

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:	27 (1991)
Heft:	9
Artikel:	Die gynäologische Physiotherapie Thure Brandts und die Kegelsche Technik : zwei sich ergänzende Konzepte in der Damm-Heilgymnastik
Autor:	Lehmans, Jean-Michel
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-930070

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 29.01.2026

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

Die gynäkologische Physiotherapie Thure Brandts und die Kegelsche Technik: zwei sich ergänzende Konzepte in der Damm-Heilgymnastik

Originalbeitrag von Jean-Michel Lehmans, Lausanne

Vor 10 Jahren ist in Frankreich eine vom amerikanischen Gynäkologen Arnold Kegel beeinflusste, starke Strömung aufgetreten, welche die vor 150 Jahren von Thure Brandt geschaffene gynäkologische Physiotherapie einfach weggeschwommen hat. Dieser Artikel will der Pioniere Verdienste anerkennen und zu neuen Forschungen anregen. Wenn man beweist, dass es zwischen den grossen Muskelsträngen des Damms zwar Energie-Diffusionen gibt, jedoch kein Zusammenwirken, würde man sehen, dass die physiologischen Beobachtungen Kegels und diejenigen Brandts nicht unvereinbar sind und dass sich ihre Therapien ergänzen. Gäbe man den lange bewährten natürlichen Methoden neben den heutzutage überwiegend elektrotherapeutischen Behandlungen wieder den ersten Platz, würden wir über ein reiches Angebot an Techniken verfügen, wie in allen anderen Gebieten der Physiotherapie auch.

Odile Cottelle sowie viele andere glauben, die Idee der Damm-Heilgymnastik sowie deren Technik stamme von Kegel (1948) und sei vor 10 Jahren von Amerika nach Europa gekommen [2]. Diese Heilgymnastik wurde jedoch vor fast 150 Jahren in Europa durch den Schweden Thure Brandt geschaffen, wie es H. Stapfer schon anno 1897 bestätigte.

Gymnastik der levator ani laut Brandt und laut Kegel

Lange vor Kegel hat Brandt Übungen geschaffen, welche bis heute – und dies seit über hundert Jahren – nichts von ihrem Prestige und therapeutischen Wert eingebüßt haben [10, 14]. Er richtet seine Therapie ganz auf die levator ani aus; meistens jedoch erreicht er die Kräftigung durch synergistische Aktivität anderer Muskelgruppen, im Gegensatz zu Kegel, welcher sich strikte an die Kräftigung der Beckenbodenmuseln allein hält (Tafel I). Schon um 1864 glaubt Brandt, dass «die Bewegung der Adduktoren alle Beckenbodenmuseln zusammenzieht, jedoch vor allem, wenn die Patientin ihr Becken weit hochhebt. Durch diese Übung tonisiert, widerstehen diese Muskeln dem Druck der inneren Organe besser; sie verhindern, dass dieser Druck die Gebär-



Porträt des Thure Brandt, Gründer der gynäkologischen Physiotherapie [18]

mutter rückwärts neigt oder die Bänder dehnt. Man macht diese Übung bei einem Uterin- oder Vaginaprolaps (Mastdarmbruch und Zystozele). Man praktiziert sie ebenfalls bei einer Rückwärtsneigung der Gebärmutter» [18].

«Gegen das Erschlaffen des Damms lasse ich eine Bewegung der Adduktoren unter Hochheben des Beckens ausführen; zudem macht die Patientin bei ihr zu Hause drei- bis fünfmal im Tage folgende Gymnastikübung: Stehend und angelehnt oder auf dem Rücken liegend kreuzt die Frau ihre Beine, presst die Ober-

schenkel zusammen und zieht ihre Damm-muskeln nach innen zusammen. Diese Übung wiederholt sie drei- bis viermal» [18].

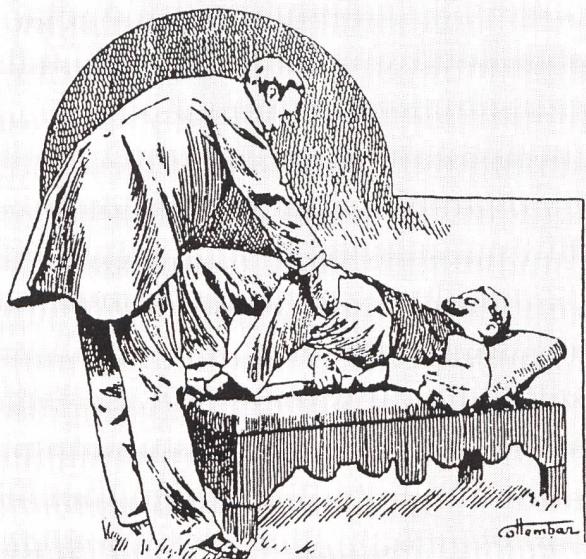
F. Vulliet, Professor für Gynäkologie und Geburtshilfe in Genf, sagt über die Gymnastik Brandts im Jahre 1890, dass ihre Nützlichkeit durch die kontraktile Solidarität, welche zwischen den Oberschenkel-Adduktoren und den inneren Beckenmuskeln (besonders die levator ani) besteht, zu erklären ist. Wenn sich die Adduktoren energisch zusammenziehen, zieht sich der levator ani auch zusammen. Wenn man sich vorstellt, welche wichtige Rolle dieses Beckendiaphragma als Haltefunktion der Genitalien spielt, so erklärt man sich leicht, dass es von Vorteil ist, es zu festigen [21].

Alcide Jentzer, Professor und Gründer des Genfer Frauenitals, sowie M. Bourcart, sein Assistent, berichten im Jahr 1891, dass Von Preuschen im Centralblatt für Gynäkologie (Nr. 13, 1888) Fälle von Uterinprolaps-Heilungen bekanntgibt, worin er besonders auf die gute Einwirkung der Gymnastik auf die Beckenmuskulatur in der Behandlung von Prolapsen den Akzent legt. Er hat, ohne dieses interessante Phänomen zu erklären, festgestellt, dass sich die Beckenmuskulatur (vor allem der levator ani) zusammenzieht, wenn man die Adduktoren gegen Widerstand arbeiten lässt. Die Tätigkeit des levator ani wird noch verstärkt, wenn die Patientin ihr Becken hochhebt. Durch das Zusammenziehen des levator ani würde so die vaginale Öffnung des Beckendiaphragmas verengt und dadurch eine Vaginasenkung vermieden. Die beiden Ärzte fügen bei, dass Brandt die Adduktoren exzentrisch durch das Spreizen der Knie in Rückenlage mit hochgehobenem Becken gegen Widerstand arbeiten lässt (Kneifungen) und dazu den levator ani einige Male hintereinander zusammenziehen lässt. [7].

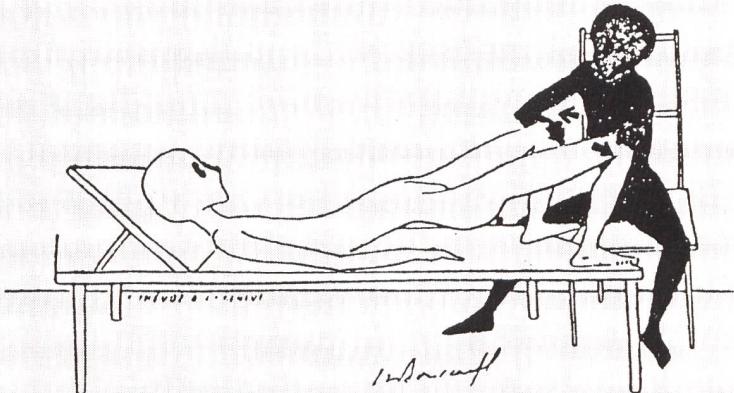
Anno 1898 beschreibt A. Wide, Leiter des staatlichen orthopädischen Institutes in Stockholm, die Übungen Brandts wie folgt:

«Halb liegende Position: Adduktion der Beine. Die Patientin hebt ihr Becken und stützt sich nur auf ihre Füsse und ihren Nacken (oder die Schultern). Der Kran-

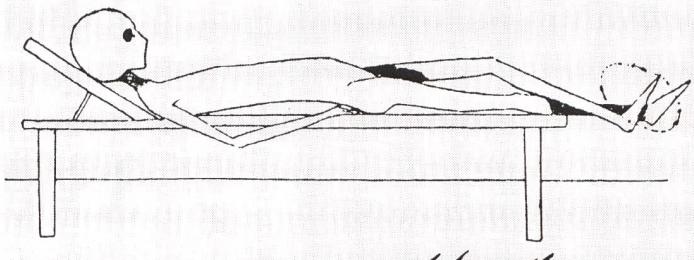
* Physiotherapeut des Universitätsspitals (CHUV) Lausanne, Abteilungen für Kinderchirurgie und Gastro-Enterologie.



Das Becken entblutende Oberschenkel-abduktion (laut Stapfer [18])



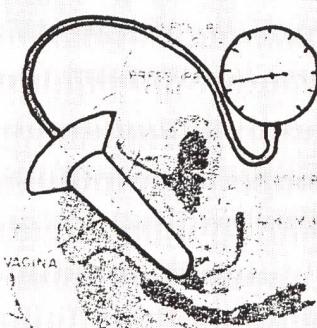
Tonifizierende Oberschenkelabduktion (laut Bourcart [7])



Kreisübungen der Füsse mit gekreuzten Beinen (laut M. Bourcart [7])



Zusammenziehen der levator ani, stehend, mit gekreuzten Beinen (laut Hélène Sosnowska [15])



Kegels Perineometer

Tafel I: Die von Thure Brandt anno 1864 geschaffenen Damm-Übungen sind heute noch aktuell und unerreicht (Kegels Perineometer datiert von 1948).

Die neue Dimension in der Reizstromtherapie

Lieber Köpfchen statt Knöpfchen!

Die PRIMEDIC-REIZSTROM-KOMPAKTEINHEIT ist das Ergebnis einer konsequenten Entwicklung: Kompromißlos sind Funktionalität und Design an den Anforderungen der ärztlichen Praxis ausgerichtet.

Vier selbständige, unabhängige

Geräte sind in der Therapie-Einheit kombinierbar. Jedes Gerät bietet verschiedene Therapieprogramme mit unterschiedlichen Stromformen, Zeitabläufen und Umpolphasen. Jedem Programm sind bestimmte Indikationen zugeordnet. Die Bedienung erfolgt über nur

eine Taste. Automatisch laufen Start, Stromformen, Zeitphasen, Umpolung, Empfindlichkeits-nachstellung und Programmende ab. Ob als Einzellösung oder komplett eingesetzt: PRIMEDIC – komfortabler kann Reizstromtherapie nicht sein.



3.100,-

PRIMEDIC-SONO
Ultraschall-Gerät inkl. 2 Schallköpfe

2.950,-

PRIMEDIC-DYN

3.360,-

PRIMEDIC-IF

2.450,-

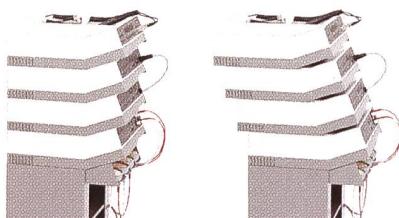
PRIMEDIC-VAC

12.260,-

Gesamt, inkl. Wagen

Das Design: Funktionell und variabel

Unterschiedlich aufeinander-steckbare und pflegeleichte Kunststoffgehäuse, Gerätewagen auf leichtgängigen Rollen für den



mobilien Einsatz, praktische Ablageschale und Halterungen zur Aufnahme des mitgelieferten Zubehörs.

Generalvertretung
für die Schweiz

Kölle ag
MEDIZINTECHNIK

Reppischthalstrasse
CH-8920 Aeugstertal a.A.
Telefon 01-7616860
Telefax 01-7618243

**Von Mund zu Mund
bekannter.**

Wir senden Ihnen gern ausführliche Informationen über die PRIMEDIC Reizstromtherapie und weitere PRIMEDIC Produkte oder demonstrieren Ihnen die REIZSTROM-KOMPAKTEINHEIT in der Praxis. Schreiben Sie uns oder rufen Sie uns einfach an.

PRIMEDIC®
Medizintechnik

kengymnast spreizt die Knie, während die Patientin Widerstand leistet; danach presst sie die Knie zusammen, und der Krankengymnast leistet nochmals Widerstand (exzentrische und konzentrische Aktivität). Diese Übung wirkt einerseits auf den Beckenkreislauf; andererseits wird die Beckenmuskulatur gestärkt: man kann sich dessen vergewissern, indem man bei der Ausführung dieser Übung einen Finger in der Vagina belässt.

Halb liegende Position: Heben des After-schiessmuskels, wie nach einer Stuhlleerung. Die Patientin macht diese Übung allein. Diese Bewegungen stärken die Beckenbodenmuskulatur [2].

J.-A. Doléris, entbindender Arzt im Pariser Spital «Boucicaut» und Chefredaktor der «Gynécologie», hat im Jahre 1903 die Debatte eröffnet, welche Kegel später übernommen hat. Er schreibt: «Die Adduktionsbewegungen der Beine, welche mit komplizierteren Bewegungen kombiniert werden, haben nur eine geringe Wirkung. Es ist besser, einige Bewegungen auszuführen, welche ich nirgendwo beschrieben fand und welche darin bestehen, den levator ani zu heben» [3]. Der obenerwähnte Text von A. Wide zeigt aber, dass Brandt, lange vor Doléris oder Kegel, eine spezifische Arbeit der levator ani neben seinen den globalen Körper in Beschlag nehmenden Übungen empfahl.

Es sei daran erinnert, dass diese isolierte Arbeit der levator ani, welche ohne Apparatur unter Beihilfe des Biofeedbacks (z.B. der Perineometer Kegels oder die heutzutage gebrauchte intra-vaginale Elektro-Stimulation) ausgeführt wird, sehr ermüdend und nicht kräftigend ist. Diese erfolgen durch dynamische Muskelanspannung ohne Widerstand oder Fixpunkt.* Die vollständige Anspannung des Damms, welche durch das Beizeihen vieler anderer Muskelgruppen verstärkt wird, charakterisiert die Physiotherapie Brandts und entspricht, wie auch die Methode der statischen, intermittierenden Muskelanspannungen [9], der isometrischen Arbeit mit konstantem Widerstand und zahlreichen Fixpunkten. Deshalb ist diese Gymnastik nicht ermüdend, bringt nicht ausser Atem und begünstigt die Kräftigung der langsam, tonischen Fasern des Typs I (slow twitch), welche in den levator ani überwiegen [13].

* Die Schüler Kegels sind gegen jegliches Beizeihen von Muskeln, welches sie als parasitisch beurteilen. Die Physiologen wissen jedoch, dass die starken Muskeln den schwachen Beihilfe leisten. (Kabat und Levine, welche M.-A. Gilbert in ihrem Artikel «Rééducation du périne par la méthode des réflexes posturaux» [Ann. Kinésitherapie, 1984, t. 11, Nr. 3, Seiten 95–111] zitiert.).

Allmählich ist man von der grosszügigen Dammgymnastik Brandts zu der strikten Mikro-Gymnastik der puborectalis Kegels übergegangen. Was jedoch am wichtigsten ist und von vielen vergessen wurde, ist, dass Kegel wie auch Doléris diese Physiotherapie klar in den Bereich der Psychomotorik gesetzt haben [3, 8].

Kegel, das Biofeedback und die Psychomotorik

Arnold H. Kegel kannte Thure Brandt nicht und hatte auch wahrscheinlich nichts von H. Vineberg [20] gelesen. Dieser hatte, wie viele andere amerikanische Autoren des vergangenen Jahrhunderts auch, von Thure Brandt gesprochen. Kegel hatte aber das Werk von H. Frenkel von Heiden (Schweiz) [8] studiert, welchen man offiziell als den Gründer der Psychomotorik bezeichnet. Als Kegel im Jahre 1948 mit dem Biofeedback beginnt, bezieht er sich zuerst auf Frenkel und sein Übungsprogramm für die Behandlung der tabischen Ataxie [4]. Sein Perineometer ist zwangsläufig eine voll psychomotorische Technik wie auch alle Biofeedbacks. (Alles, was sensomotorisch ist und bewusst zu einem motorischen Ausdruck führt, ist zwangsläufig psychomotorisch.) Wie wir es gesehen haben, verlangt Brandt von seinen Patientinnen, dass sie «stehend und angelehnt oder auf dem Rücken liegend ihre Beine kreuzen und ihre Oberschenkel zusammenpressen, wonach sie ihre Dammuskeln nach innen zusammenziehen...» [18]. Dies zeigt deutlich folgendes: Er hatte festgestellt, dass die Anspannung der Adduktoren ungenügend ist, um allein die Dammuskeln anzuspannen, dass sie jedoch ihre willkürliche Anspannung beträchtlich stärken.

Glücklicherweise gibt es keine wirklichen, funktionell bedingten Synergien zwischen dem Damm und anderen Muskelgruppen des Rumpfes oder der Extremitäten. Deshalb sind auch die «inversion de commandé abdomino-périnéale gynécologique» sowie der Anismus der Konstipierten keine bauch- und schliessmuskelbezüglichen Dyssynergien, wie man sie unpassenderweise bezeichnet. Im ersten Fall soll die Patientin ihre Dammuskeln anspannen (Verriegelung) und ihre Bauchmuskeln entspannen. Sie nimmt schlecht wahr, was sie anspannt oder entspannt und begeht so einen regelrechten körperlichen Lapsus: Sie führt den Befehl umgekehrt aus, d.h., sie spannt die Bauchmuskeln, entspannt die Dammuskeln und verliert den Urin!

Der an Anismus leidende Patient spannt beim Pressen (Valsalvaeffekt) zugleich

den Anus an, anstatt ihn zu entspannen, und erhält somit seine Verstopfung.

Anstatt von Dyssynergien im Bereich der Bauchmuskulatur und der Sphinktermuskulatur sollte man von mangelnder Koordination, von schlechter psychomotorischer Dissoziation sprechen.

Man findet dieselben psychomotorischen Reaktionen bei der Beobachtung der Mimik oder der Haltung.

Das Körperschema (der Dammbereich ist für viele Patienten sehr unvertraut) verfeinert sich durch die lokale psychomotorische Erziehung; diese tonischen Dysfunktionen des Bauch-Damm-Bereichs werden durch Entspannung und das Biofeedback korrigiert. Dieses ist ein wahrhafter Vergrösserungsspiegel der schlechten – und späteren richtigen – psychomotorischen Antwort, welche dem Patient durch den Therapeuten beigebracht wird.

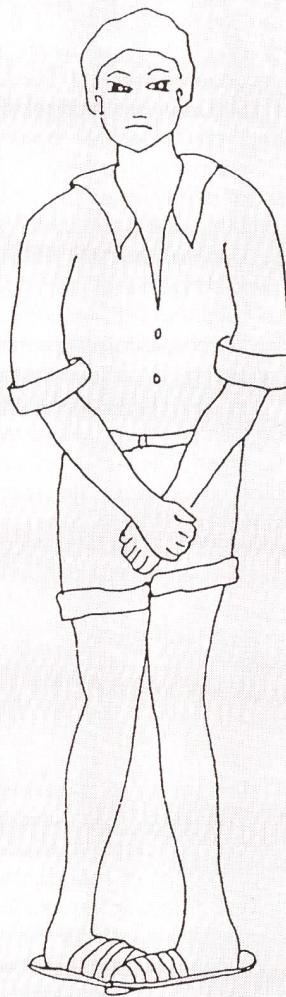
Man kann diesen kurzen Ausschnitten der gynäkologischen Physiotherapie eine Anekdote anfügen, welche die Gastroenterologie betrifft: Die erste «Patientin», welche in den Genuss dieser gynäkologischen Physiotherapie kam, war... ein Soldat, welcher einen plötzlich erscheinenden Prolapsus erlitt und welchen Thure Brandt erfolgreich wieder reponierte [12]. So hat er sein ganzes Leben lang Mastdarmbrüche kuriert und machte in seinem «System» keinen Unterschied zwischen hinterem und vorderem Damm. Diese Einheit des Damms kennen Kinderchirurgen besonders gut, haben sie doch oft gemischte Pathologien zu behandeln, welche sowohl den Harn- sowie auch den aftermastdarmbezüglichen Trakt betreffen.

Globaler Zugang zum Patienten und seinem Damm

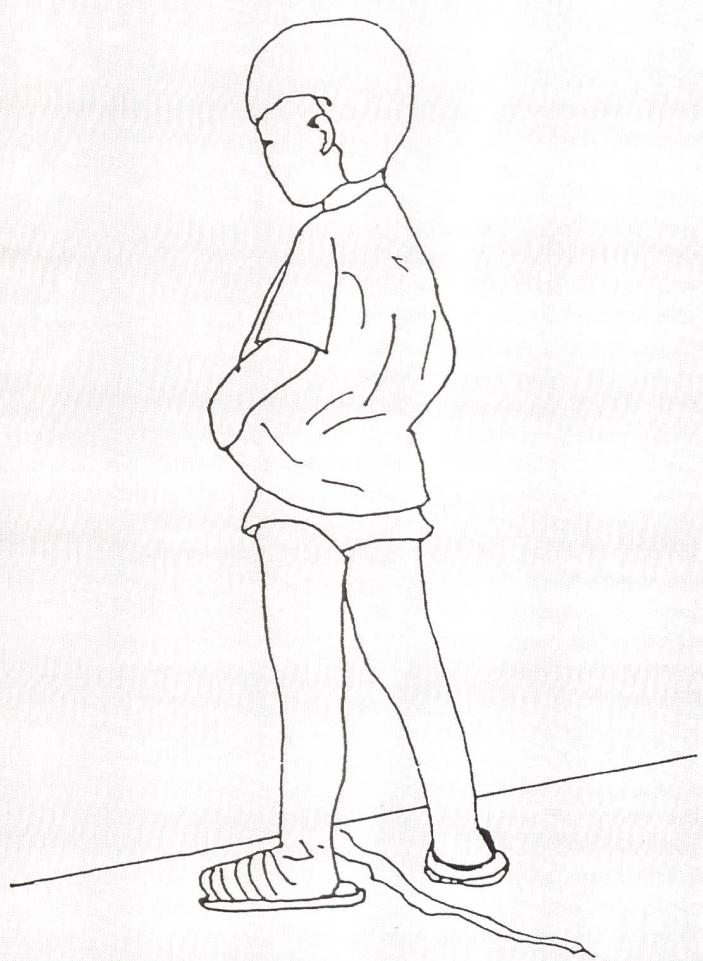
Der Physiotherapeut muss eine Anschauung des Damms als Einheit haben. Es ist falsch, hier die anatomischen Segmente des Damms einzeln anzusehen. Dies schränkt den Wirkungskreis des Physiotherapeuten in diesem Bereich ein.

Vereinigung der Brandtschen Physiotherapie und der Kegelschen Technik

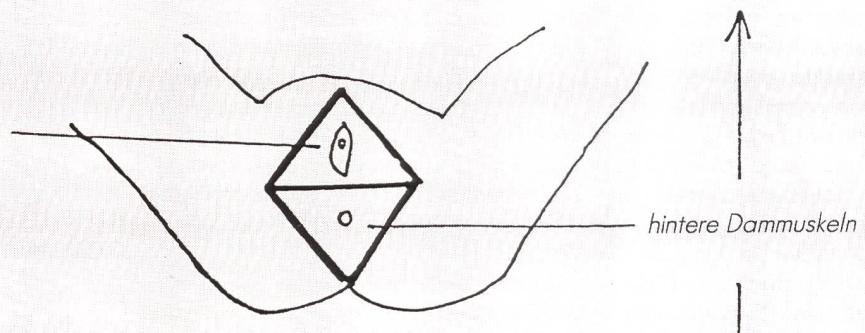
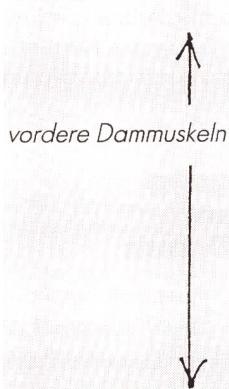
Vor mehr als hundert Jahren hat die Dammgymnastik den Atlantik überquert, nämlich von Europa nach Amerika und nicht umgekehrt! Die Gymnastik von Thure Brandt hat recht und schlecht überleben können, wenn man auch den Namen des Schöpfers und seines «Systems» vergessen hat. Danach hat man seine so



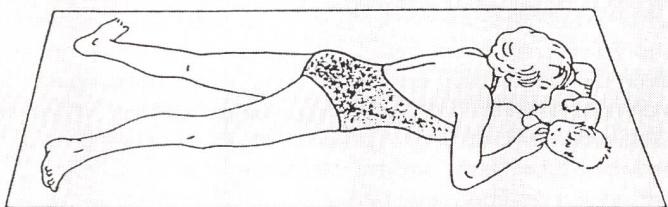
Haltung des dringenden Bedürfnisses



Haltung des befriedigten Bedürfnisses



Typische Übung für die vorderen Dammuskeln [10] (Hypotonie des Harnröhren-Schliessmuskels)



Typische Übung für die hinteren Dammuskeln [10] (Hypotonie des äusseren Anus-Schliessmuskels)

Tafel II: Verwendungsart der Beinmuskeln zum wahlweisen Zusammenziehen der vorderen oder hinteren Dammuskeln.

wertvollen Übungen vermischt mit sogenannten Bauchmuskelübungen, welche mit gestreckten abgehobenen Beinen durchgeführt werden, sich katastrophal auf die Dammuskeln auswirken und Protrusion hervorrufen [10]. Die Kegelsche Strömung hat keine Auswahl getroffen, sondern alles weggeworfen, was dem Hervorspielen der verschiedensten teuren Apparate den Weg freigab. Heute erkennt man aber, dass die Elektrotherapie allein keine dauerhafte Heilung der erschlafften Dammuskulatur mit sich bringt; vielmehr sollte diese als Komplementärtechnik dieses Bereichs angesehen werden. Schon anno 1907 betrachtete sie Gabriel Bidou [1] als schlichtes Hilfsmittel bei Urin-Inkontinenz.

Es muss verhindert werden, dass sich der Mythos «Kegel, Begründer der gynäkologischen Physiotherapie» einnistet. Thure Brandt muss rehabilitiert werden. Die zahlreichen Schriftstücke, welche zu seiner Zeit in allen Sprachen durch die grössten Namen der Medizin herausgegeben wurden, müssen durchgelesen werden. Diese berühmten Ärzte wurden in höchstofizieller Mission für ihr Land nach Stockholm gesandt, um bei Brandt zu studieren und sein «System» zu erlernen.

Gymnastik und globale Psychomotorik [10, 14] sowie Biofeedback und lokale Behandlung [2,9] müssen kombiniert und entwickelt werden, in vereinigendem, wissenschaftlichem Sinn. Es wäre wünschenswert, dass die in Mulhouse unternommene Studie [5] wieder aufgenommen würde, um den «Overflow» verschiedener Muskelgruppen zum Diaphragma pelvis genau festzulegen. Dabei soll kein einziger Parameter, besonders was die Haltung und den Atem anbelangt, ausgelassen werden.

In bezug auf die Übungen der Adduktothen sagte Stapfer: «Nimmt man beim Ausführen der Übung dieselbe Stellung wie die Patientin ein, spürt man deutlich das Zusammenziehen der Dammuskeln und zwar um so stärker, je höher man das Becken hält. Das Gefühl gleicht jenem, das man beim Zurückhalten eines Windes oder Stuhls empfindet» [8]. Diese Eigenbeobachtung, wenn sie auch empirisch ist, ist sehr lehrreich. Jedermann kann dies bei sich selbst feststellen. Wir beobachten es auch bei unseren Patienten. Alle Übungen, welche mit der «Haltung des dringenden Bedürfnisses» verwandt sind (d.h. Beine flektiert und nach innen in Adduktion gedreht), erhöhen die Anspannung der vorderen Dammuskeln (Mahony). Umgekehrt begünstigt die «Haltung des befriedigten Bedürfnisses» (Beine extendiert, nach aussen in Abduktion gedreht) die Anspannung der hinteren

Dammuskeln (Tafel III). Es besteht ein bestimmter, fasilitierender Haltungs-Antagonismus; es wäre lohnend, eine gründliche elektro-myographische Studie darüber zu unternehmen in Hinsicht auf ihre therapeutischen Anwendungen.

Beweist man die Komplementarität der beiden historischen Strömungen der Dammheilgymnastik des Thure Brandt und des Arnold Kegel und setzt man jede an ihren Platz, so wird jegliche Polemik verhindert [11].

Die Geschichte der Medizin ist unum-

gänglich; sie verbindet den Baum mit seiner Wurzel. Wenn man erkennt, dass die Atmung die Verbindung der Nase zum Damm ist und dass der vordere und der hintere Damm nicht getrennt werden können, wird man entdecken, dass Kegel nicht von Brandt wegdenken ist.

Bibliographie

Die Bibliographie für diesen Beitrag finden Sie auf den Seiten 42 und 45. ●

Physiotherapie – eine Behandlungsform in einem afrikanischen Spital?

Ein Bericht von Wolfgang Fasser, ehemaligem Physiotherapeuten am Paray Hospital, Thaba Tseka, Lesotho (Südliches Afrika)

Heute ist Montag – Patientenvisite

Mit den beiden (Schweizer) Ärzten, den Schwestern und meiner Mitarbeiterin 'Me Sophia besprechen wir die 65 Spitalpatienten. 22 stehen auf der Physiotherapie-Liste. Ein zerebral gelähmtes Kind – Krücken bestellen für den Beinbruchpatienten – Atem- und Bewegungsübungen mit Bettlägerigen – Aufnehmen des am Kopf operierten Hirtenknaben – häufiges Bewegen des Kleinen mit der verbrannten Hand: neue Aufträge für die Physiotherapie.

Seit Beginn des Jahres lernt 'Me Sophia mit mir. Sie liebt ihre Arbeit und macht vieles aus eigener Initiative. Zu zweit am Patienten lernt es sich einfach, dazu kommen Unterrichtsstunden im Physiotherapiezimmer. Auf Wunsch der Oberschwester 'Me Annunciatia habe ich zwei weitere Assistentinnen ausgebildet; so ist auch die Ablösung gewährleistet, wenn eine auf der Nachtwache oder in den Ferien ist.

Im Kinderzimmer gibt es viel zu tun. Ein kleiner Junge hat vor fünf Monaten den Ellbogen gebrochen, mangels rechtzeitiger Behandlung kann er das Gelenk nicht mehr strecken. Intensive Bewegungstherapie mag vielleicht helfen. 'Me Sophia begleitet einen Jungen in den kleinen Operationssaal, um den Verband zu wechseln. Dort wird sie, während der

Kleine in Narkose schläft, die schwer verbrannten Hand- und Fingergelenke bewegen. Ausi Hlapile, ein kleines Mädchen, freut sich, wenn ich zu ihr komme. Sorgfältig bewege ich ihre kleinen Beine und dehne die Hüftgelenke. Auch sie hatte sich mit heissem Hirsebrei verbrannt.

Mittags kehren wir von der Abteilung zurück in das Physiotherapiezimmer. Ambulante Patienten sitzen plaudernd auf der sonnigen Veranda und warten. Die Krankenschwestern oder die Ärzte im Ambulatorium haben Physiotherapie verordnet. Einem kleinen Büchlein entnehmen wir die nötigen Informationen über den Patienten und bestimmen die Therapie. Ein Mann mit chronischen Nacken- und Schulterschmerzen lernt Selbstbehandlungsübungen, nachdem wir ihn massiert und mit heißen Wickeln behandelt haben. Ein Hirtenknabe, dessen Knie nach einer Infektion am Oberschenkel versteifte, kam für längere Zeit zu uns. Heute ist es das letzte Mal; der Aufwand hat sich gelohnt: Er kann wieder reiten und normal gehen. Auch Ausi Malefo ist da: Sie kommt regelmässig seit anderthalb Jahren. Eine zerebrale Lähmung liess ihre Füsse versteifen und verkrampfen, und so konnte sie nicht gehen lernen. Viele Therapiestunden haben dazu beigetragen, dass ihre Füsse wieder beweglich wurden. Ende April dieses Jahres konnten mit einer Operation zu kurze Sehnen verlängert werden. Nun ist sie fähig, normal zu gehen.

Ich bewundere die vielen ambulanten Patienten, die einige Stunden Wegstrecke

auf sich nehmen, um uns zu besuchen; zu Fuß oder auf einem Pferd, manchmal auch im Regen. Bewegungsarmut ist hier kaum eine Ursache von Gelenkschmerzen.

Am Nachmittag erwartet uns ein ausgefülltes Programm

Abuti Lejone ruft uns. Er hat das Spitalpferd gesattelt. Ntate Lekhanya ist auch schon bereit für die Therapie auf dem Pferd. Die Guillan-Barrésche Krankheit hatte ihn vor zehn Monaten schwer gelähmt. Unermüdlich haben alle mitgeholfen, so dass er wieder sitzen, essen und schreiben kann, die Beine bewegen und erste Schritte an Stöcken versucht. Die Bewegungstherapie mit dem Pferd hat viele günstige Wirkungen: Balance und Koordination werden trainiert, ganze Muskelgruppen werden zu gesunden Bewegungen stimuliert. Das Erlebnis, mit dem Pferd zu sein, wieder reiten zu können, lässt ihn tief vertrauen in seine Genesung. Die Leute rufen und winken ihm zu, alle freuen sich über das geschenkte Glück.

In der Frauenabteilung behandeln wir drei Patientinnen. Fröhlich spornen uns die einen bei den Gehübungen mit der alten Nkhono (Großmutter) an. Vor dem offenen Fenster höre ich die Tuberkulosepatienten lachen. Zu acht wird gemeinsam geturnt. 'Me Sophia unterstützt sie in der richtigen Ausführung, sie betreut auch die Gruppe von schwangeren Frauen bei ihren gymnastischen Geburtsvorbereitungen.

Heute ist auch Schultag für mich. Ich unterrichte die Schwesternassistentinnen in Anatomie und Physiotherapie; dadurch sollen sie sensibilisiert werden für die Wichtigkeit von Bewegung im Heilungsprozess.

Physiotherapie – eine fremde Behandlungsform?

Vor zwei Jahren, als ich mit meiner Arbeit begann, wurde ich mit viel Skepsis beobachtet. Ich war den Einheimischen nicht so verständlich mit meiner Arbeit. Besonders bei Gelähmten war die Resignation und der Fatalismus gross: «Glaubst du nicht, dass du deine Zeit verschwendest?» fragten mich die Krankenschwestern. Doch nachdem einige Halbseiten-Gelähmte wieder gehen konnten und Kinder ihre Hände nach schweren Verbrennungen wieder bewegten, spürte ich mehr und mehr Unterstützung. Für die Patienten war es anders, sie vertrauten sehr schnell, da sie spüren konnten, was unsere Hände an ihnen bewirkten, wie die Bewegungen sie lockerten und kräftigten. Massage ist etwas Bekanntes in der Kultur der Basotho. Bei Rückenschmerzen

legen sich die Frauen heiße Tücher auf und massieren die schmerzhafte Stelle. «Ke ngaka ea masapo» sagen sie zueinander, «er ist derjenige, der die Knochen heilt.» An einem Kurs für traditionelle Heiler erkannten die Teilnehmer viel Verwandtschaft: «Du arbeitest ja wie wir, mit den Händen, mit der Medizin zum Einreiben, mit dem Körper; und du gibst auch Ratschläge. Es braucht nicht mehr dazu als deine Kräfte.» Das war auch ein Grundsatz für meine Arbeit. Wir versuchten mit den schon vorhandenen Mitteln zu wirken: den Händen, Bewegungs- und Atemübungen, kalten und warmen Wickeln, dem Pferd und der Freude in der Gemeinschaft.

Zwei Jahre Einsatz am Paray Hospital: eine äußerst eindrückliche und lehrreiche, manchmal auch schwierige Zeit. Fern von moderner, technisierter und komplexer Physiotherapie habe ich die Kostbarkeit der einfachen und naturge-

gebenen Elemente in unserem Beruf erfahren. Ein Beitrag eines Entwicklungslandes an die sogenannte Erste Welt.

Einmal eine andere Medizin erleben? Eine sinnvolle Tätigkeit während einer beschränkten Zeit zugunsten Beteiligter ausüben?

Für das im obigen Artikel erwähnte kleine Bergspital Paray in Thaba Tsaka/Lesotho (Südliches Afrika) suchen wir per Oktober 1991 einen/eine

Physiotherapeuten / Physiotherapeutin

für eine Einsatzdauer von zwei Jahren. Für diese Stelle sind gute Englischkenntnisse erforderlich. Die Tätigkeit beinhaltet auch die Ausbildung einheimischer Mitarbeiter/-innen.

Weitere Auskünfte erhalten Sie bei:
SolidarMed, Untergassenstein 10/12,
6000 Luzern 12, Tel. 041/44 66 67 ●

Bücher/Livres

Bei Patienten mit schweren Essstörungen, das heißt Fetsucht, stellte Bruch eine Grundstörung hinsichtlich der Art und Weise fest, wie Hungergefühl erfahren wird. Ungenaue und verwirrende Kindheitserlebnisse hatten die Fähigkeit beeinträchtigt, Hunger beziehungsweise Sättigung zu erkennen und von Signalen für andersgeartetes Missbehagen zu unterscheiden. Nahrungsaufnahme ist für dicke Menschen eine Scheinlösung ihrer Persönlichkeitsprobleme. Dazu kommt das fehlende Bewusstsein darüber, dass es gilt, das eigene Leben zu leben. «In den Kindheitsgeschichten gibt es meist keine Hinweise auf grobe Vernachlässigung, und die üblicherweise verwendeten Begriffe wie „Zurückweisung“ und „Mangel an richtiger Liebe“ helfen nicht, das Problem zu verstehen. Die Einzelheiten, die man meistens erfährt, sind sehr subtil. Der wichtigste Aspekt ist, ob die Reaktion auf das Bedürfnis des Kindes angemessen war oder von dem überlagert wurde, wovon die Mutter – oft fälschlicherweise – meinte, dass das Kind es braucht.» (S. 70) Hilde Bruch weist darauf hin, dass sich im Laufe der psychologischen Forschung das Konzept der

Betrachtung der Kindheit geändert habe. Beispiele fettsüchtiger Kinder und der familiäre Rahmen werden geschildert.

Ohne Motivation zum Abnehmen sei der Erfolg gleich Null. Wechselwirkungsprozesse zwischen Kindheit, Umwelt, Lebenserfahrungen und Physiologie müssen auch Berücksichtigung finden. Erfolge bei Schlankheitskuren mit Kindern können sich ins Gegenteil verkehren, wenn die Mutter die Kontrolle über das Essen des Kindes übernimmt. Die gegenwärtige Tendenz, alle psychischen Probleme des fettsüchtigen Pubertierenden mit soziokultureller Ablehnung zu erklären, erachtet Hilde Bruch als falsch. Entwicklungsdefizite und die Überzeugung von der inneren Unzulänglichkeit spielten die Hauptrolle.

Zu Fetsucht und Schizophrenie erwähnt Bruch, dass eine Psychose während einer Abmagerungskur aufbrechen kann, wenn der Arzt die psychologischen Implikationen des Abnehmens unterschätzt. Besondere Bedeutung kommt dem therapeutischen Ansatz Burchs zu, der die Stärkung der Eigenaktivität des Klienten in den Mittelpunkt stellt. Hier finden sich wertvolle Hinweise; die Publikation empfiehlt sich für Ärzte, Psychiater, Psychologen ebenso wie für Eltern. □

Dr. Barbara Hug

Nemectron

Immer eine Nase vorn!



Am Anfang: Interferenz
Dann: Endovac®
Daraufhin: Endodyn®
Schliesslich: Endosan®
Heute: EDiT®

Die Elektrische Differential-Therapie hat aus EDiT® seit 1989 das weltweit meistverkaufte professionelle Elektrotherapie-Gerät gemacht. Bereits Tausende von Therapeuten haben Nemectron ihr Vertrauen geschenkt. Sie bieten ihren Patienten eine zukunftsweisende, wirkungsvolle und angenehme Elektrotherapie. Enthalten Sie Ihren Patienten EDiT® nicht vor! Nehmen Sie Kontakt mit uns auf!



GENERALVERTRETUNG FÜR DIE SCHWEIZ
FRITAC MEDIZINTECHNIK AG
8031 Zürich
Herdturnstrasse 76
Telefon 01/271 86 12



Bitte schicken Sie mir ausführliche Informationen über EDiT®.
Name _____
Adresse _____
Tel _____