

Wie bestimmte Worte wehtun können

Und wie man bewusst
gegensteuert





In manchen Lebensumständen – und auch, wenn wir älter werden – bekommen Schmerzen einen höheren Stellenwert. Dabei sollten wir aufpassen, dass der Begriff Schmerz nicht zu oft zum Einsatz kommt. Wenn man häufiger über Schmerzen spricht, besteht ein gewisses Risiko, genau dadurch auch eine verstärkte Schmerzwahrnehmung zu erleben.

Sprache kann sowohl von medizinischen Berufsgruppen als auch von PatientInnen ganz bewusst eingesetzt werden. Anstatt sich jeden Morgen zu fragen, wie stark der Schmerz ist und wie sich dieser anfühlt, können andere Wahrnehmungsbereiche gestärkt werden: Wie fühle ich mich gerade? Wie ist mein Wohlbefinden? Was habe ich erlebt? Welche positiven Erfahrungen habe ich gemacht? Es geht dabei darum, die Konzentration weg vom Schmerz und hin auf die Körperwahrnehmung zu legen. Gelingen kann dies, indem man die Verantwortung für den eigenen Körper übernimmt und Gewohnheiten modifiziert.

Quelle: Ritter, A. et al (2019). How words impact on pain. In: Brain and behaviour.

Abnützung tut nicht weh

Abnützung – oder auch Arthrose – verursacht nicht immer Schmerzen.





Wenn wir älter werden, bekommt unsere Haut Fältchen, wir brauchen eine Brille, weil unsere Augen schlechter werden und unsere Haare werden grau. Auch Gelenke sind von diesem normalen Alterungsprozess nicht ausgeschlossen. Es ist normal, dass Gelenke abnutzen, was auch in Röntgenbildern sichtbar wird. Das alleine tut allerdings nicht weh.

Die Belastbarkeit kann mit der Zeit abnehmen, vor allem, wenn gar keine oder zu viel Belastung ausgeübt wird. Dann können Schmerzen auftreten, welche mit Physiotherapie gut zu behandeln sind. In einer Studie wurden 4.000 Hüftgelenke geröntgt. Von jenen ProbandInnen, deren Bilder Arthrose zeigten, hatten nur 24 Prozent Schmerzen (76 Prozent also keine Schmerzen).

Zusätzlich zeigt sich, dass von den ProbandInnen, die vorab Hüftschmerzen angegeben hatten, bei nur 9 Prozent Arthrose im Röntgenbild zu sehen war. Es ist also beides möglich, Arthrose ohne Schmerzen und Schmerzen ohne Arthrose.

Quelle: Kim, C. et al (2015). Association of hip pain with radiographic evidence of hip osteoarthritis: diagnostic test study. BMJ.

Ihr Schmerz ist einzigartig!

Schmerzen sind individuell
und von vielen Faktoren
abhängig.





Ähnlich wie Sensoren in unseren Autos senden Sensoren in unseren Geweben Signale, wenn etwas Bestimmtes passiert. So wie z. B. die Benzinreserve-Leuchte. Wenn der Tankinhalt unter ein bestimmtes Niveau kommt, wird ein Sensor aktiviert und ein Lämpchen am Armaturenbrett leuchtet auf. Grundsätzlich etwas Banales. Es ist der Fahrer, der dieses Aufleuchten interpretiert und entscheidet, was zu tun ist.

- Manche Fahrer fahren sofort zur nächsten Tankstelle.
- Andere sind entspannter und fahren noch lange weiter, obwohl diese Leuchte aktiv ist.

Die Reaktion kann davon abhängen, ob man schon einmal mit einem leeren Tank zu stehen gekommen ist.

Das ist genau das, was mit den Signalen aus unseren Geweben passiert. Es hängt davon ab, wie sie von der jeweiligen betroffenen Person interpretiert werden. Dies kann von früheren Schmerzerfahrungen oder anderen Lernmechanismen abhängen.

Quelle: Cormack, B. (2018) Pain Education – How much neuroscience do you really need? Online verfügbar unter bit.ly/38G69Zz.

A close-up photograph of a man and a woman holding a long, bright yellow ribbon together. The man's hands are on the left, and the woman's hands are on the right. They are both smiling slightly, suggesting a positive or collaborative interaction. The background is blurred, showing what appears to be a wooden chair and a blue object.

„Yellow Flags“

Psychosoziale Risikofaktoren bei Schmerz



Yellow Flags sind psychosoziale Risikofaktoren, die eine Schmerzsymptomatik anhaltend machen können. Darunter fallen emotionale, familiäre und arbeitsbezogene Stresssituationen. Auch das eigene Bewegungsverhalten, z. B. die Angst vor Bewegung oder viele Meinungen und Diagnosen von ÄrztInnen und TherapeutInnen, können zusätzlichen Stress verursachen und dabei ein beitragender Faktor für anhaltende Schmerzen sein. Dass man immer wieder Stresssituationen erlebt, ist jedem klar und bewusst. Daher muss man als TherapeutIn und als BetroffeneR gut darauf achten, ob diese Themen bei bestimmten schmerzhaften Syndromen einen dominanten Faktor darstellen oder nicht. Diesen Faktor können PhysiotherapeutInnen testen und dann auch gemeinsam mit PatientInnen in der Therapie besprechen, ob man vielleicht noch genauer darauf eingehen muss. Daher kann es unter Umständen sinnvoll sein, mit anderen Berufsgruppen wie PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen zusammenzuarbeiten und sich als BetroffeneR auch von dieser Seite beraten lassen.

Quelle: Kendall, N. et al (1998). Psychosocial Yellow Flags for acute low back pain: „Yellow Flags“; as an analogue to „Red Flags“; European Journal of Pain, 2(1), 87–89.

„Kinesiophobie“

Wenn die Angst vor Bewegung mehr einschränkt als der Schmerz bei Bewegung





Kinesiophobie wird definiert als „übermäßig starke, schwächende und irrationale Angst vor körperlicher Bewegung und Aktivitäten“. Allzu oft führt diese Form der Bewegungsangst zu einem verstärkten Gefühl der Verletzlichkeit und übermäßiger Sorge vor einer neuerlichen Verletzung. Katastrophisierungsgedanken wie z. B. „Das wird nie wieder ...“ oder „Ich darf mich nicht bücken, weil da könnte wieder was passieren ...“ haben eine verstärkte Angst vor Schmerzen und schmerzauslösenden Bewegungen zur Folge. Unter Umständen behindert dieses Verhalten jedoch einen Heilungsverlauf und stresst den gesamten Organismus noch mehr, sodass ein überangespanntes Gefühl und Verhalten entstehen kann. PhysiotherapeutInnen begleiten im Rehabilitationsprozess mittels Aufklärung und einem stufenweise an die individuellen Bedürfnisse angepassten Bewegungsprogramm. Ziel soll es sein, mögliche Ängste vor Bewegung und Schmerz zu erkennen und gemeinsam mit den Betroffenen zu reduzieren.

Quelle: Roelofs, J. et al (2004). The Tampa Scale for Kinesiophobia: Further examination of psychometric properties in patients with chronic low back pain and fibromyalgia. *European Journal of Pain*, 8(5), 495–502.



physioaustria

Lange Gasse 30, 1080 Wien
T +43 (0)1 5879951
office@physioaustria.at

www.physioaustria.at

Quellen:

Gifford, L. (2014). Aches and Pains. CNS Press, Aches and Pains Ltd., Kestrel, Swanpool, Falmouth, Cornwall, TR11, 5BD, UK.

Kate, T., Mark I, J., James, M., & Michelle, B. (2018). 25 years of pain education research – what have we learned? Findings from a comprehensive scoping review of research into pre-registration pain education for health professionals.

Louw, A., Zimney, K., Puentedura, E. & Diener, I. (2016) The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract* 32(5):332–355.

Moseley, G.L., Butler, D.S. (2017) *Explain Pain Supercharged – The Clinician's Handbook*. Noigroup Publication. Adelaide South Australia.

Puentedura, E. J., & Flynn, T. (2016). Combining manual therapy with pain neuroscience education in the treatment of chronic low back pain: A narrative review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(5), 408–414.

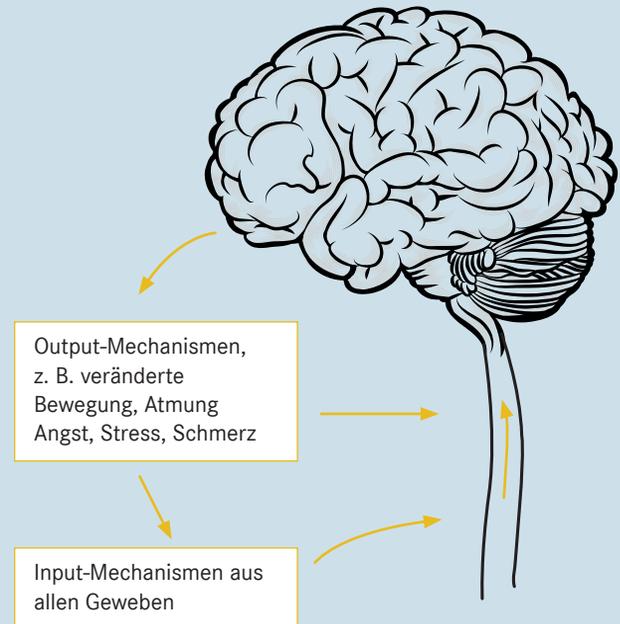


physioaustria
schmerz

Das Modell des reifen Organismus

(Mature Organism Model nach Louis Gifford)

Verarbeitungsmechanismen



Haben Sie schon einmal vom Modell des reifen Organismus gehört? Es beschreibt den Vorgang von Schmerz Wahrnehmung (Nozizeption). Das Modell erklärt, wie Reize von außen (Input) bereits vom Rückenmark und dann weiter vom Gehirn verarbeitet werden – und das Ergebnis die Wahrnehmung von Schmerz sein kann (Output). Dieser Prozess ist nicht linear. Viele Faktoren haben einen wechselseitigen Einfluss (Bewegungsverhalten, Nervensystem, Gewohnheiten, Stress, Angst).

Input: Darunter versteht man mechanische, thermische oder chemische Reize von außen, die über Nervensignale an das Rückenmark und in weiterer Folge an das Gehirn weitergeleitet werden. Starker Druck (mechanisch), Hitze oder Kälte (thermisch) und Übersäuerung oder Entzündungen im Gewebe (chemisch) lassen bestimmte Nervenzellen aktiv werden und senden sozusagen Gefahrensignale.

Verarbeitung: Schon im Rückenmark der Wirbelsäule kommt es zu einer Verarbeitung der möglichen Gefahrensignale. Diese Informationen werden dann in mehreren Regionen des Gehirns weiterbearbeitet und moduliert. Die Hirnregionen haben unterschiedliche Aufgaben von emotionalen – also Gefühlskomponenten – und motorischen Aspekten, also jenen, die mit Bewegung zu tun haben. Die schon genannten Signale, also die Art und Intensität der Reize, spielen dabei eine Rolle. Es kann aber auch zu einer Erhöhung der Empfindsamkeit der Gehirnregionen kommen, welche zu einer Entstehung von Schmerz führen kann. Die Signale von außen werden dann anders interpretiert.

Schmerz ist wahrscheinlich letztendlich auch ein Produkt dieser beschriebenen Prozesse. Gemeinsam mit anderen Output-Reaktionen (erhöhte Stresslevels oder veränderte Bewegungsmuster) kann er wiederum den ursprünglichen Input beeinflussen. Somit schließt sich der Kreis. Sie sind selbst von Schmerz betroffen? Das Modell des reifen Organismus kann helfen, zu verstehen, wie Prozesse funktionieren und wie es zu anhaltenden, also chronischen Schmerzen kommt. Eine Kombination aus aktiver Bewegung und passiven Therapiemaßnahmen kann dabei helfen, mit dem Schmerz umzugehen.

Für weitere Informationen zu diesem Thema steht Ihnen der/die PhysiotherapeutIn Ihres Vertrauens zur Verfügung.