

**Zeitschrift:** Physiotherapie = Fisioterapia  
**Herausgeber:** Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband  
**Band:** 33 (1997)  
**Heft:** 4

**Artikel:** Anleitung zur Selbsthilfe  
**Autor:** Krahmann, Hella  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-929210>

### **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:** 19.03.2025

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

# Anleitung zur Selbsthilfe

**SELBSTHILFE** ist zum Schlagwort geworden, sowohl auf der Therapeuten- wie auf der Patientenebene und wird meistens unterschiedlich interpretiert. «Selbsthilfe» kann tatsächlich von «selbst» entstehen, z. B. durch Kenntnisse oder Erfahrungen.

Sie sollte bzw. muss von Experten angeregt, unterstützt, vor allem auch kontrolliert werden. Selbsthilfe richtig durchgeführt unterstützt jegliche therapeutische Zielsetzungen. Der Therapeut muss bedenken, dass das «Selbst» individueller Natur und ein komplexer, dynamischer Prozess ist.

**Hella Krahmhann, Lehrkraft der Physiotherapie i. R., Im Waldhof 2, D-79117 Freiburg**

Jede Physiotherapie muss – vorausgesetzt der Patient ist dazu körperlich und geistig in der Lage – durch die Mitarbeit (Compliance) des Patienten unterstützt werden. Damit soll das Behandlungsziel schneller, besser erreicht und der Behandlungserfolg, vor allem der Langzeiterfolg, gesichert werden. Das bedeutet gleichzeitig, dass der Patient lernt, sich bezüglich seiner Beschwerden im Sinne der Prävention selbst zu helfen.

In den 70er und 80er Jahren war der Begriff «Compliance», der unterschiedlich interpretiert wurde (Fischer), in Mode gekommen. Allgemein versteht man darunter, dass der Patient bestimmte Verordnungen des Arztes durchführt. Compliance war letztlich auch als Selbsthilfe gedacht.

«Selbsthilfe» ist nicht erst durch die Kostendämpfung im Gesundheitswesen kreierte worden. Jeder, der eine Befindlichkeitsstörung hat, wird auf Grund seiner Kenntnisse, Erfahrungen oder Fremdhinweise Massnahmen zur Linderung oder Heilung ergreifen. Zu Zeiten, da es noch keine so engmaschige medizinische Versorgung und Informationen durch die Medien wie heute gab, stand Selbsthilfe sogar an erster Stelle (z. B. «Kräuterweiblein»). Das soll nun nicht bedeuten, dass jeder, der eine Erkrankung hat, erst einmal selbst «herumdoktert». Im Gegenteil: Der Weg zur Selbsthilfe führt zum Experten und durch ihn muss auch die Anleitung zur Selbsthilfe erfolgen.

Dieser allerdings darf die Anleitung zur Selbsthilfe nicht vernachlässigen und schon gar nicht unterlassen. Die Notwendigkeit, Selbsthilfe zu praktizieren, wird nicht zuletzt durch die Selbsthilfegruppen deutlich. Es gibt kaum ein Krankheitsbild, für das es nicht eine Selbsthilfegruppe gibt. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es schätzungsweise 5000 Einrichtungen.

Die erste Selbsthilfegruppe wurde 1935 für anonyme Alkoholiker gegründet (Wilson, Smith). In den 70er Jahren nahmen die Selbsthilfegruppen sprunghaft zu. Sie entstanden immer dann, wenn Patienten sich von Ärzten nicht ernst und angenommen fühlten, oder sie den Eindruck hatten, dass die Therapie nicht ausreichend sei. Heute werden Selbsthilfegruppen, weil sie einen grossen Erfahrungsschatz anbieten, häufig in das therapeutische Gesamtkonzept mit einbezogen. Auf die Gruppenqualität sollte allerdings geachtet werden. Ein Patient kann durch das Gruppenprinzip in eine Abhängigkeit geraten, so dass die eigentliche Selbsthilfe verlorengeht.

In der Physiotherapie werden vorwiegend bewegungstherapeutische Massnahmen eingesetzt. Bewegungen werden auf unterschiedliche Art und Weise gelernt, gespeichert, automatisiert. In der Regel ist dieser Vorgang uns nicht bewusst oder wird vergessen. In der Therapie werden alte Bewegungsabläufe wieder oder neu gelernt; sie müssen oft modifiziert werden oder es müssen

auch Ersatzfunktionen gefunden werden. Hinzu kommt, dass der Patient bestimmte Verhaltensmuster praktizieren soll, die ebenfalls nach lerntheoretischen Prinzipien erfolgen. Obwohl es sich vordergründig um körperliche Vorgänge handelt, ist der Patient in seiner Ganzheitlichkeit gefordert. Dieser Tatsache muss der Therapeut speziell bei der Anleitung zur Selbsthilfe Rechnung tragen.

Das Selbst ist mit Selbstwertgefühl, Ich-Bewusstsein, Identität verbunden und hat organische sowie entwicklungsgeschichtliche Hintergründe. Von Bezugspersonen lernen wir uns und andere zu sehen, z. B. durch das Erscheinungsbild, Äusserungen. So erhält jeder seine Stigmata. Das Selbst ist die Identität einer Person und wird aus dem Bewusstsein eines Individuums gebildet. Das ist ein komplexer Prozess von immenser innerer und äusserer Dynamik.

Die naturwissenschaftliche Medizin des 20. Jahrhunderts hat dem Patienten vermittelt, dass nur sie die Patentlösungen für Gesundheit und Krankheit kennt und er sich nur zu bedienen braucht. Eigenverantwortung und die Fähigkeit zur Selbsthilfe wurden damit aus dem Bewusstsein des Patienten verbannt. Der Patient wurde entmündigt. Inzwischen ist der Ruf nach einem mündigen Patienten laut geworden. Das bedeutet ein Umdenken sowohl auf der Patienten- wie Therapeutenenebene. Aber nicht jeder Therapeut ist fähig oder bereit, einen mündigen, d. h. eigenständig denkenden Patienten zu akzeptieren, da er um seine Autorität fürchtet. Solche Therapeuten reagieren oft autoritär, rigide und verhindern damit die Selbstständigkeit des Patienten. Sie bringen ihn in eine therapeutische Abhängigkeit, die häufig als fachliche Anerkennung fehlgedeutet wird.

Aus dem bisher Gesagten geht wohl eindeutig hervor, dass die Anleitung zur Selbsthilfe nicht nach dem «Rezept-Prinzip» erfolgen kann, frei nach dem Motto «eine bestimmte Massnahme hilft für eine bestimmte Störung».

Zuerst muss zwischen Krankheiten unterschieden werden, deren Beseitigung durch eine entsprechende Therapie teils oder ganz zu erwarten ist und solchen, die einen chronischen Verlauf haben. Zu berücksichtigen sind auch krankenspezifische Besonderheiten.

Als erstes gilt es, dem Patienten Kenntnisse über die Erkrankung und deren Ursache zu vermitteln. «Vermitteln» heisst nicht nur die Zusammenhänge erklären, sondern durch Rückkoppelungen auf die Verständlichkeit überprüfen. Erst wenn der Patient kognitiv verstanden hat, wie der Kontext zwischen Ursache und Symptomatik entstanden ist, kann Mitarbeit von ihm erwartet werden.

Diese Erkenntnisse müssen im Behandlungsverlauf immer wieder überprüft werden, da sie durch eigene und fremde (z.B. Medien) Auffassungen beeinflusst werden können. Auch der Faktor «Angst», der häufig nicht geäußert wird, aber existent ist, muss in die Überlegungen einbezogen werden.

Wenn das Verständnis beim Patienten und eine Verständigung zwischen Therapeut und Patient stattgefunden hat, sollte eine Motivation (= Beweggrund) zur Compliance zu erwarten sein. Hierbei ist zu bedenken, dass Motivation keine stabile Grösse ist. Motivation kann primärer (vom Patienten selbst ausgehend, z.B. starker Leidensdruck) oder sekundärer (z.B. Verordnung des Arztes) Art sein. Eine sekundäre Motivation sollte stets in eine primäre umgewandelt werden können. Die hergestellte Motivation muss erhalten, d.h. ständig erneuert werden. Erfolgserlebnisse spielen hierbei eine grosse Rolle. In die Behandlungen müssen immer wieder Situationen eingebaut werden, in denen der Patient seine «Aha-Erlebnisse» erhält. Der Transfer im Alltag ist hierbei besonders hilfreich. Der Therapeut muss die Eigenerfahrungen des Patienten einbeziehen. Als weiteres muss bedacht werden, dass ein hohes Motivationsniveau kein Langzeiteffekt ist und sein kann. Wir alle kennen Tätigkeiten, die von einer grossen Motivation getragen werden und auf einmal keinen Spass mehr machen. Monotonie macht sich breit, es langweilt uns, wir verlieren das Interesse. Das ist ein normaler Zustand, um dessen Existenz wir wissen müssen.

Im privaten Bereich können wir eine Sache lassen, eine neue angehen oder sie beliebig neu gestalten. In der Therapie ist das nicht immer möglich. Das Wichtigste ist – und das ist vor allem bei chronischen Erkrankungen von Bedeutung, dass die Motivation nicht absinkt, verloren geht. Um das zu verhindern, ist bei länger andauernden Behandlungen eventuell eine Pause («schöpferische Pause»), ein Wechsel der Therapieform oder auch des Therapeuten in Erwägung zu ziehen. Wenn mehrere Therapien und Therapeuten zum Einsatz kommen, so ist darauf zu achten, dass die Motivation nicht durch Meinungsverschiedenheiten gestört wird, sondern gleiche Behandlungsziele erkennbar werden.

Zur Aufrechterhaltung der Motivation können folgende einfachen Möglichkeiten hilfreich sein:

- Behandlungssituation ändern, z.B. Raum- oder Therapeutenwechsel
- Einsatz von Medien wie Musik, rhythmischem Instrumentarium, farbigen Geräten (im Sinne der Psychomotorik)
- Methodenwechsel, z.B. Partner- oder Gruppenarbeit, üben nach Vorstellungsbildern

Wenn die Motivation beeinträchtigt ist, muss auch an Störfaktoren aus dem Umfeld im weitesten Sinne gedacht werden, z.B. durch Familienangehörige («das Üben ist für dich doch noch viel zu anstrengend»), KO-Patienten («bei mir hat die Physiotherapie gar nicht geholfen, im Gegenteil...»), Ärzte und Pflegepersonal, die durch Ignoranz die Bedeutungslosigkeit nonverbal zum Ausdruck bringen, Massenmedien, die medizinische Behandlungsformen kritisieren.

Alle pädagogischen Mittel und psychologischen Überlegungen messen sich an der Individualität des Patienten. Das im Behandlungsraum Gelernte muss in seinen Alltag übertragbar sein (Beruf, sozialer Bereich, Hobbys).

Zur Anleitung gehört auch die Kontrolle, d.h. die «Übersetzbarkeit» der gemachten Vorschläge. Das darf nicht mit dem «drohenden Zeigefinger» praktiziert werden, sondern es muss nach dem «Warum» des nicht Praktikablen gefragt werden.

«Ich habe keine Zeit zum Üben», «ich kann das geforderte Verhalten X nicht ändern», sind häufige Argumente des Patienten. Auch wenn es dem Therapeuten unverständlich erscheint, muss er solche Äusserungen akzeptieren, denn es ist, ob berechtigt oder nicht, die Auffassung des Patienten. Der Therapeut kann seine Ziele nur realisieren, wenn er sie in die Mentalität des Patienten übersetzen kann. Das ist keine Kunsttherapie, sondern die «Kunst der Therapie».

Der alltägliche Rhythmus des Patienten mit den sich ständig wiederholenden Ritualien muss ergründet und, in für den Patienten vielleicht langweiligen, monotonen Abläufen, integriert werden. Es ist Aufgabe des Therapeuten, diesen Patientenalltag ausfindig zu machen und seine Übungen in Handlungsabläufe umzuwandeln. Das ist zum einen eine Frage der Gesprächsführung (beachte: kein Ausfragen, sondern aktives Zuhören), zum andern eine Frage der Phantasie sowie Kreativität.

Ein weiterer bedeutender Faktor ist das Verstärkungsprinzip, d.h. richtig ausgeführte Übungen oder Verhaltensweisen werden durch entsprechende Reaktionen seitens des Therapeuten betont. Das heisst nicht ständiges Loben, sondern der Therapeut muss herausfinden, wann welche Übung bzw. welches Verhalten seinen therapeutischen Zielvorstellungen entspricht. Der am Ende einer Behandlung ausgesprochene Satz «heute haben Sie aber fleissig mitgeübt» gibt dem Patienten zwar eine «Streicheleinheit», er weiss damit aber nicht, was er nun heute besonders gut oder richtig gemacht hat. Die Rückmeldung über die «Richtigkeit» muss sofort nach der ausgeführten Handlung erfolgen. Eine Erklärung,

worin die Richtigkeit bestand, hat eine zusätzliche Wirkung und sollte nicht unterbleiben.

Hausaufgaben, die gestellt wurden, müssen kontrolliert werden. Damit bringt der Therapeut den Patienten nicht in eine Schülerrolle, sondern dokumentiert ihm, dass er seine Arbeit ernst nimmt und an der Genesung interessiert ist. Last but not least kann auch der Therapeut Fehler machen, eine Übung falsch, zu leicht oder zu schwer auswählen.

Der Physiotherapeut muss auch seine eigene Einstellung, Haltung und Verhaltensweisen zum Behandlungsziel reflektieren. Es kann gar nicht ausbleiben, dass persönliche Vorstellungen und Vorlieben zu bestimmten Massnahmen und Verhaltensweisen, ob bewusst oder unbewusst (beachte: Körpersprache), für den Patienten eine Aussage haben. Zur Reflexion sind hierfür gruppendynamische Prinzipien empfehlenswert.

## ZUSAMMENFASSUNG

Selbsthilfe muss vom Therapeuten inszeniert, motiviert und kontrolliert werden. Das Ziel sämtlicher Massnahmen ist, den Patienten zum selbständigen Üben und praktizieren adäquater Verhaltensweisen zu befähigen. Selbsthilfe hat therapeutische, rehabilitative, vor allem aber präventive Funktionen. Wenn der Patient das Angebot nicht praktizieren kann (vorausgesetzt, er ist dazu in der Lage), muss der Therapeut sich kritische Fragen stellen. Hierfür benötigt der Physiotherapeut, neben seinen spezifischen Fachkenntnissen, pädagogische und psychologische Grundkenntnisse.

Und wenn einmal gar nichts hilft? Es gibt natürlich auch sogenannte «hoffnungslose Fälle», welche die Motivation des Therapeuten nicht irritieren dürfen.

### Literatur

- FISCHER B., LEHRL S.: Patienten-Compliance. Studienreihe Boehringer Mannheim, 1982.
- KRAHMANN H., HAAG G.: Die Progressive Relaxation in der Krankengymnastik. Pflaum Verlag München, 1987.
- KRAHMANN H., KALTENBACH H.-J., DE GREGORIO G.: Harninkontinenz und Senkungsbeschwerden der Frau. Pflaum Verlag München, 2. überarb. Auflage 1994.
- SIEGRIST J.: Medizinische Soziologie. Urban & Schwarzenberg, 4. überarb. Auflage 1988.
- UEXKÜLL V. TH.: Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, 5. überarb. Auflage 1996.

# ATLAS

Swiss made



## Atlas VI

- Réglable électriquement en hauteur de 42 à 105 cm par commande à pied périphérique
- Mise sur roulettes à toute hauteur
- Très grande stabilité
- Manipulation des différents plans de la table par simple pression de la main (piston à gaz)
- Rembourrage en mousse recouvert de skaï stamskin (plus de 50 couleurs à choix), option cuir ou Alcantara

**Modèles standard: 2, 3, 4, 5, 6 et 9 plans**

**Modèles spéciaux:**

Tables **BOBATH** avec tête mobile (pos./nég.)

Tables **OSTEO**

Tables **CHAINES MUSCULAIRES**

et toute exécution «sur mesure»

- Elektrische Höhenverstellung von 42 bis 105 cm (fussbetriebene Umlaufschiene)
- In jeder Höhe auf Rollen stellbar
- Sehr stabile Ausführung
- Posterteile mit Gasdruckfeder stufenlos verstellbar
- Schaumstoffpolster mit Skaï Stamskin (mehr als 50 Farben zur Auswahl) Option Leder oder Alcantara

**Standard-Modelle: 2-, 3-, 4-, 5-, 6- und 9teilig**

**Spezialmodelle:**

**BOBATH**-Liegen mit beweglichem Kopfteil (pos./nég.)

**OSTEO**-Liegen

**CHAINES MUSCULAIRES**-Liegen

und alle anderen Modelle «Nach Mass»



**Antwortcoupon / Coupon-Réponse**



Oui, vos tables de traitement m'intéressent / Ja, Ihre Behandlungsliegen interessieren mich

Veillez m'envoyer une documentation / Senden Sie mir eine Dokumentation, oder

Une documentation sur le modèle ..... / Eine Dokumentation über das Modell .....

Nom/Name: .....

Prénom/Vorname: .....

Adresse: .....

Localité/Ort: .....

Téléphone: .....

Signature/Unterschrift: .....



VISTA med S.A.  
Ch. du Croset 9A  
1024 Ecublens  
Tél. 021 - 695 05 55  
Fax 021 - 695 05 50

VISTA med S.A.  
Alter Schulweg 36B  
5102 Rapperswil  
Tel. 062 - 889 40 50  
Fax 062 - 889 40 55