

M. Hexel¹, B. Brömmel¹, O. Frischenschlager¹, N. Reiter¹,
V. Fialka², M. Korpan², T. Paternostro², T. Saradeth² und E. Uher²

Die Anwendung von Autogenem Training Grund- und Mittelstufe bei Patienten mit sympathischer Reflexdystrophie (Morbus Sudeck)

Zusammenfassung Patienten mit chronischem Morbus Sudeck wurde neben konventioneller medizinischer Behandlung zusätzlich Autogenes Training Grund- und Mittelstufe angeboten. Bei allen mit Autogenem Training behandelten Patienten zeigten sich signifikante physiologische Verbesserungen. Es kam sowohl zu einer Normalisierung der Hauttemperatur als auch zu einem Abschwellen der verletzten Gliedmaßen. Gleichzeitig kam es auch zu einer Schmerzreduktion in diesem Bereich. Überlegungen für die Anwendung dieser Methode, Durchführung, Beobachtungen sowie Ergebnisse sollen hier dargestellt werden. **Schlüsselwörter:** Autogenes Training, sympathische Reflexdystrophie.

Autogenic training (basic level and intentional formulae) given to patients suffering from reflex sympathetic dystrophy (RSD)

Abstract Patients suffering from reflex sympathetic dystrophy (RSD) are trained in Autogenic Training basic level and intentional formulae additionally to conventional medical treatment. The result shows a significant improvement of skin temperature and swelling of the hurt extremities to normal conditions. Pain diminished in all cases, and vanished in most of them. Considerations of application of this methods, practise and results are shown in this paper.

Keywords: Autogenic training, reflex sympathetic dystrophy (RSD).

L'utilisation du training autogène chez des patients souffrant de la maladie de Sudeck

Résumé On a offert à des patients souffrant de la maladie de Sudeck (dystrophie sympathique réflexe) un training autogène (degré primaire et moyen) venant compléter le traitement médical conventionnel. Il avait été établi que la maladie de Sudeck est d'origine psychosomatique; une enquête de type psychologie des profondeurs, menée à l'Institut de psychologie médicale de l'Université de Vienne auprès de 22 patients manifestant ces symptômes est venue confirmer cet aspect. Ces malades transfèrent leurs problèmes au niveau du corps et perçoivent leurs symptômes physiques indépendamment de leurs composantes psychiques. Un accident et ses conséquences (atteinte à l'intégrité corporelle, douleurs, immobilisation due aux douleurs ou à la thérapie, handicap, dépendance et besoin de soutien) est un

événement qui favorise la régression et peut réactiver les expériences d'abandon de la petite enfance. La souffrance psychique est déplacée sur la blessure physique, en d'autres termes somatisée.

Dans la mesure où, une fois que les problèmes psychiques ont été transférés au niveau du corps, les patients sont peu motivés à s'affronter à leurs conflits psychiques, il nous a semblé indiqué d'aller au-devant d'eux au niveau physique.

Il nous parut que le training autogène (degré primaire et moyen) représentait une forme adéquate de psychothérapie puisqu'il permet d'aborder des contenus émotionnels par le biais du corps. Les patients apprennent la relaxation profonde, ce qui contribue à éliminer les tensions et crispations physiques. Puisque tension physique et vécu psychique sont toujours en rapport, la relaxation permet d'obtenir une diminution de la tension psychique. Une atmosphère favorable à un vécu conscient est créée une fois que les patients se concentrent sur une expérience physique et sur des exercices au cours desquels ils choisissent eux-mêmes la profondeur de leur relaxation. Il leur devient alors

¹ Institut für Medizinische Psychologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien.

² Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation der Universität Wien, Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien.

possible de prendre conscience de leur corps et de leurs émotions. Ceci les conduit ensuite à une prise de conscience de leurs besoins physiques et émotionnels et a des effets positifs sur le développement de leur personnalité. Durant les périodes de relaxation, qui s'accompagnent d'une modification de l'état de conscience, nous percevons autrement, ce qui implique que nous assimilions les douleurs autrement. Durant la relaxation profonde du training autogène primaire et l'état modifié de conscience qui l'accompagne les patients se concentrent sur les aspects agréables de leur vécu physique. Il arrive souvent que ce soit la première fois de leur vie qu'ils perçoivent des sensations agréables. Ceci doit également permettre de modifier la manière dont ils se poussent constamment à de meilleures performances, exigeant chroniquement trop d'eux-mêmes.

11 patients choisis au hasard ont pu pratiquer le training autogène (degré primaire et moyen) parallèlement à un traitement médical conventionnel. Le groupe de training autogène a eu lieu une fois par semaine pendant dix semaines.

Lors de séances de groupe les patients apprennent, par le biais de formules standard utilisées pour obtenir une relaxation profonde, à influencer ce qui se passe dans leur corps et, entre autres, à relaxer leurs muscles. L'apprentissage du training autogène doit se faire sur la base d'exercices individuels. Les patients adoptent une position détendue et effectuent des visualisations. Il a

été démontré que cette manière de faire provoque réellement des changements physiologiques.

Une fois la thérapie de groupe terminée, les patients qualifient tous le training autogène d'expérience positive. Ils le vivent comme très agréable et disent qu'ils sont devenus plus équilibrés. Tous les paramètres physiologiques montrent une amélioration significative par rapport aux patients qui n'ont suivi qu'un traitement médical conventionnel. On enregistre une meilleure irrigation sanguine des extrémités blessées et une normalisation de la température de la peau. L'enflure entourant la blessure a également beaucoup mieux diminué que dans le groupe de contrôle.

Il est donc clair que l'utilisation du training autogène (degré primaire et moyen) au cours du traitement de patients souffrant de la maladie de Sudeck est un complément utile des méthodes conventionnelles de traitement. Simultanément, elle établit des liens entre des aspects biologiques, psychiques et sociaux, tenant compte du fait que la maladie n'est jamais „physique seulement“ ou „psychique seulement“.

Le fait que les patients se concentrent consciemment sur des sensations physiques agréables et, souvent, acquièrent une nouvelle manière de percevoir leur propre corps, leur permet d'établir une meilleure relation à ce dernier et a des effets positifs sur la manière dont ils collaborent à la démarche visant à leur guérison.

Einleitung

Medizinische Grundlagen des Morbus Sudeck

Morbus Sudeck ist durch chronische brennende Schmerzen, Gewebdystrophien und -atrophien charakterisiert (Sudeck, 1900). Begriffe wie sympathische Reflexdystrophie oder Algodystrophie werden ebenso verwendet (Stanton-Hicks et al., 1990). Die Erkrankung tritt meist nach einer Fraktur auf und ist auf eine Extremität lokalisiert. Die Schwere des Traumas hat dabei keinen Einfluß auf die Entstehung der Erkrankung. Im akuten Stadium ist die betroffene Extremität geschwollen, gerötet und heiß, im chronischen atrophiert, blaß und kalt (Fialka, 1992).

Ätiologie und Pathophysiologie der Erkrankung sind nicht geklärt, es scheinen jedoch verschiedene mechanische und auch iatrogene Ursachen die Entwicklung des Morbus Sudeck zu begünstigen. Die Pathogenese betreffend werden eine regionale, auf die betroffene Extremität beschränkte Überaktivität des sympathischen Nervensystems und andere pathophysiologische Mechanismen von medizinischer Seite diskutiert (Jänig, 1992).

In der Therapie kommen vor dem Einsatz von Medikamenten vor allem Methoden der Physikalischen Medizin zur Anwendung (Fialka et al., 1991).

Psychologische Grundlagen des Morbus Sudeck

22 Patienten, die die Diagnose chronischer Morbus Sudeck aufwiesen, wurden am Institut für Medizini-

sche Psychologie der Universität Wien mittels tiefenpsychologischer Interviews zu ihrer Krankheit und Lebensgeschichte befragt. Von diesen Patienten erlitten 7 eine Unterschenkelfraktur, 9 eine des distalen Unterarms (Fractura radii loco typico), je 1 Patient eine Fraktur eines Mittelfußknochens, eine Sehnenverletzung, eine Knieverletzung und eine Fingerprellung. 1 Patient wurde wegen Dupuytren'scher Kontraktur operiert.

Als Kontrollgruppe wurden 14 Patienten mit vergleichbarer unfallchirurgischer Behandlung ohne Morbus Sudeck ebenfalls interviewt. In dieser Untersuchung unterschieden sich die beiden Gruppen charakteristisch in ihren Persönlichkeitsmerkmalen (Brömmel et al., 1993).

Alle befragten Patienten mit Morbus Sudeck hatten schmerzhaftes Verlösterlebnisse in der frühen Kindheit. In tiefenpsychologisch geführten Gesprächen stellte sich heraus, daß diese psychischen Wunden und Schmerzen nie bewältigt werden konnten.

Vorherrschend waren Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht, die in mangelndes (Selbst-) Vertrauen eingebettet waren. Die gehemmte Aggression, die Vermeidung von Konflikten war augenscheinlich.

Bestätigt wurden auch frühere Untersuchungen wie sie bereits von Thali (1989), Egle und Hoffmann (1990) bzgl. hohen Leistungsanspruchs sowie eine strenge Haltung sich selbst gegenüber beschrieben haben. Diese Befunde erinnern an die „Grundstörung“ im Sinne Balints (1970) als Folge einer gestörten frühen Objektbeziehung, wo heftige archaische Konflikte wegen exi-

stenttieller Bedrohung abgewehrt werden müssen. Es ist dies die Folge massiver Frustration der „primären Liebe“ oder „Urliche“ innerhalb der frühesten Zwei-Personen-Beziehung, die zur Entwicklung eines „falschen Selbst“ (Winnicott, 1965) führt, das sich in einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Ohnmacht äußert.

Die Gefühlswahrnehmung ähnelt der für den psychosomatischen Charakter (Kutter, 1984) beschriebenen. Ich-Funktionen sind im Sinne einer strukturellen Ich-Störung beeinträchtigt, insbesondere die Wahrnehmung des Körpers und der Affekte. Diese Hinweise auf eine prämorbid Persönlichkeit von Sudeck-Patienten finden sich bereits in den psychologischen Arbeiten bei Adler et al. (1959), die bei Sudeck-Patienten eine geringe Ich-Stärke, geringe Gefühlsäußerung und eine auffällige Rigidität der intellektuellen Kontrolle feststellten und diese Krankheit den psychosomatischen Erkrankungen zuordneten.

Es hatte auch den Anschein, als stelle der Unfall mit seinen Folgen wie Verletzung der körperlichen Integrität, Schmerzen, schmerz- und therapiebedingter Immobilisierung, Behinderung, Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit ein regressionförderndes Ereignis dar, das geeignet ist, die frühkindliche Verlustsituation wiederzubeleben. Der ursprüngliche seelische Schmerz wird auf die körperliche Verletzung verschoben, somatisiert. (Brömmel et al., 1992)

Im weiteren Sinne werden auch derzeitige Probleme über den Körper ausgetragen und das körperliche Symptom wird unabhängig von seiner psychischen Komponente gesehen.

Indikation für Autogenes Training Grund- und Mittelstufe

1. Da bei einer Verschiebung der psychischen Problematik auf das Körpergeschehen auch keine eigentliche Motivation besteht, Konflikte auf einer psychischen Ebene zu bearbeiten, schien es uns sinnvoll, den Patienten ebenfalls auf einer körperlichen Ebene zu begegnen.

Dafür schien das Autogene Training Grundstufe vorerst die geeignetste Psychotherapieform zu sein, da es zunächst über das Körpererleben einen Zugang zu emotionalen Inhalten ermöglicht. Durch das Erlernen der Tiefenentspannung sind dessen Auswirkungen auf der körperlichen Ebene in einem Abbau von Spannung und Verkrampfung gegeben. Da zwischen körperlicher Anspannung und psychischem Empfinden immer ein Zusammenhang besteht, kommt es durch die Entspannung auch zu einer Verminderung von psychischer Anspannung. Bei innerlicher Ruhe und Erholung kann mit Problemen des Alltags besser umgegangen werden.

Während der Entspannung vollzieht sich ein Funktionswandel von einem ergotropen Aktivitätsniveau – vom Sympathikus getragen – auf einen trophotropen Entspannungszustand – wo die Funktion des Parasympathikus überwiegt. Diese organismische Umschaltung bewirkt das Wiedererlangen des homöostatischen Gleichgewichts im Sinne eines psychosomatischen Erlebens im Rahmen einer ganzheitlichen Grundhaltung.

2. Durch die Zuwendung zu den körperlichen Vorgängen, die Schultz (1973) als „Somatisierung“ bezeichnet, durch das Selbstüben, wo jede Person selbst die Tiefe ihres Entspannungszustandes reguliert, wird ein Klima für ein bewußtes Erleben geschaffen. Diese Rhythmisierung und Differenzierung introspektiven Erlebens durch das selbst üben (Roßmanith und Bartl, 1993) ermöglicht auch Körpergrenzen wahrzunehmen. Der Zugang zu einer differenzierten Körper- und Gefühlswahrnehmung wird ermöglicht. Dies führt im weiteren Verlauf auch zu einem Bewußtwerden eigener körperlicher und emotionaler Bedürfnisse und hat positive Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung. Schultz (1973) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Erweiterung des Leib-Ichs“.

3. Eine der unangenehmen Begleiterscheinungen des Morbus Sudeck sind Schmerzen. Von organmedizinischer Seite kann Schmerz als biologisches Signal aufgefaßt werden und dient dem Körper als Schutzmechanismus. Er informiert uns, daß unser Organismus durch die Einwirkung gewebsschädigender Reize bedroht ist. Schmerz ist auch eine Sinnesempfindung, die in enger Beziehung mit dem Gefühl der Angst oder Furcht einhergeht. Angst in Form einer Erwartungsangst führt zu Anspannung, die wiederum den Schmerz verstärkt. Der Abbau von Spannung bewirkt im somatischen Bereich die Entspannung der Muskulatur. Wie bekannt, besteht immer eine Korrelation zwischen psychischem Empfinden und körperlicher Anspannung bzw. Nicht-Anspannung.

Besteht nun die Möglichkeit auf die Muskulatur einzuwirken, indem wir sie entspannen, so erfolgt gleichzeitig auch auf der psychischen Ebene eine Verminderung von Unruhe und als Folge eine Angstreduktion. Da Angst und Entspannung physiologisch einander ausschließen, können damit auch Schmerzen beeinflusst werden.

Im entspannten Zustand, der mit einer Veränderung des Bewußtseinszustandes einhergeht, ändert sich auch unsere Wahrnehmung und es tritt damit auch eine Änderung in der Schmerzverarbeitung ein.

4. In der Tiefenentspannung im Autogenen Training Grundstufe wird in einem veränderten Bewußtseinszustand die Aufmerksamkeit auf die angenehmen Körpervorgänge gelenkt. Patienten nehmen oft erstmals in ihrem Leben angenehme Körperempfindungen bewußt wahr. Damit soll auch Einfluß auf die hohe Leistungsanforderung und die chronische Selbstüberforderung, die diese Patienten aufweisen und die Thali (1989) als posttraumatische Anpassungsstörung bezeichnet hat, genommen werden und der persönlichkeitsbezogene Umgang mit sich selbst und der Krankheit verändert werden. Das Erreichen eines ausgeglichenen körperlichen und psychischen Gesamtzustandes hat auch einen günstigen Einfluß auf den Heilungsvorgang.

Mit dem Erlernen von Autogenem Training, sollte die Möglichkeit geboten werden, mit dem Körper besser umzugehen und damit auch auf den Krankheitsverlauf in positiver Weise einzuwirken.

Durchführung

Design

Die Zuteilung der 22 interviewten Patienten für eine Zusatzbehandlung mit dem Autogenen Training (Versuchsgruppe) und einer konventionellen medizinischen Behandlung (Kontrollgruppe) erfolgte nach dem Zufallsprinzip.

Von 11 Patienten, die für eine Autogene Trainingsgruppe ausgewählt wurden, beendeten 9 (6 Frauen und 3 Männer) diese. 2 Patienten konnten aus anderen Krankheitsumständen nicht weiter am Autogenen Training teilnehmen und sind somit aus der Versuchsgruppe ausgeschieden worden.

Die Verletzungen der Patienten mit chronischem Morbus Sudeck, die nur eine konventionelle medizinische Behandlung erhielten (Kontrollgruppe), waren denen der Versuchsgruppe vergleichbar.

Die Autogene Trainingsgruppe wurde einmal pro Woche für die Dauer von zehn Wochen angeboten.

Vermittlung des Autogenen Trainings (Grund- und Mittelstufe)

In Gruppensitzungen wird mit Hilfe von Standardformeln, mittels Tiefenentspannung gelernt, Einfluß auf das Körpergeschehen zu nehmen und u.a. die Muskulatur zu entspannen. Grundvoraussetzung für das Erlernen des Autogenen Trainings ist das Selbstüben. In entspannter Körperhaltung sprechen Patienten sich selbst, nur in der Vorstellung, die Formeln vor. Beim Erlernen über die gedankliche Vorstellung ist nachgewiesen, daß diese tatsächlich eine physiologische Veränderung hervorrufen (Carpenter Effekt, 1873). Im entspannten Zustand erweitern sich Blutgefäße, subjektiv wird dies als Wärme erlebt, die Darmmotilität nimmt zu, Herz- und Atemfrequenz vermindern sich, etc. Neurophysiologisch betrachtet vollzieht sich die Umschaltung über das vegetative Nervensystem. Schultz (1973) spricht von „trophotroper Umschaltung“. Bei der Vermittlung dieser Methode ist es wichtig, daß keine Leistungsmotivation erfolgt. Es gibt keine Vorschrift, wie die Empfindung im Autogenen Training auszusehen hat. Alles wird angenommen, auch wenn nichts kommt. Wenn etwas unangenehm ist, kann der „autogene Zustand“ jederzeit beendet werden. Patienten sollen nur so lange üben, so lange sie es als angenehm erleben. Dies dient der Wahrnehmung von Körpergrenzen und Bedürfnissen. Autogenes Training Grundstufe ist somit nicht nur ein rein somatisch orientiertes Entspannungsverfahren, sondern es ist ein Weg, der zur „inneren“ Betrachtung“ führt.

Zusätzlich zu den Standardformeln wurden in der sechsten Woche auch individuelle Formeln – *sogenannte formelhafte Vorsatzbildungen (Mittelstufe)* – die auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten ausgerichtet waren, angeboten. Die Formeln wurden mit dem Patienten zusammen erarbeitet. Sie basieren auf Gedanken, Gefühlen und Bildern aus einem inneren Zustand und werden im Nachgespräch therapeutisch zugänglich und für die einzelnen formelhaften Vorsatzbildungen genützt. Die formelhaften Vorsatzbildungen im Autogenen Training können analog zu den posthypnotischen Suggestionen in

der Hypnose gesehen werden. Der Unterschied ist jedoch der, daß hier Patienten ganz alleine selbständig sich entspannen und nicht, wie bei der Hypnose heterosuggestiv geführt werden. Im Zustand der Entspannung, in einem veränderten Bewußtseinszustand sind wir autosuggestiven Anweisungen gegenüber empfänglicher.

Sowohl bei den formelhaften Vorsatzbildungen als auch bei den sechs Standardformeln der Grundstufe müssen die Formeln für den Betreffenden emotional stimmig sein. Ein Vorsatz, der gefühlsmäßig nicht paßt, wird Widerstände erzeugen und sich nicht bewähren. Günstig erweisen sich Formeln, die kurz und klar formuliert sind und in der Sprache des Patienten gehalten werden. Positiv dargebrachte Formeln eignen sich besser als negative.

Auf die Krankheit abgestimmt, wurde den Patienten in dieser Gruppe u.a. auch die Zusatzformel: „Mein Arm (oder wenn passend) mein Fuß heilt“ angeboten, die von allen Teilnehmern als sehr angenehm erlebt wurde. Ebenso wurde die Wärmeformel im Schulter- und Nackenbereich als wohltuend empfunden.

Für die meisten Gruppenteilnehmer waren auch die „Ruheformeln“, verbunden mit der Vorstellung, sich gehen lassen zu können, am angenehmsten.

Damit sind Grund- und die Mittelstufe des Autogenen Trainings bereits ein in sich geschlossenes therapeutisches Geschehen, das an sich bereits tiefgreifende psychotherapeutische Wirkung hat.

Beobachtungen im Therapieverlauf mit dem Autogenen Training

Auffallend war die anfängliche Hilflosigkeit im Umgang mit dem eigenen Körper, die Schwierigkeiten, Empfindungen bewußt wahrzunehmen und im Nachgespräch darüber zu berichten. Den meisten Patienten fiel das Reden über ihre Schmerzen, denen sie gleichzeitig auch ausgeliefert zu sein schienen, viel leichter zu fallen als das Berichten über Erlebtes in der Entspannung. Es hatte den Anschein, daß das Reden über Schmerzen auch der Beziehungsaufnahme dient.

Sie fühlten sich der Krankheit ohnmächtig ausgeliefert und glaubten, selbst keinen Einfluß auf die Heilung nehmen zu können. Dies drückte sich einerseits in einer verzweifelten Hilflosigkeit aus, mit der sie über Spannungen und Schmerzen berichteten, andererseits kam auch die Ungeduld und der Ärger über das Üben zum Ausdruck. Obwohl die meisten Patienten ebenso über angenehme körperliche Begleiterscheinungen während und nach dem Üben berichteten, hatte es den Anschein als ob das übergewichtige Berichten über Schmerzen die (therapeutische) Beziehung aufrechterhalten sollte. Die Vermutung liegt nahe, daß diese Menschen in ihrer Lebensgeschichte die Erfahrung gemacht haben, daß sie nur dann ernst genommen werden, wenn sie über körperliche Schmerzen klagen und nicht dann, wenn es ihnen gut geht.

Eine Patientin berichtete uns auch, daß sie keine Zeit habe, sich auch nur 5 Minuten zu entspannen, klagte aber immer wieder über ihre Schmerzen, die ihr sehr viel Zeit nehmen.

Uns fiel auch die Lieblosigkeit im Umgang mit dem eigenen Körper auf. Der starke Leistungsdruck und die

hohen Anforderungen an sich selbst, machten es den Patienten oft unmöglich die Entspannung dann zu beenden, wenn sie subjektiv genug hatten oder irgend etwas als unangenehm erlebt wurde.

Auf die Frage, am Ende der AT-Gruppe, ob das Autogene Training bis jetzt etwas bewirkt habe, antwortet ein Patient, der durch seinen hohen Leistungsdruck besonders aufgefallen war, „Nein, meine Hand ist nicht besser geworden“. Fügt aber im nächsten Satz auf die Frage, wie er denn das Autogene Training erlebe, dazu: „Ich mache es sehr gern, es beruhigt mich und wissen Sie, was mir auffällt, daß ich während des Entspannens gar keine Schmerzen habe. Das irritiert mich manchmal und dann ist der Schmerz wieder da. Es fällt mir überhaupt auf, daß ich jetzt öfter keine Schmerzen habe, wenn ich aber daran denke, geht der Schmerz wieder los“.

Ergebnisse

Subjektiv

Am Ende der Gruppentherapie äußern sich alle Patienten positiv über ihre Erfahrungen mit dem Autogenen Training. Sie erleben es als sehr angenehm und meinen, insgesamt ausgeglichener geworden zu sein. 8 Patienten berichten auch von weniger Schmerzen und von einer Verbesserung der Symptomatik insgesamt. Eine Patientin erklärte im Nachgespräch dazu: „Ich entspanne mich gerne, wenn ich einen Tag kein Autogenes Training mache, geht mir etwas ab“. Zwei Personen meinten auch, weniger Angst zu haben. 1 Patientin gab an, daß sich ihr Leiden nicht wirklich verbessert habe. Es war dies die Patientin, die durch ihren Leistungsdruck besonders aufgefallen war.

Physiologisch

Alle Patienten mit chronischem Morbus Sudeck, die an der Autogenen Trainingsgruppe teilgenommen hatten, zeigten signifikante Verbesserungen bei allen physiologischen Parametern gegenüber jenen, die nur konventionelle medizinische Behandlung bekamen. Die Verbesserungen zeigten sich in der Durchblutung und der Normalisierung der Hauttemperatur der verletzten Extremität. Die Schwellung der verletzten Körperstelle reduzierte sich ebenfalls signifikant gegenüber der Kontrollgruppe. (Fialka et al., 1993).

Diskussion

Die Anwendung von Autogenem Training Grund- und Mittelstufe in der medizinischen Behandlung bei Morbus Sudeck stellt eine sinnvolle Ergänzung zu konventionellen Behandlungsmethoden dar. Sie schafft gleichzeitig eine Verbindung zwischen biologischen, psychischen und sozialen Aspekten, da Krankheit nie als „nur physisch“ oder als „nur psychisch“ auftritt.

Die bewußte Zuwendung zu angenehmen Körperempfindungen, oftmals als neue Körperwahrnehmung

erlebt, ermöglicht auch einen besseren Umgang mit dem eigenen Körper und wirkt sich positiv für die Mitarbeit zur Gesundung aus.

Literatur

- Adler E, Weiß AA, Zohari D (1959) A psychosomatic approach to sympathetic reflex dystrophy. *Psychiatrie und Neurologie* 138/4-5: 256-271
- Alexander F, French TH M (1946) *Psychoanalytic therapy, principles and applications*. Ronald Press, New York
- Balint M (1970) *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Klett, Stuttgart
- Brömmel B, Eschberger D, Fialka V, Frischenschlager O, Hexel M (1993) *Psychosoziale Aspekte der Behandlung des Morbus Sudeck. Konsequenzen für die Beziehung zwischen Arzt und Patient*. Unveröffentlichtes Manuskript
- Brömmel B, Fialka V, Eschberger D, Hexel M, Korpan M, Paternostro T, Reiter N, Wagner G, Frischenschlager O (1993) *Persönlichkeitsmerkmale bei Patienten mit Morbus Sudeck*. In: *Z Psychosomat Med Psychoanal* 4: 346
- Carpenter (1873) *Principles of mental physiology*. Zit. nach: Schultz IH (1982) *Das autogene Training*. Thieme, Stuttgart New York, S 26
- Egle UT, Hoffmann SO (1990) *Psychosomatische Zusammenhänge bei sympathischer Reflexdystrophie (Morbus Sudeck)*. *Literaturübersicht und erste klinische Ergebnisse*. *Psychother Med Psychologie* 40: 123-135
- Fialka V, Wickenhauser J, Engel A, Schneider B (1991) *Effect of physical therapy on clinical and scintigraphic parameters in reflex sympathetic dystrophy syndrome*. *Eur J Physical Med Rehabil* 1: 3-8
- Fialka V (1992) *The diagnosis of reflex sympathetic dystrophy*. *Eur J Physical Med Rehabil* 2: 40-44
- Fialka V, Korpan M, Saradeth T, Paternostro T, Hexel M, Frischenschlager O (1993) *The effect of autogenic training (AT) in the management of patients with reflex sympathetic dystrophy (RSD)*. Abstractpublikation des 7th World Congress on Oarism, August 22-27, Paris. IASP Publications, Seattle
- Jänig W (1992) *Pathophysiological mechanisms in reflex sympathetic dystrophy: problems and open questions*. *Eur J Physical Med Rehabil* 2: 31-39
- Kris E (1952) *On preconscious mental processes*. In: *Psychoanalytic exploration in art* (1962) New York
- Kutter P (1984) *Psychosomatik. Nicht-Leiden und Nicht-Sterben*. *Prax Psychother Psychosom* 29: 71-75
- Roßmanith S, Bartl G (1993) *Autogenes Training als integrative Psychotherapie*. *Prax Psychother Psychosom* 38: 352-360
- Schultz JH (1973) *Das Autogene Training, Lehrbuch*. Thieme, Stuttgart
- Stanton-Hicks M, Jänig W, Boas RA (eds) (1990) *Reflex sympathetic dystrophy*. Kluwer Academic Publishers, Boston Dordrecht London, pp 41-54
- Sudeck P (1900) *Über die akute entzündliche Knochenatrophie*. *Arch Klin Chir* 62: 147-151
- Thali A (1989) *Das Sudeck-Syndrom und seine „psychosomatische Disposition“: Eine vergleichende klinisch-psychologische Studie zur Ätiologie bei Unfallpatienten*. *Psychother Med Psychologie* 39: 260-265
- Winnicott DW (1984) *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main
- Korrespondenz:** Dr. Martina Hexel, Institut für Medizinische Psychologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien, Severingasse 9, A-1090 Wien, Österreich.

Dr. Martina Hexel, Assistentin und Lektorin am Institut für Medizinische Psychologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien. Psychotherapeutin für Autogenes Training und Katathym imaginative Psychotherapie. Dozentin und Lehrtherapeutin für Autogenes Training und Katathym imaginative Psychotherapie in der Österreichischen Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP).