

Physikalische Therapie

IN
THEORIE
UND
PRAXIS

Nr. 6 /1990
11. Jahrgang
ISSN 0178-9201
C2599 E

Offizielles Organ
des Verbandes
Physikalische
Therapie —
Bundesvereinigung
für Masseure,
Masseure und
med. Bademeister,
Krankengymnasten
e.V.
Fachzeitschrift für
Fortbildung,
Berufspolitik,
Gesundheitspolitik

Postoperative

Situation beim

Mammakarzinom

Physikalische

Therapie bei

Sklerodermie

Atemtherapie

Cervikale

Extensionsmassage

Sportphysio-

therapie aktuell



**DER WEG
IN DIE ZUKUNFT**

senden von Trainierenden überprüft und verbessert worden.

Nach dem Erzielen bzw. Wiederherstellen des ursprünglichen Muskelquerschnitts hat sich auch der etwas langsamere, durch die vorhergegangene Muskelatrophie demineralisierte Stoffwechsel der Knochen meistens wieder normalisiert.

Nun ist es soweit, die mittlerweile optimierte Durchblutung und den wiederhergestellten Muskelquerschnitt zu innervieren.

Der Reiz für ein solches Krafttraining sollte möglichst nicht unter 90% der maximalen Belastbarkeit liegen. Selbstverständlich ist hier die gleiche Voraussetzung notwendig, wie bei der Therapie der Muskelatrophie: optimale Versorgung

der Durchblutung, entsprechende Aufwärmung und Dehnung. Nach der Ermittlung der maximalen Kraft führt der Patient nur die maximale Anzahl der ihm möglichen vollständigen Wiederholungen aus. Nach einer Pause von ca. 3 – 5 Minuten, je nach Muskelgröße bzw. der Anzahl der gleichzeitig belasteten Gelenke, führt der Patient jetzt einen weiteren Satz mit allen möglichen vollständigen Bewegungsabläufen durch – allerdings erhöht sich in diesem und in den folgenden Sätzen das Trainingsgewicht jeweils um ca. 5%, gerechnet vom Anfangstrainingsgewicht (90% der maximalen Kraft). Dieser Trainingsvorgang wiederholt sich so lange, bis der Patient in einem Satz weniger als 3 vollständige Wiederholungen ausführen kann, dann ist das Training

beendet. Aufgrund der durch dieses Training ausgelösten Reize, unter Berücksichtigung der hohen Belastung von 90% der maximalen Belastbarkeit und deren Wirkung auf Sehnen und Bänder ist eine ausreichende Erholung erforderlich. Daher soll dieses Training indikativ nur 1mal wöchentlich durchgeführt werden.

Die somit in groben Zügen beschriebene Methode ist das Ergebnis von 8 Jahren Trainingsforschung und unzähligen, verblüffenden Ergebnissen.

Anschrift des Verfassers:

*Enzo Materia
Instruktor für Leibesübungen
Ärztl. geprüfter Physiotherapeut
Sorststraße 10 A
3000 Hannover 1*

ÜBERSICHT

Reflexologie: Ein Streifzug durch die Reflexzonentherapie von gestern und heute

von Peter Bouchette

Warum überhaupt dieses Thema?

Als jemand, der sich seit vielen Jahren mit den verschiedenen Reflexzonentherapien auseinandersetzt, kam ich auf den Gedanken, es kann ja eigentlich gar nicht sein, daß all diese verschiedenen Therapien über verschiedenartige Behandlungsmuster arbeiten – und auch noch erfolgreich arbeiten. Irgendwo muß es doch einen Konsens geben zwischen all den Therapien, den absoluten Maximalpunkt, den brauche ich nur zu reizen, einzuschalten, und damit habe ich alle Reflextherapien angewandt, die es überhaupt gibt.

Um das aber zu verstehen, um diesen Maximalpunkt zu erkennen, müssen wir uns einmal ganz kurz mit den einzelnen verschiedenen Reflexzonentherapien aus-

einandersetzen. Und hier beginnt schon das nächste Dilemma. Wo soll man anfangen und wo aufhören, wo die Begrenzungen setzen. Was zählt noch zu einer Reflexzonentherapie und was nicht.

Für unseren Berufsstand sollte man sich sicherlich nur auf die entsprechenden Massagearten festlegen. Daß es darüber hinaus selbstverständlich auch Behandlungsmethoden gibt, die der Reflexzonentherapie eigentlich hinzugerechnet werden müssen, sollte nur der Vollständigkeit halber erwähnt werden. Denken Sie hierbei einmal an die bekannte Neuraltherapie nach Huneke oder aber an intraartikuläre und periartikuläre Injektionen, wie sie von Tilscher und Eder beschrieben werden. Selbstverständlich ge-

hören auch osteopathische und chirotherapeutische Techniken in die Reflextherapie.

Selbst in unserem Fachbereich fällt schon die Abgrenzung der Reflextherapie sehr schwer. Man kann eine Fango-Packung reflektorisch einsetzen, aber auch die Elektrotherapie.

Wollen wir aber nun mit der Betrachtung der einzelnen Massagen bzw. Reflexzonenmassagen beginnen.

Die erste *Reflexzonenmassage*, die wir im europäischen Raum kannten, wurde von dem Leipziger Arzt Dr. Ball Mitte des 15. Jahrhunderts beschrieben. Diese Behandlungstechnik ist allerdings nicht überliefert und daher nicht mehr reproduzierbar.

**Neu-
Bezüge**

fertigen wir für
Massage- und
Gymnastik-,
Untersuchungs-
Liegen, Stühle
und Sessel

**Kunstleder-
Reparatur-
Service**

Hans Mangold
Veilchenstraße 3
7513 Stutensee 1
Telefon
(07244) 915 75

**Hans
Mangold**

Die nächste Behandlungstechnik, die aufkam, war die *Nervenpunktmassage* nach Cornelius. Der Grundgedanke ist hier: Ein jeder Nervenpunkt ist die Folge einer mechanischen Behinderung der Nervenfasern und muß als rein mechanische Ursache einer vorausgegangenen Läsion des Gewebes angesehen werden. Cornelius behandelte diese Punkte so lange, bis sie alle absolut schmerzfrei waren. Bei den meisten Patienten kam er auf eine Anzahl zwischen 80 und 110 Punkten. Die Behandlungsdauer betrug pro Sitzung 15 bis 30 Minuten, eine Anzahl von 80 bis 90 Behandlungen war nichts Außergewöhnliches bei ihm.

Da es im anatomischen Sinne keine Nervenpunkte gibt, geriet diese durchaus gute Massagetechnik wieder in Vergessenheit. Die sogenannten Nervenpunkte nämlich stellen entweder Myogelosen oder reflektorisch bedingte, organbezogene Schmerzpunkte dar.

Die *Bindegewebsmassage* ist die klassische Reflexzonenmassage schlechthin. Elisabeth Dicke entdeckte diese Massagetechnik 1929 aufgrund ihrer eigenen Erkrankung. Sie litt an der Morbus Winiwarter-Buergerschen Erkrankung des rechten Beines. Diese spezielle Zugtechnik im Bindegewebe oder am Bindegewebe – hierüber streiten sich nämlich Dicke und später Teirich-Leube – arbeitet über den cutiovisceralen Reflexbogen. Frau Hede Teirich-Leube wurde 1938 Mitarbeiterin von Frau Dicke an der Freiburger Universitätsklinik unter Leitung von Prof. Dr. W. Kohlrausch.

Heikerts und Groß konnten den wissenschaftlichen Beweis für die Bindegewebzonen und die Wirkung der Bindegewebsmassage durch Wärmeleitmessung erbringen. Grundsätzlich wird diese Therapieform erst oberflächlich angewandt, bevor man in die tieferen Gewebeschichten eindringt. Wichtig ist auch der Grundsatz der kaudokrinalen Ausrichtung der Behandlung. Man beginnt in der Lumbosakralregion, weil hier nur wenige segmentale Organprojektionen liegen und damit eventuell anfängliche

therapeutisch ausgelöste Irritationen nicht so stark wirken. Durch die langsam kranialwärts steigende Therapie werden sozusagen die höheren Etagen auf die Behandlung vorbereitet. Die paravertebral verlaufenden Rezeptoren des Vegetativums können den langsamen Behandlungsaufbau somit besser umsetzen.

Das Indikationsgebiet der Bindegewebsmassage ist sehr umfassend. Es reicht von der Arthrosis deformans über Epikondylitiden bis hin zum Sudeckschen Syndrom. Auch neurologische Erkrankungen und Gefäßerkrankungen sowie Organbehandlungen lassen sich vorzüglich mit der BGM behandeln. Als Kontraindikation gelten selbstverständlich Gelenksbeschwerden mit akut entzündlichen Prozessen, Infektionserkrankungen sowie bösartige tumoröse Erkrankungen.

Die *Periostmassage* nach Prof. Dr. Paul Vogler wurde 1930 das erste Mal beschrieben. Er entdeckte bei visceralen Erkrankungen Eindrückungen am Periost, die organbezogen waren. Die Periostmassage wird mit punktförmigen kreisenden Bewegungen im Periost ausgeführt. Wie man sich hineinschraubt mit dem Finger, so muß man sich auch langsam wieder aus dem Periost herausziehen.

Zur gleichen Zeit beschrieb Joachim von Putkamer: »Organbeeinflussung durch Massage, eine Form moderner Reflextherapie«. Von Putkamer hatte speziell eng umschriebene Bezugzonen auf dem Rücken den Organen zugeordnet. Seine Methode besteht darin, Disharmonien wieder auszugleichen, Eindrückungen und Einziehungen zu detonisieren, Aufquellungen hingegen zu tonisieren.

Die *Segmentmassage* wurde begründet von Gläser und Dalicho. Das wissenschaftliche Fundament der Segmentmassage (ich zitiere hier Gläser/Dalicho): »Segmentmassage ist eine manuelle Therapieform. Sie macht sich die bestehenden Wechselbeziehungen zwischen den Hautbezirken, den Muskeln, Gefäßen, Knochen und dem Bindegewebe einerseits sowie den inneren Organen, soweit sie von dem gleichen Innervationsseg-

ment versorgt werden, andererseits für die Behandlung nutzbar«. Günther Quilitzsch hat diese Therapieform im bundesrepublikanischen Raum bekanntgemacht.

Die Segmentmassagetechnik beachtet fünf verschiedene Spannungszustände.

1. Die Headschen Zonen. Head, britischer Arzt und Forscher, beschrieb als erster Ende des vorigen Jahrhunderts die nach ihm benannten Schmerzzonen der Haut bei Erkrankungen innerer Organe.
2. Die oberflächliche Hautspannungsvermehrung. Hier werden die Spannungsveränderungen in der Haut behandelt.
3. Die Mackenzieschen Zonen. Mackenzie, britischer Arzt und Forscher, beschrieb als erster Ende des vorigen Jahrhunderts die nach ihm benannten Zonen der erhöhten Spannung in der Muskulatur des Stammes bei Erkrankungen innerer Organe.
4. Die Tiefenspannungsvermehrung. Hier werden hauptsächlich die organbezogenen Hartspanne angegangen.
5. Und schließlich zum Schluß die Maximalpunkte, tiefsitzende Schmerzpunkte, die von der Haut bis ins Periost reichen können.

Das Besondere der Methode ist, daß diese fünf vorgenannten Punkte speziell nach dem Segmentschema nach Hansen und Schliack behandelt werden. Nach diesem Segmentschema wird auch seit langem in der DDR sehr hervorragend gearbeitet. Gläser/Dalicho kam ja aus der DDR. Heute wird dieses Wissen weitergegeben, hauptsächlich durch die Physiotherapeutin Knaut, die Ärztinnen Frau Dr. Einers und Frau Dr. Bruhn, alle an der Medizinischen Klinik Dresden tätig.

Die *Reflexzonentherapie* von Jost Thomas bezieht sich auch hauptsächlich auf die Segmentbehandlung. Thomas hat in seinen Arbeiten über die Reflexzonentherapie das Behandlungsfeld allerdings sehr erweitert. Durch besondere Grifftechniken behandelt er z. B. sehr viele Erkrankungen der oberen Luftwege. Sein Behandlungsspektrum geht aber darüber hinaus bis hin zur Hörsturzbehandlung,

Reha-Tech

vom Therapeuten
für Therapeuten

preisgünstige

- Massage- und Therapieliegen
- Trainingsgeräte
- Schlingentische und
- Zubehör

Anfragen bitte an:

Josef Stiefenhofer
Eglofstal 31
7989 Argenbühl
oder telefonisch
07566 / 21 89

Stimmbandlähmungen, Nachbehandlungen von Strumaoperationen oder sportphysiotherapeutische Maßnahmen und sportmedizinische Verletzungen bis hin schließlich in die Geriatrie. Auch werden bei Thomas sehr viele Behandlungen mit Elektroreflexmaßnahmen durchgeführt.

Als nächstes möchte ich auf die Behandlungsmethode des Dr. Marnitz eingehen. Marnitz beschreibt in seinem Buch »Die ungenutzten Wege der manuellen Behandlung« sehr ausführlich klein zirkulierende Massagegriffe auf Maximalpunkten mit einer Kombination von bewegungstherapeutischen Maßnahmen, die hauptsächlich in der Behandlung von Störungen im Bewegungsapparat eingesetzt werden.

Seine von ihm beschriebenen segmentalen Schlüsselzonen müssen immer zuerst behandelt werden, um das eigentliche primäre manifeste Erkrankungsgebiet auf die Behandlung vorzubereiten. Diese Fernwirkung sorgt für die notwendige Vordetonisierung des Gewebes und der Endstrombahnen, um anschließend in die wirkungsvolle Tiefe des primären Ortes der Erkrankung zu gelangen.

Als nächstes möchte ich kurz auf die Triggerpunkte bzw. Referenzzonen eingehen. Travel und Simons, die sich ganz speziell mit dieser Triggerpoint-Problematik auseinandergesetzt haben, führen aus, daß es vor allen Dingen dann über die lokale Druckschmerzhaftigkeit hinaus zu fortleitenden Schmerzen kommt, wenn in irritierten Muskeln viele Fasern von einer Überspannung getroffen sind. Man unterscheidet zwei Arten von Triggerpunkten: einmal die, die sich dann erst zeigen, wenn sie mechanisch gereizt werden, und die andere Art von Triggerpunkten, die sich bereits bei physiologischen Belastungen zeigen und in die Referenzzonen ausstrahlen.

Ich glaube, man muß bei der Methode Marnitz, bei der Segmentmassage und der Nervenpunktmassage überall dort, wo also von Maximalpunkten gesprochen wird, immer an die Definition Triggerpunkte denken.

Jetzt möchte ich mich kurz mit der *Akupunktmassage* nach Penzel beschäftigen. Penzel legt die Meridianverläufe der klassischen chinesischen Akupunktur zugrunde. Das Prinzip der Akupunktur ist schlechthin der Energieaustausch bzw. das Energiegleichgewicht zwischen allen Meridianen. Die Akupunktur geht davon aus: nur wenn die Energie in allen Meridianen gleichmäßig fließt, ist der Mensch gesund. Bei Penzel werden die Meridiane mit einem Metallstäbchen durchgezogen, so daß die Energie in den Meridianen gleichmäßig fließen kann. Hinzu kommen – falls es notwendig ist – selbstverständlich einige Punktreizungen. Diese geschehen entweder mechanisch oder elektrisch.

Quilitzsch behauptet in seinem Buch »Technik der Segmentmassage«, daß die alten Meridianverläufe die Vorläufer der Segmentzonen wären. Wenn man sich aber beide Systeme einmal genauer ansieht und gegenüberstellt, muß man feststellen, daß das eine mit dem anderen gar nichts zu tun hat. Meridianverläufe sind sagittal angeordnet, Segmentzonen hingegen vorwiegend horizontal.

Als letztes lassen Sie mich auf die Reflexzonen nach Fitzgerald eingehen. Fitzgerald stellte erstmals seine Reflexzonen-therapie 1916 in den Vereinigten Staaten vor. Sie beruht auf dem Gedanken der Sagittalschnitt-Therapie. Fitzgerald hat den Menschen gedanklich in zehn Sagittalschnitte unterteilt. Die Sagittalabschnitte werden von medial nach lateral nummeriert. Alles, was innerhalb eines Sagittalschnittes anzutreffen ist, korrespondiert miteinander und kann somit auch von allen Punkten innerhalb dieser Zone behandelt werden.

Dr. Reilly und die Masseurin Eunice Ingham fanden heraus, daß ein Teil dieser Zehn-Sagittalschnitt-Therapie besonders wirkungsvoll war, und zwar die Reflexzonen-therapie am Fuß.

Kommen wir nun zur Schlußbetrachtung all dieser verschiedenartigen Reflexzonen-therapien. Der Ausgangspunkt war klar: Wo finde ich den Maximalpunkt,

wo finde ich die Superpunkte, mit denen ich möglichst das Organ oder das Bewegungssegment optimal behandeln kann? Legt man nun alle Meridianverläufe, Segmentabschnitte, Sagittalschnitte und was es da sonst noch gibt übereinander, so gibt es eigentlich ein verwirrendes Bild. Es gibt keine klar erkennbaren Strukturen. Es sieht aus wie ein Schnittmusterbogen, den nur die Fachfrau bzw. der Fachmann wirklich unterscheiden kann.

Es gibt Kreuzungspunkte, die habe ich mir natürlich sehr genau daraufhin angesehen, ob ich dort wirklich den absoluten Maximalpunkte finde. Ich finde den Maximalpunkt nur für die jeweilige Therapie, und das muß zum ganz klaren Verständnis gesagt werden. Man kann also nicht die einzelnen Therapien miteinander vermischen. Man kann auch nicht hingehen und sagen, ich habe nun die Superpunkte gefunden. Ich wollte sie finden, weil ich alle Therapieformen in einer optimal-kausalen Methode vereinen wollte. Aber ich muß Sie enttäuschen. Ich bin der festen Überzeugung, daß jede Reflexzonen-therapie für sich alleine ihre Wirkungsweise hat und auch ihre Berechtigung. Wie sagte schon der bekannte Kliniker Ernst von Leyden (1832–1920), Berlin: Jede Heilmethode hat ihr eigenes Feld der Wirksamkeit, ihre eigenen Indikationen und nicht selten ihr eigenes Publikum. Fragen Sie mich also heute bitte nicht, welche Reflex- oder Segment- oder sonstige Massage die wirkungsvollste ist. Sie müssen entscheiden, mit welcher Therapiemethode Sie am besten zurechtkommen.

Jede Behandlung hat auf ihre spezielle Art eine reflektorische Wirkung, so wie jeder Bewegungsablauf einen neurophysiologischen Prozeß auslöst.

Wir werden es wohl kaum je ganz aufklären können, welche reflektorischen Gesamtzusammenhänge den Menschen durchweben und durchspinnen. Wir müssen uns vielleicht wie die Kybernetiker bescheiden, die schon lange den Black-box-Begriff als Tatsache anerkannt ha-

G E B R A U C H T G E R Ä T E

Chiroygmnastikbank – Elektrotherapiegeräte z.B. Interferenzstromgerät – diverse Massagebänke
Fangoöfen – Wärmeschränke – Heißluftgeräte – Kosmetik- und Fußpflege – sowie diverse andere
Gebraucht- und Vorführgeräte zu verkaufen.

Medizintechnik R. REISCH · Telefon (089) 18 80 56

ben, daß es ein Input und Output gibt, aber das eigentliche Geschehen in der Blackbox sie auch nicht aufdecken können. Ich kann Ihnen nur dringend raten aus eigener Erfahrung, wenn Sie eine Art Reflexzonentherapie machen, dann bleiben Sie bei der Art und versuchen Sie nicht, bei der gleichen Behandlung eine andere reflektorische Wirkung mit hineinspielen zu lassen. Denn nämlich irgendwo scheint diese Blackbox auch mit Reizüberflutungen nicht mehr fertigzuwerden, und sie schaltet einfach ab.

Denken Sie immer an die Arndt-Schulzsche Regel: kleine Reize fördern, große hemmen und größte lähmen.

Gerade heute sollten wir auf die Effizienz der Reflexzonentherapie hinweisen. Einerseits die Politiker und Kassenvertreter wegen der günstigen Kosten-

struktur und andererseits die Ärzte und Patienten wegen der hervorragenden Nebenwirkungsfreien Anwendungsmöglichkeit – auch bei Organerkrankungen. Wenn wir uns in Zukunft diesbezüglich nicht besser darstellen, wird die Reflexzonentherapie – gleichwelcher Art – an Bedeutung verlieren.

Literaturverzeichnis

- Cornelius, A.*, »Nervenzpunkte«, Karl Haug Verlag, Heidelberg, 1980
Enderlein, K., »Klassische Reflexzonentherapie – Die Bindegewebsmassage«, Arbeits-Scriptum, Eigenverlag, 1989
Knauth, K., Reiners, B., Huhn, R., »Physiotherapeutisches Rezeptierbuch«, Steinkopff Verlag, Darmstadt, 1983
Marnitz, H., »Ungenutzte Wege der ma-

nuellen Behandlung«, Haug Verlag, Heidelberg, 1985

Marquardt, H., »Reflexzonenarbeit am Fuß«, Haug Verlag, Heidelberg, 1987

Penzel, W., »Akupunkt-Massage«, Eigenverlag, 1975

Quilitzsch, G., »Technik der Segmentmassage«, Müller & Steinicke Verlag, München, 1975

Thomas, »Reflexzonentherapie«, Sonderdruck 3/78 aus der Orthopädischen Praxis

Tilsche, H., Eder, M., »Reflextherapie«, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1989

Anschrift des Verfassers:

Peter Bouchette
 Masseur u. med. Bademeister
 Josef-Suwelack-Weg 41
 4400 Münster

BUCHBESPRECHUNG

Funktionelle Entspannung – Theorie und Praxis einer organismischen Entspannung über den rhythmisierten Atem.

Von Marianne FUCHS. Mit einer Einführung von Eckart Wiesenhütter und einem Anhang über »Psychoanalytische Aspekte der Funktionellen Entspannung« von Rolf Johnen und Hans Müller-Braunschweig.

4., überarbeitete und erweiterte Auflage 1989. 200 S., 15,5 x 23 cm, kart., DM 48,—. ISBN 3-7773-0951-6
 Hippokrates Verlag, Stuttgart

Die »Funktionelle Entspannung« ist eine tiefenpsychologisch bezogene, psychosomatische Therapiemethode zur Überwindung von körperlich funktionellen und seelischen Störungen.

Fehlverhalten, das zu neurovegetativen Fehlsteuerungen führt, wird im therapeutisch-dialogischen Umgang mit dem Körpererleben erspürt. Das gelingt vorwiegend durch Entspannen und kleine Reize, die an den »autonomen Atemrhythmus« gebunden sind. Die Therapie macht antriebssicherer durch Stärkung der Person. Veränderungen im Körpererleben werden durch sprachlichen Austausch bewußt gemacht. Psychosomatische Zusammenhänge,

Konflikte und Verhaltensweisen werden dadurch deutlich und verarbeitet. Ein verbessertes funktionelles und psychosoziales Gleichgewicht wird angestrebt.

Neben dem Einsatz als therapeutisches Verfahren – bei Kindern spieltherapeutisch – ist die »Funktionelle Entspannung« auch als psychohygienisch-präventive Methode anwendbar. Die jetzt aufgelegte 4. Auflage wurde von der Autorin überarbeitet und im Anhang ergänzt durch das Kapitel »Psychoanalytische Aspekte der Funktionellen Entspannung«.

Dieses Buch beabsichtigt, die Entstehung und Entwicklung der »Funktionellen Entspannung« darzustellen und ihren Ort innerhalb der Psychotherapie zu zeigen. Im Zentrum der Methode steht die Rolle des Körpers, »mit dem der Mensch erlebt, erleidet, sich verhält, Dasein verwirklicht«. Ein gestörter Atemrhythmus soll in dieser Therapie durch methodisches Auflösen von Fehlverhalten in Ordnung kommen, ohne daß das Atmen bewußt gemacht wird.

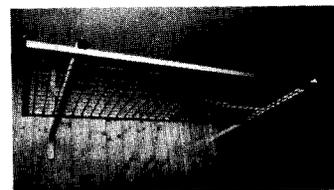
Das Buch wendet sich sowohl an Ärzte wie auch an Therapeuten, Patienten und Schüler der Autorin. Voraussetzungen für das Verständnis ist die Einsicht, daß unbewußte Motivationen und unbewußte Vorgänge unser Verhalten wesentlich bestimmen.

Aus dem Inhalt: Theoretischer Teil: Entstehungsgeschichte, Grundlagen der Methode, Die

Haltung des Therapeuten, Psychosomatische Aspekte, Das Entspannen, Der Rhythmus, Die aufrechte Haltung, Das Verstehen, Die Funktionelle Entspannung als Lernprozeß, Die Spielregeln, Das Üben, Die verbale Verständigung; Praktischer Teil: Der Organismus und seine Bereiche, Das Skelett, Die Wirbelsäule, Innenräume, Grundrhythmus, Die Haut, Die Stimme, Die bildhaften Vorstellungen; Kasuistik: Kindertherapie, Asthma bronchiale, Sprechstörungen, Gestörte Liebesbeziehungen, Anwendung der Funktionellen Entspannung bei der »natürlichen Geburt«, Falldarstellungen, Abgrenzung zu anderen Verfahren. Psychoanalytische Aspekte der Funktionellen Entspannung.

Bruno Blum, München

Gemeinsame Fachtagung
 der VPT-Referate
 ML/KPE und Bewegungstherapie
 »Das operierte
 Mammakarzinom«
 9. Juni 1990 · Hannover
 Programm S. Seite 384



Alles für die Physikalische Therapie

Wandschlingengerät 190 x 70 cm, stabiler Rahmen aus 30x30 mm Rechteckrohr Wellengitter 50x50 mm, galvanisch verzinkt. Robust und langlebig.
 Wandhalter aus 40x40 mm Rechteckrohr, perlweiß kunststoffpulverbeschichtet.
 Eine echte Alternative zum Deckenmodell – einfache und problemlose Montage.
 Fordern Sie unseren Gesamtkatalog, besuchen Sie unsere Fachausstellung.



Özpinar Therapie-Geräte · 7616 Biberach/Baden
 Hansjakobstr. 5 · Tel. (07835) 12 35 – Fax 38 34