passivität und im Unbeteiligtsein verankert zu halten. Im einen wie im anderen Fall ergibt sich die Notwendigkeit der schnellstmöglichen Mobilisation, um Entspannung zu vermitteln, das heisst, den Patienten zum Coping zu führen, also ihn zur Entspannung zu stimulieren.

Von dieser Situation und Schwierigkeiten ausgehend und deren Natur prüfend, hielten wir es für wünschenswert, über eine Methode verfügen zu können, welche den folgenden Anforderungen zu entsprechen hätte:

- ▶ begleiten und vervollständigen des Autogenen Trainings;
- ▶ einzelne Modifikationen zu bestimmen, welche vom Patienten von Anfang an nachvollziehbar sind;
- ▶ einführen von Entspannungsstimuli, welche mit einer Mobilisation (aktive Entspannung, Erholung und Ruhe) verbunden und nützlich sind, um den psychisch-physischen Wiederausgleich einzuleiten;
- ▶ dem Patienten im Erarbeiten und Befolgen von Wahrnehmungen und Empfindungen einen weiten Freiraum zu lassen, ihm lediglich die realistische Kondition der Entspannung vorzuschlagen, welche er in seiner Art auf der Ebene der Fantasie und ohne Zwang verwirklichen und dann frei entwickeln kann;
- ▶ ermöglichen der vollkommenen körperlichen Vergegenwärtigung, unbeeinträchtigt

durch andere, jedoch vom Patienten selbst entwickelt und kontrolliert;

- ▶ die Mobilisation des Muskeltonus (Tonifikation ohne Kontraktion) mit dem Entspannungseffekt zu verbinden.

Zu diesem Zweck haben wir während Jahre mit entspannender Atemgymnastik experimentiert, verbunden und alternativ abgestimmt mit anderen segmentarischen Bewegungen, das heisst solchen einzelner Teile des Körpers. Die Bewegungen, einschliesslich des Ein- und Ausatmens, sind einzeln ohne Zwang und ohne besondere Spannung zu vollziehen. Sie sind so ausgewählt worden, dass eine wohltuend harmonische Mobilisation gefördert wird, welche, global und progressiv von den verschiedenen Teilen des Körpers ausgeführt, in einem finalen Befinden der allgemeinen Entspannung kulminiert, im Sinne des Sichwohlbefindens und des angenehmen Körpergefühls.

4.) Das neue «Psychosomatische Training»: Sich dem angenehmen Empfinden des Muskelspiels hingeben

Entspannen und Ausruhen meint auch lockern und aufblühen und ermöglicht die Hingabe an ein angenehmes Empfinden des Muskelspiels. So wächst

- ▶ die Erfahrung und das Erleben der Fähigkeit wie der Möglichkeit, Entspannung zu erlangen;
- ▶ das einfachere Verständnis dessen, was entspannen und hingeben bedeuten;
- ▶ die stufenweise Besserung der Beweglichkeit durch das Muskelspiel und die Bewegungsübungen, ungezwungen, einfach und trotzdem fördernd.

Um diese Wirkung zu vervollkommen, haben wir auch die Möglichkeit erwogen, die Massage gezielter, vor allem am Ort der typischen Verspannungen (Genickzone oder oberes Kreuz, paravertebrale Muskulatur) einzusetzen. Diese fördert die Entspannung, führt eine weitere Komponente der Tonifikation ein und bildet einen psychologischen Stimulus durch die wohlbekanntesten Bedeutsamkeiten des Berührens.

Die Sitzungen des Psychosomatischen Trainings finden drei- bis fünfmal pro Woche statt, mit der Empfehlung, die Übungen jeden Tag für einige Minuten morgens und abends zu wiederholen.

Die Grundübungen werden im Liegen, Stehen und im Sitzen ausgeführt und beginnen mit wechselweisem Ein- und Ausatmen in folgendem Rhythmus:

- ▶ einatmen, den Thorax wölben und den Bauch einziehend,
- ▶ ausatmen vice versa, den Bauch entspannend und den Brustkorb einziehend; danach intensiv, das heisst:
- ▶ einatmen, indem der Brustkorb angespannt und der Bauch ausgedehnt wird, und
- ▶ ausatmen vice versa, indem der Brustkorb entspannt und der Bauch eingezogen wird.

Sukzessiv und progredierend wird die Ein- und Ausatmung mit folgenden Bewegungen abgestimmt:

- ▶ einatmen mit aufheben und ausatmen mit senken der Arme (rechts, links, beide).

Dann gleichermaßen:

- ▶ beugen und strecken der Beine; endlich Abstimmung der Bewegung des rechten Armes und Beines und der Atmung, dann des linken Armes und linken Beines mit der Atmung, immer in derselben Weise wechselnd.

Die Bewegungen sind stets durch die Atmung geführt, Weite und Dauer stimmen von Mal zu Mal jeweils mit der Ein- wie Ausatmung überein und werden in Serien ausgeübt:

- ▶ einatmen — heben
- ▶ ausatmen — senken und so weiter.

Jede Serie wechselweise unterteilt durch eine andere, um es dem Patienten zu ermöglichen, der einzelnen Empfindungen, die ihn erwarten, inne zu werden und sie zu erarbeiten. Um gleichermaßen die Verallgemeinerung der Empfindungen zu erleichtern, erlaubt man sich ein grösseres Endintervall.

Ohne während der ersten Sitzung zu insistieren, kann an dieser Stelle vom Patienten die Verbalisation seiner Empfindungen erfragt werden. Schliesslich kann sich der Patient zur Massage begeben.

Die *Kombination* des Psychosomatischen Trainings des Physiotherapeuten mit dem Autogenen Training des Arztes hat sich besonders bewährt, mit dem Vorgehen des Psychosomatischen Trainings als «Schrittmacher» einer besseren Kenntnis des eigenen Körpers.

Die enge Zusammenarbeit zwischen Physiotherapeuten und Ärzten kann ein neues «Fenster-Öffnen» und einen *umfassenden Zugang* zum Patienten vermitteln.

5.) Von der Entspannung zur Verbalisation — Der Umgang mit sich selbst und dem Therapeuten kann eine grundlegende Veränderung erfahren

Der Übergang von der pragmatischen und informativen Deblockierung zur Mitteilung und Diskussion der Probleme mit dem Therapeuten wird leichter und erfolgt sozusagen konsequenterweise.

Die Einheit von Innwerden und Empfinden, zuerst vornehmlich als Einheit von Körper und Wohlbefinden, dann aber auch als die homöostatisch-psychische Einheit empfunden, erlaubt es dem Patienten, neue Gesichtspunkte und vieles zu vermerken, was sich als aufbauende Stimuli auswirkt.

Die psychoaktiven Erlebnisse der Entspannung und Erholung und die Überleitung der somatischen Störung in das allgemeine Wohlbefinden, wie die Bereitwilligkeit zu einer objektiveren Verbalisation, laufen parallel mit einer Verminderung der Ängste.

Die psychopassive Erfahrung der Fähigkeit zum Gebrauch des eigenen Körpers, mit einer vertrauensvolleren Sichtweise und Stimulierung zum sich vertrauensvoll Gehenlassen, zum Herauslassen (das heisst Austauschen) von Gefühlen, Fantasien, Bedürfnissen und Nöten, geht parallel mit dem Selbstgenuss.

In dem einen wie dem anderen Fall verwirklicht sich eine Veränderung im Umgang mit sich selbst und mit dem Arzt, und es eröffnet sich eine bessere therapeutische Verfügbarkeit, von der Unterredung (die von Mal zu Mal verständnisvoller wird) zu anderen Behandlungen. Unter diesen kann das Autogene Training wieder leichter aufgenommen werden, mit einer schnelleren Lehrzeit und einer vollkommeneren und gründlicheren Entwicklung. Es verwirklichen sich so fortschreitend die Eingliederung und die Vervollständigung, über das Signifikante des Psychosomatischen und Autogenen Trainings hinaus.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich das Psychosomatische Training in die Entspannungstherapien neu einfügt, zur Flexibilisation und Stützung in allen Fällen, wo die Kommunikation und die Beziehungen anfangs verhärtet und schwierig sind, wie auch in solchen, wo eine nicht erzwungene Mobilisation (keine Gymnastik!) angemessen ist.

Es fördert die Deblockierung des Patienten und der Kommunikation über somatisch-

psychische Wirkmale und dem unmittelbaren Innewerden von Erfahrungen, welche einen Weg zur Therapie öffnen und das therapeutische Programm vervollständigen.

Solch taktischem Vorgehen muss natürlich der richtige Platz in der therapeutischen Strategie eingeräumt werden.

Die Therapie kann nur ein strategisches Ziel haben, und zwar das, dem Patienten zur eigenen Initiative zu verhelfen. Dabei zählen bereits als positive Anzeichen seine kooperative Haltung und die Mitteilungsbereitschaft.

Der Ansatz einer *Kunst* der Therapie liegt im Wesen der zwischenmenschlichen Begegnungssituation. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Kunst des Gesprächs, dessen Ansätze und Auslassungen, welches so zu einem aktiven Therapeutikum wird. Die stärkste Energiequelle (Notenenergien mobilisierend!), die in einem Menschen wirkt, mag in seinem Bedürfnis nach einem System der Orientierung und der Hingabe zu finden sein. Die Anwendung eines Fachjargons erschliesst aber eine solche Quelle nicht, sondern ist eher dazu geeignet, sie zu verschütten.

Der Arzt hat ja in den psychischen Aspekten der ihm zur Behandlung offerierten Fäl-

le eine Aufgabe, deren Umfang nicht er selbst bestimmt, sondern die von der Erwartung des Patienten abhängt. Dieser hat es schwer, ist geschwächt und oft auch gedemütigt. Dass der Therapeut ihm helfe, seine Erwartungen und auch wesentlich für die helfende, menschliche Beziehung, die sich zwischen dem Bedürftigen und dem zum Helfen Berufenen (!) aufbaut. Somit muss der Arzt «mehr» bieten als der Kranke; nicht nur warten und an ihm herumquetschen, bis der Patient selbst gefunden hat, was ihn plagt; dieser muss ohnehin verarbeiten, was ihm als heilsam geboten wird.

Adresse des Autors:

*Prof. Dr. med. B. LUBAN-PLOZZA,
Psychosomatische Abteilung Klinik Santa Groce,
CH-6600 Locarno*

Literaturhinweise:

*Der Arzt als Arznei — B. Luban-Plozza und
L. Knaak, Deutscher Ärzteverlag, Köln 1982
(2. Auflage)*

*Der psychosomatische Kranke in der Praxis. —
Erkenntnisse und Erfahrungen. B. Luban-Plozza
und W. Pöldinger. Springer-Verlag, Berlin,
Heidelberg, New York. (4. Auflage)*