

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:	28 (1992)
Heft:	11
Artikel:	Hindernisse vor der Physiotherapie
Autor:	Haefiger, Jürg
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-929982

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](#)

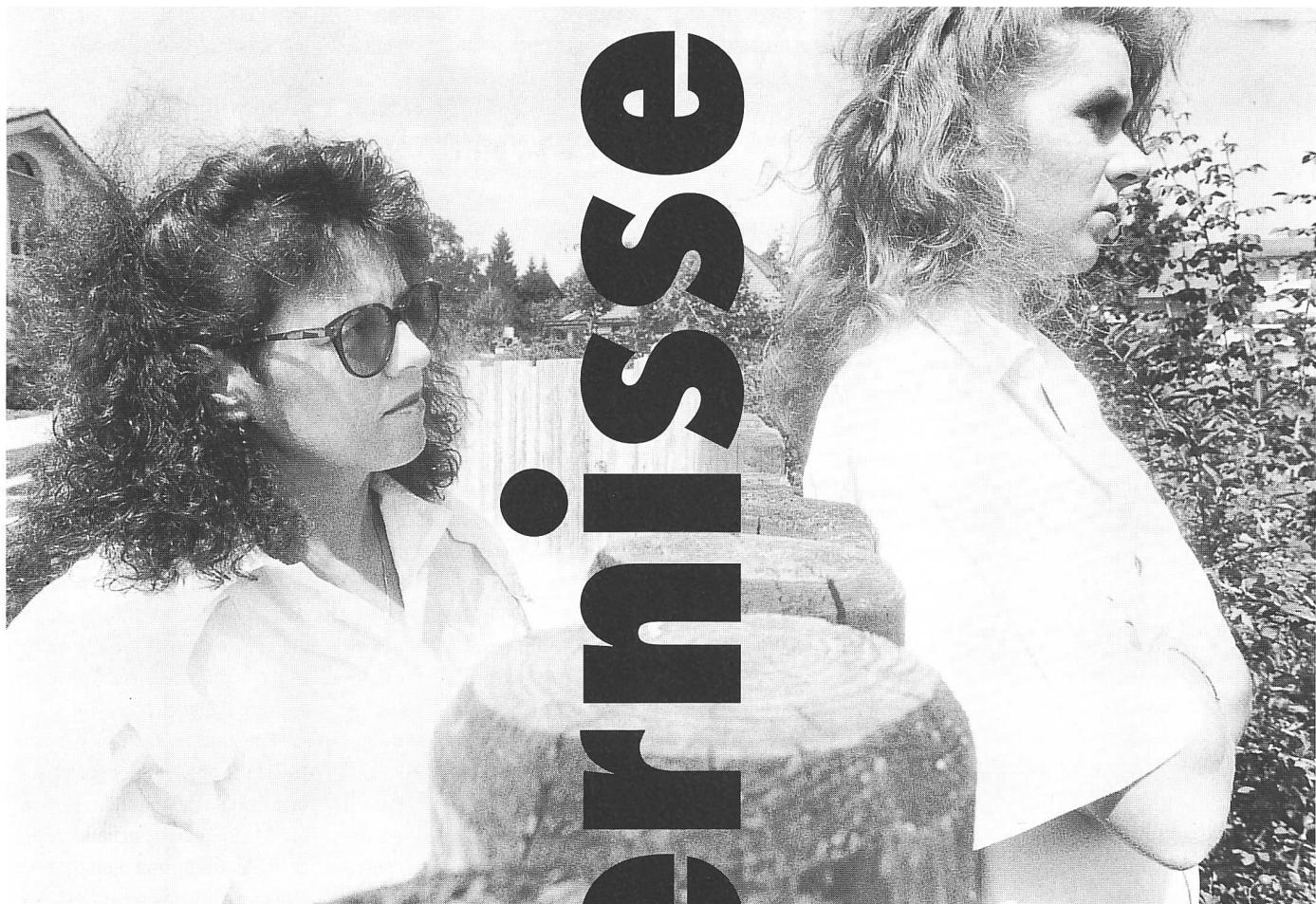
Terms of use

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: 06.02.2026

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

DIAGNOSE UND THERAPIE



Ein Motiv, einen helfenden Beruf zu ergreifen, wird wohl sein, mit Menschen eine bestimmte Art Umgang pflegen zu können. Dieser gewünschte Umgang ist durch eine Beziehung charakterisiert, bei der sich ein Helfer findet, der aufgrund seiner Fertigkeiten und seines Wissens von einem Hilfesuchenden aufgesucht wird. Der Helfer erwartet dabei einen klaren Auftrag, dem er auch entsprechen kann, das heisst: er hat den Anspruch, helfen zu können. Er setzt voraus, dass das Handeln des Hilfesuchenden nicht im Widerspruch zu diesem Auftrag steht, es also zu einer Zusammenarbeit kommt, bei der Helfer und Hilfesuchender an demselben Strick in derselben Richtung ziehen. Der Helfer erhofft sich von einer so vorgestellten Beziehung nicht nur ein Honorar für seine Bemühungen, sondern er definiert damit auch seine Identität und bezieht daraus ein gutes Stück Befriedigung.

Einndernehmen vor der Physiotherapie

Die Gründe sind vielfältig, warum ein Patient nicht zum Therapeuten geht.

Il y a des raisons diverses, pourquoi le patient ne contacte pas le thérapeute.

Sicher gibt es auch in der physiotherapeutischen Praxis Beziehungen, ich möchte sie hier die idealen therapeutischen Beziehungen nennen, wie sie gerade beschrieben wurden. Ich stelle mir zum Beispiel einen Spitzensportler mit Rückenproblemen vor, der seinen sportlichen Höhepunkt für die Olympiade in zwei Jahren geplant hat, wegen seiner Rückenbeschwerden operiert werden musste und nun so schnell wie möglich seine sportliche Karriere wieder aufnehmen und dort anknüpfen will, wo er vor seiner Verletzung stand. Dieser Sportler wird mit grosser Wahrscheinlichkeit mit einem klaren und eindeutigen Auftrag an den Physiotherapeuten herantreten und motiviert am therapeutischen Prozess mitarbeiten. Wenn er dabei realistische Ziele verfolgt, zum Beispiel seinen Körper nicht dauernd überfordert und sich auch genug Zeit für die Heilung lassen kann, hat eine solche Therapie gute Chancen, erfolgreich zu einem Ende geführt zu werden, und hinterlässt nicht nur einen zufriedenen Patienten, sondern auch einen befriedigten Therapeuten.

Solche Beispiele täuschen aber nicht darüber hinweg, dass der physiotherapeutische Alltag allzuoft anders aussieht. Manig-

fach sind zum Beispiel die therapie-resistenten Schmerzsyndrome im Bereich des Bewegungsapparates. Auch diese Patienten suchen zwar brav den Physiotherapeuten auf, es will sich trotz grossem Einsatz in der Therapie aber einfach kein Fortschritt zeigen. Obwohl auch diese Patienten einen klaren Auftrag zu geben scheinen, nämlich bei der Überwindung ihres Leidens zu helfen, entsteht oft schon nach kurzer Zeit in der Therapie für den Therapeuten das vage Gefühl, blockiert zu sein und nicht mehr weiterzukommen. Natürlich hat er zu Beginn der Therapie den Auftrag des Patienten bereitwillig akzeptiert, versprach er sich doch die ideale therapeutische Beziehung, das heisst einen Beziehungsmodus, der den grössten therapeutischen Erfolg und die grösste Befriedigung verspricht. Obwohl in solchen Therapien oft schon sehr früh vieles dafür spricht, dass man sich weit weg von einer idealen therapeutischen Beziehung befindet, ist es häufig, dass zwischen Therapeut und Patient eine Art Stillhalteabkommen geschlossen wird. Das heisst: sie kommen unausgesprochen überein, so zu tun, als ob die oben beschriebene ideale therapeutische Beziehung gegeben sei, und halten diese Illusion aufrecht bis zum allerdings dann abrupten und alle Beteiligten frustriert zurücklassenden Therapieabbruch. Natürlich hat ein solches Stillhalteabkommen zunächst Vorteile; für den Therapeuten habe ich diese bereits teilweise geschildert. Es kommt für ihn, aber auch für den Patienten hinzu, dass die Beziehung zunächst sehr einfach und komplikationslos erscheint. Dies täuscht, gerade auch den Patienten, häufig darüber hinweg, wie komplex seine Situation tatsächlich ist. Die Hartnäckigkeit, mit der beiderseits versucht wird, das Stillhalteabkommen aufrecht zu erhalten, ist ein Hinweis dafür, wie schwierig es ist, sich mit den

realen Gegebenheiten zu konfrontieren. Das So-tun-als-ob-alles-in-bester-Ordnung-wäre hilft, dass sich weder Therapeut noch Patient bezüglich ihrer wahren Motive und ihres tatsächlichen Tuns hinterfragen müssen.

DIAGNOSE UND THERAPIE

Beispiel I

Eine 34jährige Frau erleidet mit dem Auto einen Auffahrungsunfall; wegen der auftretenden Rückenschmerzen wird sie ärztlich abgeklärt, ohne dass wesentliche pathologische Befunde festgestellt werden können. Trotz eingehender physiotherapeutischer Bemühungen bleiben die Beschwerden therapiereistent und die Patientin 100 Prozent arbeitsunfähig, was mit der Zeit zu einer Invalidenrente führt.* Der Mann der Patientin besitzt ein kleines Geschäft, in dem sie mithilft. Infolge der Doppelbelastung stand sie um fünf Uhr auf, ging um Mitternacht ins Bett, ihre zwei Kinder mussten tagsüber in den Hort. Seit dem Unfall beschränkt sich die Belastung der Frau auf den Haushalt, die Kinder können zu Hause bleiben. Sie hat einen einigermaßen vernünftigen Arbeitstag und, was vielleicht am wesentlichsten ist, keine Schuldgefühle mehr, die Kinder tagsüber ausser Haus geben zu müssen.

Konnte das Stillhalteabkommen aufrecht erhalten werden, wäre dieser Fall damit abgeschlossen. Man könnte dann nicht mehr sagen, als dass es sich um therapiereistente Beschwerden gehandelt hat, und der Therapeut kann sich damit trösten, dass man nicht in jeder Therapie erfolgreich sein kann. War er jedoch in der Lage, das Stillhalteabkommen zu brechen, so kommt er zu wesentlichen Informationen, die die Therapiereistenz nicht Therapiereistenz sein lassen, sondern Aufschluss über die wahre Situation der Patientin geben.

Diese zusätzlichen Informationen konnte man nur erhalten, wenn man sich über den Lokal-

befund hinaus interessierte. Sie zeigen, dass die Rückenbeschwerden dieser Frau mit einem enormen Krankheitsgewinn verbunden sind. Dieser Krankheitsgewinn ist unerkannt ein riesiges Hindernis für alle therapeutischen Bemühungen. Bleibt es, als Folge des Stillhalteabkommens, im Dunkeln, so kann die Therapie nicht nur nicht greifen, sondern sie dient sogar, durch ihre Erfolgslosigkeit, der Erhaltung der bestehenden Situation. Der Therapeut gerät also in die paradoxe Lage, dass er, der eigentlich aus seinem Berufsverständnis heraus etwas verändern möchte, mit seinem Tun dazu beiträgt, dass alles beim alten bleibt. Er ist somit, ohne dass er das merkt,

* Beispiel freundlicherweise von Dr. med. A. Weintraub, Zürich, zur Verfügung gestellt.

Coussin CorpoMed®

pour un meilleur appui dans beaucoup de situations

Les coussins CorpoMed® sont extrêmement modelables grâce à leur rembourrage unique: de toutes petites billes remplies d'air. Ces coussins s'adaptent immédiatement à toutes les positions du corps, mais ils ne changent pas de forme si l'on ne le veut pas.



l'escargot: pour réduire les efforts sur la colonne vertébrale lombaire



pour réduire les efforts sur la ceinture cervicale et scapulaire



position latérale, sans rotation de la colonne vertébrale

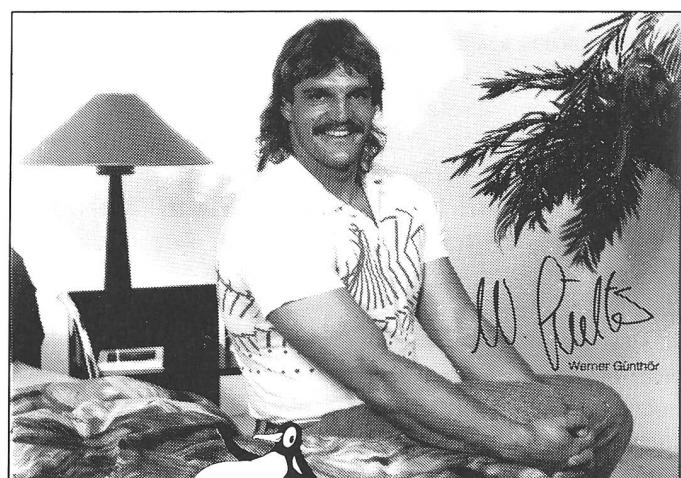
Veuillez envoyer:

- prospectus
- prix, conditions

Timbre:

BERRO SA

case postale, 4414 Füllinsdorf, tél. 061 - 901 88 44



AquaDynamic® Das Wasserbett. Der Gesundheit zuliebe.

AquaDynamic®

Schweizer Qualitäts-Wasserbetten

Gerne senden wir Ihnen eine Dokumentation und eine Liste der autorisierten Fachgeschäfte.

Rufen Sie uns einfach an.

Tel. 055 - 27 95 55, FAX 055 - 274 185, VTX 055 - 27 53 55

TUNTURI® Moderne Geräte für Therapie und Leistungsmessung



preisgünstig und mit einwandfreiem Servicedienst.

- TUNTURI-Ergometer
- TUNTURI-Pulsmessgeräte
- TUNTURI-Laufbänder.

BON

Bite Prospekt und Bezugsquellen-Nachweis senden

PH

Name/Adresse:

GTSM MAGGLINGEN
2532 Magglingen

TEL. 01/461 11 30
8003 Zürich Aegertenstr. 56

PG-B4-6



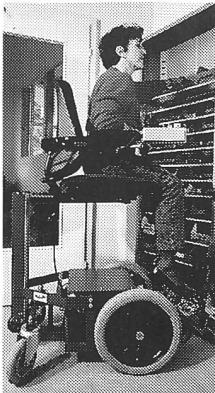
Power Push

entwickelt und fabriziert für Sie in der Schweiz

PP-SKANDI
z. B. mit Lift

- Einmalig wendig und schmal
- Breite nur 55 cm
- Grosse Räder vorne oder hinten
- Für Innen- oder Ausseneinsatz
- 3 Sitztypen zur Wahl
- Hub bis 50 cm
- Ideal als Aufstehhilfe
- DANK LIFT IMMER IN DER RICHTIGEN POSITION

Power Push AG
6064 Kerns
Telefon 041 - 60 96 66



an der Chronifizierung einer Schmerzsymptomatik mitbeteiligt.

Hier stellt sich nun die Frage, wie solche Hindernisse, die unerkannt von einer Therapie bestehen und diese verunmöglichen, frühzeitig transparent gemacht werden können.

Beim Versuch, diese Frage zu beantworten, ist es zunächst hilfreich zu sehen, welche Informationen dem Physiotherapeuten gemeinhin zur Verfügung stehen. Vielfach wird er im Besitze eines mehr oder weniger ausführlichen ärztlichen Zeugnisses sein, das in der Regel die medizinischen Daten und die auszuführende Therapie enthält sowie die dabei zu beachtenden Beschränkungen (zum Beispiel Belastung) angibt. Möglicherweise stehen ihm auch noch Röntgenbilder zur Verfügung. Der Therapeut wird, um sich selbst ein Bild machen zu können, den Patienten untersuchen und so mit seinen diagnostischen Mitteln Befunde erheben.

Damit erhält er eine Fülle von Informationen. Ein Kennzeichen dieser Informationen ist jedoch, dass sie vor allem sehr viel mit dem Lokalbefund zu tun haben und dass die Befunde im Hinblick auf eine zu applizierende Physiotherapie erhoben werden. Damit ist der diagnostische Blick aber schon sehr früh eng geworden, und vieles wird damit ausgetauscht. Zum Beispiel kann kaum mehr sichtbar werden, was das denn für ein Mensch ist, der therapeutische Hilfe sucht, was für ein Verhältnis er zu sich und seiner Umgebung hat und wie er eigentlich zu der gewünschten Therapie steht? Das Starren auf den Lokalbefund verdeckt den Patienten selbst und ist so Bestandteil des beschriebenen Stillhalteabkommens.

Eine ganz andere Untersuchungstechnik ist die sogenannte psychosomatische. Diese Methode ist dadurch gekennzeichnet, dass sie sich nicht primär auf den Befund konzentriert oder danach trachtet, möglichst schnell ge-

naue Anweisungen für eine Therapie zu erhalten, also nicht schon primär auf zukünftiges Handeln ausgerichtet ist. Diese Methode will vielmehr zunächst nichts anderes, als den Menschen, der einem im Sprechzimmer gegenübersteht, kennenlernen und dann in zweiter Linie den Sinn- und Bedeutungsgehalt seiner Beschwerden ergründen. Die psychosomatische Untersuchung verlangt also eine ganz andere Haltung, als man sie in

der somatischen Medizin gemeinhin gewöhnt ist. Sie fokussiert nicht, indem sie sich an einen vorgegebenen Befund hält, der eine bestimmte Therapie verlangt, sondern konzentriert sich auf den ganzen Menschen. Man versucht, den Horizont möglichst offen zu halten und sich den Blick nicht schon durch den Lokalbefund zu verbauen. Der Patient erhält dadurch in seiner Beziehung zum Therapeuten viel mehr Spielraum. So ist es denn

DIAGNOSE UND THERAPIE

nicht erstaunlich, dass Patienten, mit einer solchen Untersuchungshaltung konfrontiert, einem vielfach schon in den ersten Sätzen mitteilen, worum es ihnen eigentlich geht.

Beispiel II

Der 55jährige Patient wurde, in seinem Auto sitzend, von hinten angefahren und erlitt ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule. Drei Monate nach dem Unfall nahm er seine Arbeit wieder zu 50 Prozent auf und steigerte einen Monat später auf 100 Prozent. Nach dieser Steigerung nahmen die Beschwerden mit Schmerzen im Nacken und im Bereich des rechten Armes massiv zu. Kurz nach der vermehrten Arbeitsbelastung erlitt der Patient einen Bagatellunfall im Bereich des V. metacarpale der rechten Hand. Seither verspürte er auch elektrische Sensationen den rechten Arm hinauf. Die Beschwerden blieben nun insgesamt therapieresistent, und knapp zehn Monate nach dem Unfall wird der Patient in eine renommierte Rehabilitationsklinik eingewiesen. Die intensive stationäre Physiotherapie zeigt jedoch nicht die gewünschten Erfolge, und der Patient wird dem psychosomatischen Konsiliarius vorgestellt. Noch bevor dieser das Gespräch eröffnen konnte, fragte der Patient den

Arzt, den er übrigens noch nie gesehen hatte, nach den neuesten Untersuchungsergebnissen (CT der HWS), ob er gute oder schlechte Nachrichten hätte. Er begann dann zu weinen und äußerte, dass er nicht gelähmt im Rollstuhl landen wolle. Dies sei die schlimmste Vorstellung, die ihn quäle und beschäftige. Nach diesem eindrücklichen Beginn der Untersuchung ergaben sich aus der Lebensgeschichte des Patienten weitere interessante Befunde: Er war als junger Mann in Vietnam gewesen und hatte dort Erfahrungen gemacht, über die er sich weigerte zu sprechen. Er erwähnte immerhin, dass es dort nur zwei akzeptable Möglichkeiten gegeben habe: zu sterben oder davonzukommen. Die schlimmste Vorstellung sei gewesen, schwer verletzt zu werden. Er erinnerte sich dann, dass er nach seiner Militärzeit, nach der Heirat mit seiner jetzigen Frau, an einer infektiösen, vier Monate dauernden Krankheit erkrankt war und als Folge während 3 bis 4 Tagen an beiden unteren Extremitäten gelähmt gewesen war.

DIAGNOSE UND THERAPIE

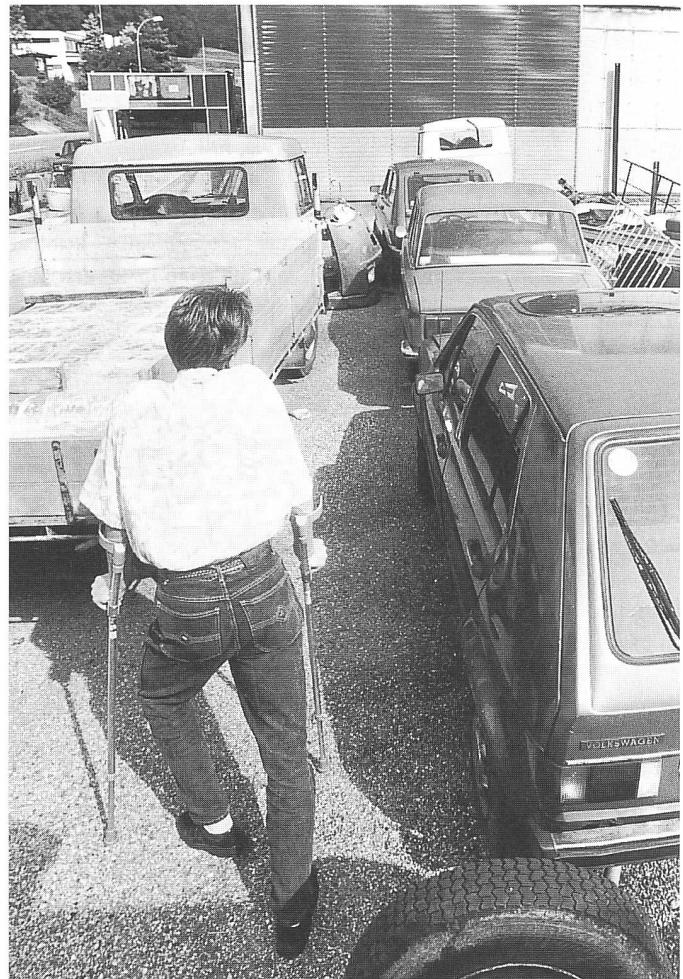
Dieses Beispiel zeigt eindrücklich, wie der Patient schon mit seinem ersten Kontakt enthüllte, wieso die Steigerung der Arbeitsfähigkeit eine derartige Verschlimmerung der Beschwerden mit sich gebracht hatte und wieso die bisherige Therapie nicht greifen konnte. Er hatte Angst, dass er, bei zu grosser Belastung des Halses, plötzlich querschnittsgelähmt im Rollstuhl landen würde. Diese Angst hatte er seit dem Unfall unausgesprochen mit sich herumgetragen. Sie wurde massiv aktualisiert, als er wieder, in Form eines 100-Prozent-Arbeitspensums, voll belasten sollte. Die Bemühungen in der Physiotherapie hatten letztlich das Ziel, diese volle Belastungsfähigkeit zu erreichen, und waren so, ohne dass dies zunächst jemand erkennen konnte, diametral den verborgenen Interessen des Patienten entgegengesetzt, der, motiviert durch die Angst, eine zu grosse Belastung verhindern musste. Die Therapie wurde somit sogar mitverantwortlich dafür, dass die Angst weiter unterhalten wurde. Dass diese Angst nun in der sogenannten psychosomatischen Untersuchung erkannt werden konnte, war aber nur möglich, weil diese Untersuchung nicht beabsichtigte, Befunde zu erheben, die irgendwelche Therapieanweisungen nach sich ziehen sollten, die eine bessere Bewegungsfähigkeit und Belastbarkeit des Halses zum Ziele hatten. Dadurch, dass keine andere Absicht bestand, als den Patienten kennenzulernen, wurde eine Atmosphäre geschaffen, die es dem Patienten erlaubte, sich so zu zeigen, wie er war. Das systematische Aufnehmen der Lebensgeschichte brachte dann

die zusätzlichen Informationen, die die Angst verstehen liessen. So war mit dem Schleudertrauma das aus der Kriegszeit stammende Lebenskonzept des Patienten – entweder davonzukommen oder zu sterben – tangiert worden; zudem hatte er schon einmal erfahren, wenn auch nur für kurze Zeit, was es heisst, gelähmt zu sein.

Dieses Beispiel zeigt sehr deutlich, dass auch Angst ein mächtiges Hindernis vor einer Physiotherapie sein kann. Unbekannt macht sie diese Therapie unmöglich, ja die therapeutischen Bemühungen können sich sogar kontraproduktiv auswirken, das heisst das eigentliche Leiden, hier die Angst, verstärken.

Es drängt sich zunächst die Frage auf, was denn die Aufgabe des Physiotherapeuten bleibt angesichts eines solchen Patienten, ob er zum Beispiel überhaupt noch eine Aufgabe hat. Meine Meinung hier ist klar: Die Aufgabe des Physiotherapeuten hört bei einem solchen Patienten nicht auf, sondern beginnt dort erst recht.

Ausgehend vom folgenden Beispiel, lässt sich gut veranschaulichen, dass diese Aufgaben sowohl diagnostischer als auch therapeutischer Art sind.



*Der mechanische Bezug:
Patienten heilen = Auto flicken.*

*La relation mécanique entre le patient
et une auto qui ne fonctionne pas.*

Beispiel III

Der 60jährige Patient stürzte bei der Arbeit von einer 2,5 Meter hohen Leiter auf den Hinterkopf. Er wurde notfallmäßig hospitalisiert, und man stellte zunächst die Diagnose einer Comminatio cerebri und einer Ellenbogenkontusion rechts. Subjektiv klagte der Patient über blitzartig einfahrende elektrische Sensationen im Bereich des linken Oberschenkels, einen stiefelförmigen Ausfall der Sensibilität des linken Unterschenkels mit Niveau in der Kniekehle sowie eine Minderung der Kraft in der ganzen linken unteren Extremität. Klinische neurologische Abklärungen inklusive

CT des Kopfes und der Wirbelsäule, ein EEG und eine Myelographie ergaben keine Befunde, die diese Symptomatik hätten erklären können. Im Spital fielen die grossen Schwierigkeiten auf, den Patienten aus dem Bett zu mobilisieren. Nach drei Wochen Hospitalisierung trat der Patient mit unvermindert starken subjektiven Beschwerden, an zwei Stöcken gehend, aus dem Spital aus und besuchte dreimal wöchentlich eine ambulante Physiotherapie. Nach einem Monat Behandlung wurde der Patient, nach wie vor an den Stöcken gehend, in eine Rehabilitationsklinik eingewiesen.

Hier stellte sich zunächst die Frage, warum die bisherigen Therapien erfolglos gewesen sein könnten. Allein schon die Frage nach dem Warum dieser Therapieresistenz öffnete den Blick für den Patienten selbst, half, sich vom Lokalbefund zu lösen (hier vor allem ein stockpflichtiges

Gehen, das unklare neurologische Bild und die Kraftminderung in der linken unteren Extremität) und sensibilisierte für Befunde, die zwar schon immer dagewesen waren, wegen des zu engen Blickwinkels aber nicht wahrgenommen und gewichtet werden konnten.

Beispiel IV

Die Physiotherapeutin realisierte, dass sie nicht einfach ein pathologisches Gangbild, sondern einen zutiefst verunsicherten Mann vor sich hatte, der sich mit Hilfe seiner Stöcke verzweifelt zu sichern versuchte und überzeugt war, dass er nur mit einer Vierpunktstützung einigermassen aufrecht zu gehen vermochte. Der Patient teilte sich jedoch nicht nur mittels seiner Körpersprache mit, sondern er erzählte sogar jedem, der dies hören wollte,

dass er panische Angst habe zu stürzen. Bereits früh nach dem Unfall hatte er auch immer wieder erwähnt, dass er praktisch jede zweite Nacht träume, aus grosser Höhe auf den Hinterkopf zu stürzen. Die Träume wiederholten auf eine hyperrealistische Art und Weise immer wieder das Unfallereignis. Aus diesen Träumen erwachte er dann jeweils mit einem heftigen migräniformen Kopfweh, das ihn bis weit in den Nachmittag hinein quälte.

Mit diesen Befunden hatten wir nun plötzlich einen Patienten vor uns, der nicht vor allem nur durch ein rätselhaftes neurologisches Bild imponierte, sondern durch eine über grosse Angst, dass sich das Unfallereignis, der Sturz, jederzeit wiederholen könnte. Träumend vollzog er dieses Stürzen sogar – ein nachträgliches Ereignis, das ihn in Form der Kopfschmerzen bis weit in den Tag hinein begleitete und beinahe invalidisierte. Damit war die Frage nach dem Warum der Therapieresistenz geklärt. Die Angst, die, geblendet durch einen faszinierenden und unklaren Lokalbefund, zunächst niemand wahrnehmen konnte, stand unüberwindbar vor jeder therapeutischen Bemühung. In diesem Zusammenhang bekam auch plötzlich die so nebenbei gemachte Beobachtung, dass der Patient nur mit grossen Schwierigkeiten wieder aus dem Spitalbett zu mobilisieren war, ihren feinen Sinn: Wer im Bett liegt, kann nur sehr schwer stürzen.

Eine Therapie muss sich hier, wenn sie etwas ausrichten will, an dem von Angst beherrschten Patienten orientieren. Dies ist zunächst einmal eine psychotherapeutische Aufgabe. In Frage käme hier zum Beispiel das katasthyme Bilderleben (ein Tagtraumverfahren), mit Hilfe dessen der Patient, gestützt durch den Therapeuten, mit seiner Angst konfrontiert wird und lernen kann, dieser standzuhalten.

Parallel dazu halte ich es aber für nötig, dass weiterhin körperlich, dass heisst hier physiotherapeutisch, behandelt wird. Auch hier muss jedoch nun die Angst im Zentrum der Aufmerksamkeit des Therapeuten stehen. Er muss dafür sein gewohntes therapeutisches Instrumentarium (Gehschule im Trockenen und im Wasser, Kräftigung der Muskulatur usw.) nicht über Bord werfen, sondern kann dieses verwenden, nunmehr aber mit anderen Prioritäten: Es wird nicht mehr

DIAGNOSE UND THERAPIE

darum gehen, möglichst schnell einen stockfreien Gang zu erreichen, sondern gehend den Patienten schrittweise auch hier mit seiner Angst zu konfrontieren, mit ihm die angstmachende Situation, zum Beispiel beim Üben mit einem Stock, auszuhalten. Es wird nicht primär das Ziel sein, möglichst schnell Muskelmasse zu bilden, sondern vielmehr Selbstvertrauen. Gerade hier eignet sich die Physiotherapie hervorragend, kann doch der Patient unmittelbar erleben, dass er zum Beispiel doch eine gewisse Standfestigkeit hat, ein Faktum, das er sich gar nicht mehr zugetraut hat.

Ausgehend von der Beschreibung der idealen therapeutischen Beziehung, versuchten wir zu zeigen,

Adressänderungen

Adressänderungen betreffend die Zustellung des «Physiotherapeuten» bitte an folgende Adresse senden:

Mutations

Changements d'adresse concernant l'envoi de la revue «Physiothérapeute» à envoyer à l'adresse suivante, s.v.p.:

Cambiamenti

I cambiamenti d'indirizzo riguardanti l'invio della rivista «Fisioterapista» devono essere notificati al seguente indirizzo:

SPV-Geschäftsstelle, Postfach, 6204 Sempach-Stadt



VISTA
WELLNESS



**BIETET ERFOLGREICHE
ARTIKEL FÜR DIE AKTIVE
BEWEGUNGSTHERAPIE
UND VORBEUGUNG**



DIE IDEE
MIT
DEN RICHTIGEN
PRODUKTEN

VISTA
WELLNESS

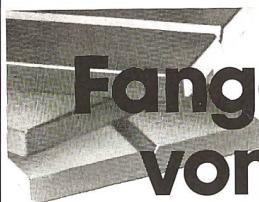
Langendorfstrasse 2
CH-4513 Langendorf
Tel. (065) 38 29 14
Fax (065) 38 12 48

Bitte senden Sie mir Ihre Unterlagen

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____



Fango Paraffin von PINIOL

garantiert
konstante
Wärme



Erhältlich in 2 Sorten

Fango Paraffin F für Auslaufgeräte
Fango Paraffin S für Schöpfgeräte



PINIOL AG

Fournisseur officiel de la
Fédération Suisse de Ski



Erlistrasse 2, 6403 Küssnacht a.R.
Bestellung: 041/81 62 55

Ergo – eine Wohllage für Körper und Geist

Schon eine kurze Entspannungspause wirkt regenerierend auf Körper und Geist. Der in Zusammenarbeit mit einem namhaften Ergonomen entwickelte Multifunktions-Sessel Ergo lässt Sie wieder fühlen, was entspannt sein heißt. Durch einfachen Handgriff können Sie Ergo in fast jede beliebige Position bringen, bis Sie Ihre optimale Entspannungshaltung gefunden haben. Rückenlehne und Fußteil lassen sich unabhängig voneinander stufenlos verstehen. Ergo erhalten Sie in Leder und in diversen modischen Stoffbezügen.



Fordern Sie den
ERGO-Prospekt an.

VOGEL
Das Rücken-
freundliche
Vergaudhant

Schwimmbadstr. 43 - 5430 Wettingen
Telefon 056 26 11 30 - Telefax 056 27 23 83

GESUND SITZEN UND LIEGEN