

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: 12

Artikel: Die Stellung des Physiotherapeuten in der Diagnostik und Therapie
psychosomatischer Störungen des Bewegungsapparates

Autor: Exmer, G.U. / Bertram, A.M. / Uehlinger, K.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930431>

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: 14.03.2025

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

Die Stellung des Physiotherapeuten in der Diagnostik und Therapie psychosomatischer Störungen des Bewegungsapparates

G. U. Exner, A. M. Bertram und K. Uehlinger
Orthopädische Universitätsklinik Balgrist, Zürich
Direktor Prof. Dr. A. Schreiber

Zusammenfassung

Psychosomatische Erkrankungen des Bewegungsapparates unterscheiden sich in ihren psychischen Ursachen und damit ihrer Behandlung nicht grundsätzlich von denen anderer Organe. Da jedoch in der Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates ganz allgemein neben dem Arzt dem Physiotherapeuten eine besondere Funktion zukommt, sollen einige grundlegend wichtige Erfahrungen in Diagnostik und Behandlung psychosomatischer Störungen des Bewegungsapparates mit Fallbeispielen dargelegt und Möglichkeiten aufgezeigt werden, die der Physiotherapeut hierin hat; einerseits kann er die somatische Störung beeinflussen, andererseits den engen Kontakt zum Patienten zu gezielten Gesprächen nutzen, um eventuell ursächliche psychische Probleme aufzudecken und sie während der Therapie dem Patienten bewusst zu machen.

Inhalt

1. Einleitung
2. Fallbeispiele
3. Diskussion
 - 3.1. Haupttypen der Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Problemen
 - 3.2. Allgemeine Beobachtungen bzw. Erfahrungen im Zusammenhang mit der Entstehung psychosomatischer Leiden
 - 3.3. Zum diagnostischen Vorgehen bei Verdacht auf psychosomatisches Kranksein
 - 3.4. Möglichkeiten und Aufgaben des Physiotherapeuten

1. Einleitung

Schmerzen sind sicher der häufigste Grund, einen Arzt aufzusuchen. Ferner können aber auch verschiedenartige Funktionsstörungen, die das Wohlbefinden oder die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, Anlass sein, ärztlichen Rat zu suchen.

Neben krankheits- und verletzungsbedingten anatomischen Veränderungen sind Schmerzen und Funktionsstörungen (z. B. Kraftlosigkeit, gestörte Bewegungsabläufe) im Bereich des Bewegungsapparates Hauptgründe, einen Physiotherapeuten in die Behandlung einzubeziehen, der durch Gelenkmobilisierungen und gezielte Muskelkräftigung bzw. -lockerung rehabilitierend oder schmerzlinierend wirken kann.

Neben den unbestrittenen therapeutischen Domänen des Physiotherapeuten werden seine diagnostischen Möglichkeiten auch vom Therapeuten selbst mangels Ausbildung in diesem Bereich oft unterbewertet. Oft genug kann eine Diagnose nicht aufgrund einmaliger Beobachtungen oder Messungen mit Sicherheit gestellt werden, sondern erst aus der Mitbewertung der zeitlichen Entwicklung und den Reaktionen auf die therapeutischen Massnahmen («ex juvantibus»). Gerade in solchen Situationen sind die kritischen analytischen Beobachtungen des Physiotherapeuten von Wichtigkeit; d. h. in der Praxis speziell bei zunächst nicht ganz klarem Krankheitsbild oder bei einem der ursprünglich gestellten Diagnose nicht entsprechenden Krankheitsverlauf.

Psychosomatische Störungen im Bereich des Bewegungsapparates sind häufig und stellen aufgrund unserer systematischen Beobachtungen und Erfahrungen besondere diagnostische Anforderungen. Da die psychosomatischen Störungen des Bewegungsapparates häufig verkannt werden, haben wir zur Bewusstmachung die absichtlich etwas verfremdende Beschreibung «psycho-orthopädisches Syndrom» eingeführt.

Es versteht sich von selbst, dass die Rolle des Psychotherapeuten unbestritten ist und seine Beratungen für den Arzt und Patienten oder auch die Übernahme des vorbereiteten Patienten durch den Psychologen wichtige nicht angezweifelte Bedeutung haben.

Die aufgrund unserer Zusammenarbeit von Kinderarzt, Physiotherapeut und Orthopäde gewonnenen Erfahrungen und sich daraus ergebenden praktischen Möglichkeiten beim Verdacht auf das Vorliegen eines «psycho-orthopädischen Syndroms» sollen im folgenden an einigen Beispielen knapp illustriert und diskutiert werden. Daneben wird auch einige wichtig erscheinende Literatur erwähnt. Auf spezifische Therapievorschläge wurde bewusst verzichtet, da das therapeutische Vorgehen in jedem Fall individuell auf die jeweils geklagten Beschwerden abgestimmt werden muss.

2. Fallbeispiele

In den beiden letzten Jahren haben die Autoren begonnen, Krankheitsverläufe einzelner Patienten systematisch zu verfolgen, wenn bei den ersten Untersuchungen des Patienten der Verdacht auf ein «psycho-orthopädisches Geschehen» vorlag, um aus der gleichzeitigen und gleichwertigen somatischen und psychologischen Betrachtung gegebenenfalls neue Erkenntnisse für die Behandlungsprinzipien zu gewinnen. Konnte im weiteren Verlauf eine gewichtige psychologische Problematik gefunden und im Gespräch mit dem Patienten aufgedeckt und dabei das Kranksein ohne wesentliche somatische Massnahmen behoben oder zumindest entscheidend gebessert werden, so konnte die Diagnose eines «psycho-orthopädischen Syndroms» mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Aus diesen Fallstudien seien einige als Beispiele kurz dargelegt.

Fall 1: Ulrich F, 32 J (No 295 097)

Zuweisung des Patienten wegen therapieresistenter Lumboischialgie, die bisher zu 6monatiger Arbeitsunfähigkeit als Hauswart geführt hatte (gelernter Beruf: Modellbauer). Im *Befund* vor allem Hüftschonhinken links, schmerzhafte Bewegungseinschränkung der ganzen Wirbelsäule, Mennell positiv lokalisiert in das linke Ileosakralgelenk; objektive neurologische Untersuchung inkl. Lasègue negativ. Die Voruntersuchungen hatten einen Zustand nach M. Scheuermann gezeigt, Computertomographien L1 bis L4 zeigten keine Diskushernien etc. Eine von uns veranlasste Skeletszintigraphie und Laboruntersuchungen waren negativ. Nach der ersten *physiotherapeutischen Behandlung* mit Mobilisierung des ISG und Dehnung der Mm. piriformes war der Patient für einige Tage schmerzfrei, klagte dann jedoch über umso heftigere Schmerzen. Aufgrund der Befunde bei der Erstuntersuchung, dem initialen Verlauf und ersten weiteren Kenntnissen über die soziale Situation (Scheidung vor 1 Jahr, er-

hebliche finanzielle Belastungen durch die Alimente für die geschiedene Frau und 2 Kinder, Zusammenleben mit einer viele Jahre älteren ebenfalls geschiedene Freundin, die an einer Ischialgie und Colitis ulcerosa leidet) bestand der Verdacht auf das Mitwirken psychischer Faktoren. Zur besseren Beurteilung und einer möglichst raschen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit wurde dem Patienten die Hospitalisation vorgeschlagen, der der Patient nach initialer Ablehnung zustimmte. Weiter wurde nun in Erfahrung gebracht, dass der Patient einige Jahre zuvor wegen eines Effortsyndroms hospitalisiert war. Während der Hospitalisierung mit regelmässigen eingehenden *Gesprächen* über die soziale und berufliche Situation und therapeutischen Massnahmen ausschliesslich mit *aktiver Krankengymnastik* kam es zu einer Besserung und schliesslich vollständiger Beschwerdefreiheit, als sich dem Patienten die Möglichkeit zu einer Partnerschaft in einem offenbar gut gehenden Geschäft eröffnete. Heute ist der Patient mehrere Monate später weiterhin beschwerdefrei.

Kommentar: Bei diesem Patienten konnte also durch gezielte Evaluation und unseres Erachtens auch gezielte Massnahmen eine schon langfristig bestehende Arbeitsunfähigkeit mit nicht unerheblichen Belastungen für das Individuum und die Gesellschaft in Monatsfrist behoben werden.

Fall 2: Corinne A, 11 Jahre (No 295 693)

Im April 1983 Sturz aus dem Kajütenbett, danach vorübergehende Schwellung des lateralen Fussrandes, radiologische Diagnose einer Fraktur durch den Hausarzt (die retrospektiv nicht verifizierbar ist), Liegegips- und später Gehgipsbehandlung. Wegen Therapieresistenz und Gehunfähigkeit wurde danach ein Orthopäde aufgesucht, der ebenfalls erfolglos blieb und uns das Mädchen zwei Monate nach dem Unfall überwies. Bei unserer *Erstuntersuchung* ist das Kind wegen subjektiver Schmerzen und Schwäche praktisch gehunfähig. Der objektive Untersuchungsbefund ergibt keine fassbaren Veränderungen, sodass das Kind bei Verdacht auf «psycho-orthopädisches Syndrom» zur besseren Beobachtung stationär aufgenommen wird. Die *Sozialanamnese* ergab folgendes: Während der ersten sechs Lebensjahre Auslandsaufenthalt der Familie praktisch ohne Kontakte zu Einheimischen; bei der Einschulung in der Schweiz Feststellung einer «Legasthenie» und seitdem in Behandlung eines eingeschränkten Wortschatzes und Sprechschwierigkeiten im Sinne eines Sigmatismus – wie ihn auch der Vater hat. Wegen allgemeiner Leistungsschwäche und wegen häufiger Schulversäumnisse

und Spannungen innerhalb der Klasse (Kind an sich scheu, wird viel gehänselt) stand die Zurückstellung aus der vor einigen Monaten begonnenen vierten in die dritte Klasse bevor, die mit einem Wechsel des Lehrers und Schulhauses verbunden war, vor dem das Kind offenbar Angst hatte. Trotz dieser ganz offensichtlichen Belastungen wurde ein Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Problemen von den Eltern vehement abgelehnt ebenso wie die Zuweisung zu einem Kinderpsychologen, da ja schliesslich eine körperliche Verletzung vorausgegangen war. Während der dreiwöchigen Hospitalisation mit intensiven Gesprächen mit Kind und Eltern und physiotherapeutischer Gangschulung kam es zu einer vollständigen Normalisierung. Einen Tag vor der geplanten Entlassung kam es dann im Rahmen der Physiotherapie zu einem Bagatelltrauma mit Anstossen der Schulter und anschliessender Bewegungsunfähigkeit des ganzen Armes. Der Spitalaufenthalt wurde um eine Woche verlängert. Kurz nach Entlassung kam es zum geplanten Klassen- und Schulwechsel. Regelmässige telefonische Gespräche mit den Eltern ergaben, dass das Kind seit dem Schulwechsel sehr glücklich sei und sich seine geistigen Leistungen wesentlich verbessert hätten. Zu erneuten körperlichen Problemen ist es nicht gekommen und schliesslich sind auch die Eltern bereit, die ursprünglich psychologischen Probleme des Kindes zu akzeptieren.

Kommentar:

Eltern, deren Kind auf psychologische Probleme mit einer Somatisierung reagieren muss, können keine Einsicht in das psychische Problem haben, da sonst das Kinde ja nicht somatisieren müsste. Sie sind folglich auch auf solche Probleme nicht ansprechbar und lehnen eine psychologische Beurteilung oder Behandlung prinzipiell ab. Die Bewusstmachung muss demnach durch den für das somatische Problem aufgesuchten Arzt erfolgen. Ist das psychische Problem bewusst gemacht, erübrigt sich häufig eine weitere Psychotherapie, da das Bewusstwerden meist ausreichende therapeutische Wirkung hat.

Fall 3: Hans-Ulrich N., 39 Jahre (No 297386)

Zuweisung wegen schwerer Gangstörung, Schmerzen in beiden Beinen und im rechten Arm (wegen praktisch ständiger Stockbenutzung) nach Achillessehnenruptur links beim Handballspiel, durch primäre Naht und anschliessende Gipsruhigstellung versorgt. Beruf des Patienten: Turnlehrer und Schulpsychologe. Bei der *Erstuntersuchung* fand man ein schwer gestörtes Gangbild und eine Pseudoataxie mit ausgeprägter Fallneigung

beim Gehen ohne Stock, eine deutliche Atrophie des linken Beines bei intakter Achillessehnenkontinuität. Objektive neurologische Ausfälle bestanden nicht, insbesondere auch keine echte Ataxie oder gestörte Fein- und Grobmotorik.

Neben eingehenden *Gesprächen* zur Beruhigung des Patienten, der in Bezug auf die Entwicklung seiner beruflichen Situation in grosse Besorgnis geraten war, wurden nur *Ganganalysen* und auf diesen basierend *Korrekturen* nach dem Prinzip der «funktionellen Bewegungslehre» nach Klein-Vogelbach durchgeführt, die innert vier Wochen zu einer anhaltenden Rehabilitation führten, nachdem die vorausgegangenen therapeutischen Versuche mit krankengymnastischen Übungen, Elektrotherapie, Analgetica etc. während über einem Jahr erfolglos geblieben waren.

Fall 4: Corinne K., 7 Jahre (No 293536)

Jüngere Schwester eines Mädchens mit jetzt ausgeheilten schwerer idiopathischer infantiler Osteoporose; wird wegen einer fixierten Kyphose vorgestellt. Im *Befund* neben der Kyphose deutlich verkürzte Mm. pectorales und rectus abdominis, sowie Eindruck einer Bewegungsunsicherheit des Kindes. Unter Physiotherapie vor allem mit Übungen auf dem Ball über zirka vier Monate Normalisierung der Befunde. Als psychologisches Problem wurde eine grosse Angst vor dem Schulweg gefunden, auf dem das Kind regelmässig geschlagen wurde. Möglicherweise bestand auch ein relativer Mangel an Zuwendung der Eltern, die über Jahre mit den schweren gesundheitlichen Problemen der älteren Schwester stark engagiert waren. Es war interessant festzustellen, dass die Eltern den Erfolg der Physiotherapie nur zurückhaltend akzeptierten und wenig erfreut waren, dass das Mädchen offenbar gerne in die Physiotherapie und zu den ärztlichen Kontrollen mit eingehenden Gesprächen kam.

Wir sind hier der Meinung, dass die Physiotherapie alleine ohne das Aufdecken der psychologischen Hintergrundprobleme mit daraus abgeleitetem Schulwechsel kaum einen anhaltenden Erfolg gehabt haben dürfte.

Auch die Schwierigkeit der Diagnostik, die mit grosser Sorgfalt und Selbstkritik erfolgen muss, sei durch einen «Gegenfall» beleuchtet:

Gegenfall: Despima D, 17 Jahre (No 204618)

Vorstellung durch den Vater wegen rascher Ermüdbarkeit und Antriebsarmut. Im *Allgemeinstatus* schwächliche Muskulatur, jedoch alle Bewegungen ausführbar, Muskeldehnungsreflexe knapp, jedoch sicher auslösbar, Oberflächen- und Tiefensenibilität intakt.

Die *Sozialanamnese* ergab folgendes: Im Alter von drei Jahren Tod der Mutter, im Alter von 7 Jahren Wiederheirat des Vaters, grosse Schwierigkeiten zwischen Kind und Stiefmutter zusammenfallend mit dem Beginn der Krankheitssymptome des Mädchens, kürzlich wieder Trennung dieser Ehe. 1 Bruder und 1 Schwester unauffällig.

Unter dem Eindruck der Anamnese und diskreten Befunde schien ein psychosomatisches Leiden sehr wahrscheinlich, die ergänzenden Untersuchungen ergaben jedoch eine stark erhöhte Kreatinkinase und im EMG pathologische Willkürpotentiale, welche zur Diagnose eines neuromuskulären Leidens führten.

Kommentar:

Solche Fälle dürfen keinesfalls Veranlassung sein, grundsätzlich alle somatischen diagnostischen Möglichkeiten ausschöpfen zu wollen. Wie weiter unten dargelegt wird, droht gerade durch extensive diagnostische und therapeutische Massnahmen eine Fixierung der somatischen Probleme und die Diagnostik der eigentlichen Zusammenhänge wird erschwert bis verunmöglicht. Ferner muss betont werden, dass im Psychosomatischen ebenso wie im Somatischen die Diagnose durch positive Befunde gesichert werden soll und eine Diagnostik durch Ausschluss anderer Probleme («per exclusionem») immer unvollständig bleiben muss und keine ausreichende Sicherheit bietet.

Als gemeinsame Merkmale der unter 1. bis 4. geschilderten Fälle können folgende Dinge genannt werden: In der Regel wird vom Patienten ein initiales somatisches Ereignis (Unfall oder Krankheit) von meist eher banalem Charakter als Ursache genannt. Bei der Untersuchung besteht eine Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden einerseits und dem Leidensausdruck des Patienten und objektivem Befund andererseits. Von absoluter Notwendigkeit ist die Verlaufsbeobachtung, in der das Aufdecken psychologischer Probleme, die Bewusstmachung und schliesslich offene Diskussion ohne eingreifende somatische Massnahmen zu einer objektiven und möglichst auch subjektiven Heilung oder zumindest deutlichen Besserung führen muss.

3. Diskussion

3.1 Haupttypen der Zusammenhänge zwischen psychischen und somatischen Problemen

Aufgrund unserer persönlichen und der allgemeinen Erfahrungen können psychosomatische Erkrankungen oder Symptomenkomplexe auf verschiedene Weise entstehen, wobei sich prinzipiell drei Haupttypen nach ihrer Genese unterscheiden lassen:

3.1.1. Primär rein psychologisches Kranksein (Hysterie)

Bei dieser Form des psychosomatischen Kranksein findet ein zunächst ausschliesslich psychisches Problem (meistens in Beziehung zu irgendeiner Angst) in einem körperlichen Symptom seinen Ausdruck: das somatische Problem ist ausschliesslich Folge des psychischen Krankseins. Ein solches Geschehen entspricht der «klassischen» Konversionshysterie (FREUD), wobei eine Konversion des psychischen Krankseins in ein körperliches Kranksein erfolgt. Die Hysterie wird allgemein als echte psychiatrische Krankheit angesehen, während man mit hysteriformen Krankheitsbildern eher den Grenzbereich zum Normalen beschreibt, wobei allerdings prinzipiell keine scharfe Abgrenzung möglich ist. Mechanismen und Dynamik des Somatisierungsvorganges wurden nach FREUD sehr eingehend von SCHUR studiert, dessen Analysen zur Somatisierung immer noch Gültigkeit haben. Nach SCHUR besteht zwischen den psychischen Problemen und der «Wahl» des körperlichen Symptoms keine signifikante Beziehung; das bedeutet, dass aus der körperlichen Problematik keine Rückschlüsse auf die Art des psychischen Problem es gezogen werden dürfen, wenn auch gewisse Problemgruppen (z. B. Schwierigkeiten am Arbeitsort) zu einer gewissen Prädilektion (heute z. B. häufig Rückenproblemen) führen können.

Der Begriff Symptomenwahl muss mit Vorbehalt gebraucht werden und es soll bereits hier mit Nachdruck betont werden, dass die Entwicklung psychosomatischer Krankheiten nicht bewusst erfolgt und entschieden von vorgespilten Krankheiten, die wir nicht zu den psychosomatischen Krankheiten im engeren Sinne zählen dürfen, abgegrenzt werden müssen. Während nach medizinischem Begriff psychosomatisches Kranksein im Rahmen einer Hysterie oder einer hysteriformen Reaktion für den Patienten als echtes somatisches Kranksein erlebt wird, wird im Laiensprachegebrauch «hysterisch» häufig mit «vorgespielt» gleichgesetzt.

3.1.2. Persistenz somatischer Symptome aufgrund einer psychischen Störung

Bei diesem Typus, mit dem wir es am häufigsten zu tun haben, hat das somatische Krankheitssymptom seinen Ursprung in einer zunächst somatischen Krankheit oder Verletzung; die psychische Konfliktsituation führt dann zur Persistenz der Beschwerden und Symptome oder durch Fehlhaltungen und Fehlbelastungen zu einer Progression der Störung (z. B. Entwicklung trophischer Störungen bis zu einem Sudeck Syndrom). Im weitesten Sinn bestehen hier Folgen eines Lernvor-

ganges, indem die körperlichen Leiden zu vorausgehend vermisst Zuwendungen geführt haben, z. B. in vermehrter Beachtung und Aufmerksamkeit, Entlastungen (Pflege, Spitalaufenthalt, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), Steigerung des Selbstwertgefühls, indem das körperliche Leiden plötzlich eine Erklärung für eine chronisch verminderte Leistungsfähigkeit liefert, evtl. auch zu finanziellen Erleichterungen führt. Dass solch ein Lernvorgang bereits im frühesten Kindesalter Bedeutung haben kann, sei einfach verbildlicht am häufigen Beispiel eines Kindes, das nachts wegen Angst seine Eltern stört und ohne weitere Beruhigung oder Zuwendung zur Ruhe verwiesen wird. Hat es dann einmal nicht nur Angst, sondern auch Bauchweh (oder ein anderes körperliches Problem), und wird von den nun beunruhigten Eltern zum Arzt oder ins Spital gebracht, so kann sich hieraus leicht ein solches körperliches Kranksein konditionieren. Das Phänomen eines Lernvorganges als wesentlicher Faktor für die Entwicklung einer Somatisierung erscheint uns ausserordentlich wichtig, da wir daraus ableiten, dass der Psychosomatiker umgekehrt später neu lernen muss, nicht zu somatisieren.

3.1.3. Organische Krankheiten, bei denen psychologische Faktoren eine wichtige Rolle spielen

In diese Gruppe gehören z. B. Tumorerkrankungen mit drohenden oder erfolgten verstümmelnden Eingriffen, Schmerzzuständen oder Lebensgefahr. Die psychologischen Probleme sind hier eher sekundäre Art und sind in der Regel aus dem körperlichen Problemen heraus verständlich und über dieses anzugehen.

Betreffend die Differenzierung in diese drei Haupttypen, bzw. Gruppen von Beziehungen zwischen psychischen und somatischen Problemen vgl. auch PASSO, wo sich weitere Literaturhinweise finden.

3.2. Allgemeine Beobachtungen bzw. Erfahrungen im Zusammenhang mit der Entstehung psychosomatischer Leiden

Bevor wir auf einzelne praktische Aufgaben des Physiotherapeuten eintreten, möchten wir noch einige Beobachtungen und Erfahrungen thesenartig zusammenstellen:

I. Der psychosomatisch Kranke wehrt sich gegen die Tatsache vorhandener psychischer Probleme.

Dies ist dem Unerfahrenen häufig nicht klar genug, obwohl es sich eigentlich logisch ergibt; denn würde der psychisch Kranke sich seines Krankseins bewusst sein oder bereit, dieses zu realisieren, hätte er das Bedürfnis, daran zu arbeiten. Es sei denn, er habe es auf-

gegeben und verdrängt und nun eröffne sich ein Ausweg durch das körperliche Leiden. Ist das körperliche Leiden Ausdruck psychischer Probleme, muss es aber persistieren. Die strikte Ablehnung psychischer Faktoren kann hier gerade ein Indiz für das Mitwirken solcher sein. (Einen Sonderfall stellt natürlich der Patient dar, der beispielsweise weiss, dass sein nervöser Ulcusmagen durch Arbeitsstress verursacht ist und bei der Behandlung einer Mitberücksichtigung psychischer Faktoren zustimmt).

II. Das somatische Leiden wird als reell empfunden.

Diese Erfahrung kann nicht genügend stark betont werden, da sie Schlüssel zu verschiedenen weiteren Einsichten ist: So erklärt sich darin, warum der Patient einerseits den Arzt für somatische Leiden aufsucht und andererseits kein Verständnis dafür aufbringen kann, dass man ihn vom Psychologen beurteilen oder gar behandeln lassen möchte. Eine solche Zuweisung wird in der Regel vielmehr vehement abgelehnt und muss vom Patienten als unerhörte Anmassung empfunden werden. Ferner ergibt sich daraus, dass der Arzt (oder Therapeut), der für das körperliche Leiden aufgesucht wird, in seiner Diagnostik psychische Faktoren mitberücksichtigen und dem Patienten allenfalls auch selber bewusst machen muss. Erst wenn der Patient bereit ist, das Mitwirken psychischer Probleme zu erkennen, wird er auch bereit sein, einen Psychologen (oder ggf. auch Psychiater) aufzusuchen.

III. Das somatische Symptom allein darf nicht genommen werden.

Gelegentlich ist es möglich, das somatische Symptom akut zu beseitigen, z. B. eine hysterische Lähmung durch Überraschungsmanöver, die eine plötzliche Innervation erforderlich machen, oder eine Kontraktur durch das Anlegen eines Gipses in während einer Narkose korrigierter Stellung. Erfahrungsgemäss kann hierdurch das Symptom oft nicht anhaltend gebessert werden oder es wird verlagert.

3.3 Zum diagnostischen Vorgehen bei Verdacht auf psycho-somatisches Kranksein

Wie bereits erwähnt, ist der Arzt, der für das körperliche Problem aufgesucht wird, in der Diagnostik auf sich allein gestellt, da zumindest initial eine psychologische Evaluation geschweige denn Behandlung abgelehnt wird. Ferner ist zu erwähnen, dass der im Somatischen nicht ausreichend geschulte Psychologe oder Psychiater zwar psychologische Konflikte erkennen und bewusst machen kann, aber nicht über ihre somatisierende Wertigkeit zu entscheiden in der Lage ist. Häufig spielt -

wie unter 3.1.2. erwähnt – ein körperliches Initialleiden wesentlich mit, sodass andererseits auch der Somatospezialist dem Psychologen oder Psychiater gegenüber ein körperliches Leiden nicht ausschliessen kann. Der Somatospezialist ist also allein schon zur exakten körperlichen Diagnostik darauf angewiesen, psychologische Faktoren mitzubewerten. Aus der kombinierten Betrachtung körperlicher Symptome, dem Verlauf des Krankseins unter diagnostischen und therapeutischen Massnahmen unter Mitbewertung psychischer Faktoren und deren Beeinflussung wird dann auch meist eine durch positive Befunde gestützte Diagnose eines psycho-somatischen Krankseins gestellt werden können; eine Diagnose, die ebenso wie die eines rein somatischen Leidens nur durch den Ausschluss verschiedener anderer Möglichkeiten («per exclusionem») nie als genügend gesichert gelten kann.

Hat der Somatospezialist mit psychischen Problemen zu tun, so ist er zunächst in gewisser Hinsicht hadicapiert. Diese Handicaps sind sehr gut von BROWN und ZINBERG in ihrer Gegenüberstellung der verschiedenen Verhaltens- bzw. Handlungsweisen von Psychiater und Körperarzt dargelegt worden. Der Körperarzt hat zunächst eine zielorientierte Handlungsweise, ist gewohnt, aktiv voranzugehen, auch weil dies von ihm erwartet wird. Auch wenn er in seiner Handlungsweise einem «Primum nil nocere» folgt, hat er hierin oft die Tendenz, um ja nicht etwas zu verpassen, im Diagnostischen eher überaktiv zu sein. Psychiater hingegen haben im allgemeinen eine eher prozessorientierte Handlungsweise, die ihnen ein mehr beobachtendes Verhalten erlaubt, welches auch geeigneter ist, den Patienten aus seinem passiven Verhalten herauszuzwingen. Diese verschiedenen Grundhaltungen ergeben sich aus dem Patientengut und den spezifischen Erfordernissen, führen jedoch auf beiden Seiten zu Problemen, wenn einerseits der Psychiater mit körperlichen Krankheiten und andererseits der Körperarzt mit psychischen Krankheiten zu tun hat.

Natürlich muss der für das körperliche Leiden aufgesuchte Arzt auf das körperliche Problem eingehen und dieses vertrauensgewinnend abklären. Die Untersuchungen müssen sich aber auf das Notwendige beschränken, auch um den Patienten nicht zu beunruhigen. Jede ungezielte – also nicht aus der Klinik sich zwangsläufig ergebende – Untersuchung, sollte unterlassen werden, da mit ihr das Risiko einer Fixierung des Patienten verstärkt wird. Der Arzt muss frühzeitig den Patienten in der Ungefährlichkeit des körperlichen Problems versichern und den Weg zu den psy-

chologischen Problemen bahnen. Dass der Arzt dies erfolgreich kann, wurde von DROSSMAN für gastrointestinale psychosomatische Probleme bereits gut dokumentiert.

3.4. Möglichkeiten und Aufgaben des Physiotherapeuten

3.4.1. Beurteilung des Krankheitsverlaufes aus physiotherapeutischer Sicht.

Verlaufsbeurteilungen setzen die Kenntnis der gängigen Krankheitsursachen voraus. Der Physiotherapeut kann aus der Kenntnis des Schmerzcharakters (stumpf, stechend, ziehend), des Schmerzverlaufes (z. B. Ruhe, Aktivität), der Schmerzprovokation (z. B. Druck, Dehnung) die Diagnostik im Sinn der Ursachendifferenzierung (z. B. Verletzung, Entzündung, Überlastung) ergänzen oder auch in Frage stellen. Voraussetzung hierfür ist unter anderem die Anwendung der Prinzipien der funktionellen Bewegungslehre (KLEIN-VOGELBACH), die einen wesentlichen Schlüssel bei der Erkennung der Ursachen einer Bewegungsstörung darstellt.

3.4.2 Beurteilung des Zustandes und Verhaltens des Patienten

Der Physiotherapeut ist durch seine Beobachtungen des Patienten und die Modifikation seines Verhaltens unter der Therapie besonders begünstigt, zu beurteilen, ob die Behinderungen und Schmerzen sich aus den geklagten Beschwerden ergeben, d. h. ob objektifizierbare Behinderung und Beschwerdeklage in Übereinstimmung zu bringen sind.

3.4.3. Wahl der krankengymnastischen Methoden

Der Physiotherapeut muss seine therapeutischen Mittel so einsetzen, dass der Patient zur Mitarbeit gezwungen und aus seinem passiven Verhalten herausgebracht wird. Häufig ist das Verlangen des Psychosomatikers nach passiven Behandlungsmethoden besonders stark.

3.4.4. Das Gespräch

Durch den regelmässigen und häufigeren Kontakt mit dem Patienten hat der Physiotherapeut besonders Gelegenheit, in gezielten Gesprächen Probleme aufzudecken, die in das Körperliche hineinreichen könnten.

3.4.5. Enge Zusammenarbeit mit dem Arzt

Die enge Zusammenarbeit mit dem Arzt kann dazu beitragen, den Arzt zu motivieren, psychologische Probleme des Patienten in die diagnostischen Erwägungen und therapeutischen Massnahmen einzubeziehen.

Literaturhinweise

BROWN, H. N. and ZINBERG, N. E.: Difficulties in the integration of psychological and medical practices. Am J Psychiatry 139, 1576 (1982).

DROSSMAN, D. H.: Patients with psychogenic abdominal pain: six years' observation in the medical setting. *Am J Psychiatry* 12, 1549 (1982).

KLEIN-VOGELBACH, S.: Funktionelle Bewegungslehre, Springer - Berlin, Heidelberg, New York (1983).
PASSO, M. H.: Aches and limb pain. In: *Persistent Signs and Symptoms, The Pediatric Clinics of North America*, pp 209 ff, Feb. (1982)

SCHUR, M.: Comments on the metapsychology of somatization. The psychoanalytic study of the child 10, 119-164 (1955).

SCHUR, M.: *Das Es und die Regulationsprinzipien des psychischen Geschehens*, S. Fischer, Frankfurt/M. (1973).

Adresse der Autoren

Dr. Gerhard Ulrich Exner
Andreas Michael Bertram, Chefphysiotherapeut
Dr. Kurt Uehlinger, Spezialarzt
für orthopädische Chirurgie FMH
Orthopädische Universitätsklinik Balgrist
(Direktor Prof. Dr. A. Schreiber)
Forchstrasse 340
CH 8008 Zürich



FÉDÉRATION SUISSE DES PHYSIOTHÉRAPEUTES
SCHWEIZERISCHER PHYSIOTHERAPEUTENVERBAND
FEDERAZIONE SVIZZERA DEI FISIOTERAPISTI

DER PHYSIOTHERAPEUT

Die Redaktion des Physiotherapeuten sucht

Physiotherapeutinnen Physiotherapeuten

Die Freude hätten,
Artikel aus ausländischen Fachzeitschriften zu übersetzen.

Bevorzugte Sprachen: **Englisch** → **Deutsch**
Französisch ↔ **Deutsch**

Eine Honorierung kann geboten werden.

Interessenten wollen sich bitte an folgende Adresse wenden:

Urs Mack, Hardstrasse 131, 4052 Basel, Telefon 061 - 41 73 14