

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: 24 (1988)

Heft: 11

Artikel: Der Schmerzpatient in der Bewegungstherapie

Autor: Rütschi-List, G.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930398>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.03.2025

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



Der Schmerzpatient in der Bewegungstherapie

G. Rüttschi-List

Unser Ansatz von Bewegungstherapie sieht den Schmerzpatienten nicht nur mit Blick auf sein organisches Leiden, sondern sieht sein Schmerzverhalten auch als Ausdruck seiner individuellen Geschichte und seiner Beziehungen.

Im folgenden Artikel werde ich einen kurzen Überblick über die physiologischen Untersuchungen des Schmerzes wiedergeben. Ich werde versuchen, aus der Vielfalt von Möglichkeiten einer psychologisch fundierten Bewegungstherapie einige Methoden herauszugreifen und anhand von Fallbeispielen die Verknüpfung von Schmerzverhalten, individueller Geschichte und Beziehungsgefüge aufzuzeigen.

Resumée

Nos premiers travaux en kinésithérapie considèrent le patient non seulement par rapport à son mal organique, mais tentent également d'interpréter son comportement face à la douleur comme expression de son vécu individuel et de ses relations.

A travers l'article ci-dessous, je tenterai de donner un bref aperçu des travaux de recherches menés sur le phénomène de la douleur. J'essaierai de présenter quelques-unes des méthodes issues de la multitude de possibilités qu'offre la kinésithérapie sur base psychologique et de démontrer, en présentant des exemples de cas, les liens qui existent entre le comportement face à la douleur, le vécu individuel et le tussu relationnel.

Schmerz ist eine komplexe, subjektive Erfahrung, die keineswegs nur abhängig ist vom Ausmass einer Gewebeschädigung. Besonders wurde dies bei zum Teil schweren Verletzungen von Sportlern, Feuerwehrleuten und Soldaten sichtbar, die erst mehrere Stunden nach der Verletzung Schmerz empfanden. Offenbar rückt die Schmerzempfindung erst dann wieder ins Bewusstsein, wenn die auf die lebenswichtigen Ereignisse gerichtete Wahrnehmung sich wieder auf die körperlichen Prozesse zurückorientiert (Sacerdote 1982).

Es kann aber auch Schmerz empfunden werden, ohne dass eine körperliche Verletzung vorliegt. So gilt es heute als

erwiesen, dass psychische Faktoren eine wichtige Rolle bei der Schmerzwahrnehmung spielen. Physiologische Untersuchungen (Zimmermann 1984) zeigen, dass Schmerzinformationen in verschiedene andere Informationen des Körpers integriert werden.

1. Auf der Rückenmarksebene werden die Schmerzinformationen, ausgehend von den Nozizeptoren, in den Hinterhornneuronen durch muskuläre und viszerale Afferenzen, mechanische Afferenzen, sympathische Reflexe und durch Neurotransmitter beeinflusst. Ebenso ist an dieser Stelle ein Einfluss von absteigenden Bahnen aus dem Stammhirn nachweisbar.

2. Von den Hinterhornneuronen werden die schmerzleitenden Fasern im Vorderseitenstrang zur nächsten Umschaltstelle dem Stammhirn weitergeleitet. Hier findet unter anderem wieder eine Vermischung mit anderen ankommenden Afferenzen statt. Aus diesen peripheren Informationen wird das Erregungsmuster des aufsteigenden retikulären aktivierenden Systems (ARAS) gebildet, welches wesentlich für die Aufmerksamkeitsreaktion ist. Auch werden von hier aus Kreislauf und Atmung beeinflusst.

3. Die nächste Verschaltung der Schmerzleitungen findet im lateralen Thalamus statt. Hier werden das limbische System und die Hypothalamus-Hypophysen-Achse angesprochen, bevor die Schmerzbahnen in den Neokortex weitergeleitet werden.

Aufgrund dieser Zusammenhänge wird deutlich, in welcher Weise Muskelverspannungen, physiologische Erregung und Emotionen in die Verarbeitung der Schmerzinformationen integriert sind. Es soll nur darauf verwiesen werden, wie eng diese physiologischen Abläufe mit der psychologischen Verarbeitung von Stress und Entspannung zusammenhängen.

Auch bestehen keine Zweifel mehr, dass psychische Faktoren bei der Schmerzwahrnehmung eine wichtige Rolle spielen. Als psychische Faktoren werden genannt: Frühe Lernerfahrungen, Bewertung der Situation, Aufmerksamkeit, Angst und Erwartung und auch die Möglichkeit, den Schmerz zu kontrollieren oder nicht.

Beecher hat versucht, die intrapsychischen Prozesse der Schmerzwahrnehmung zu beschreiben mit einer primären sensorischen Komponente und einer sekundären reaktiven Komponente. So wird die sensorische (aufsteigende) Komponente durch die absteigenden affektiven und kognitiven Anteile, d.h. durch die intrapsychischen Abläufe, aber auch durch Interaktionen, d.h. Beziehungsmuster moduliert. Erickson weist darauf hin, dass in der Schmerzwahrnehmung immer Aspekte

Bereich	Wichtigste Verarbeitung
Neurokortex	kognitive Verarbeitung
limbisches System	affektive Verarbeitung
Hypothalamus und Hypophyse	Hormonfreisetzung, Endorphine
Hirnstamm	Kreislauf- und Atmungsregelung retikuläres aktivierendes System
Rückenmark	motorische und sympathische Reflexe

Beteiligung verschiedener Bereiche des Zentralnervensystems bei der Verarbeitung von Schmerzinformationen (nach Zimmermann 1984)

der Erinnerung an Schmerzen der Vergangenheit, Antizipation von zukünftigen Schmerzen und Interpretation des Schmerzes einfließen. Je mehr die Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung des Schmerzes gerichtet wird, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Schmerzempfinden und -verhalten erhöht und verstärkt wird.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass auch immer mehr die Wichtigkeit von interaktionellen Prozessen in den Blickpunkt rückt.

So kann der Schmerz eines Partners oder Familienmitgliedes Fokus von Aufmerksamkeit sein und eine wichtige Bedeutung im Beziehungsgefüge dieses Systems haben.

Block und Mitarbeiter fanden z.B. heraus, dass Patienten mit sehr unterstützenden und verständnisvollen Ehepartnern ihren Schmerz höher einstufen als Patienten mit wenig unterstützenden und verständigen Partnern. Man sah häufig, dass besonders chronische Schmerzpatienten einen sorgenden, helfenden Partner hatten, der durch seine helfende, überfürsorgliche Haltung dazu beitrug, den Patienten in seiner Rolle zu fixieren.

Oft sah man auch, dass der Partner des Schmerzpatienten schwerwiegende emotionale Probleme hatte, die nach dem Auftreten der Schmerzproblematik des Patienten geringer wurden oder sogar verschwanden. Massive Eheprobleme standen plötzlich nicht mehr im Zentrum der Aufmerksamkeit, sondern die Schmerzproblematik des Patienten. Daraus können wir schliessen, dass Schmerz eine wichtige Bewältigungsstrategie und ein Stabilisierungspheänomen von emotionalen Problemen, intrapsychisch und interaktionell, sein kann. So kann die Symptomatik des Schmerzes eine konflikt-neutralisierende Funktion in Beziehungen haben.

Fallbeispiel: Frau S. ist mit ihrer starken Migräneanfällen schon mehrjährig in ärztlicher Behandlung. Diese Anfälle verstärken sich nach dem Auszug der jüngsten Tochter auf heftigste Weise mit mehrtägigem Brechreiz, Augensymptomen, die sie nur in abge-

dunkeltem Zimmer im Bett einigermaßen ertragen kann. Umfassende neurologische Abklärungen bringen keine organische Erklärung. Herr S. pflegt seine Frau und begleitet sie zu diversen Ärzten und Heilpraktikern.

Die starken Kopfschmerzen beherrschen die Beziehung von Herrn und Frau S. und haben eine fast beziehungs-gestaltende Wirkung. So verschwindet die eigentliche Beziehungsproblematik der beiden hinter dem Symptom. Frau S. Beziehung zu ihrem Mann ist distanziert, von Aggression und Abneigung geprägt, besonders nach einer Liebschaft des Mannes vor Jahren, die aber interfamiliär tabuisiert wird. Hier hat der Schmerz der Patientin auch die Wirkung, dass die Beziehungsebene nicht geklärt wird, da der Mann fürsorglich für sie da ist und die ganze Familie Konflikte scheut, um die Mutter nicht zu belasten.

So ist es auch für den Therapeuten wichtig zu sehen, wie komplex und mehrschichtig, organisch und psychisch, das Schmerzverhalten des Patienten beeinflusst wird und eingebunden ist in die verschiedenen Beziehungsebenen wie Familie, Beruf, Gesundheitssystem.

Dieses Wissen erleichtert ihm ein Verstehen des Patienten in seiner Ganzheit und gibt ihm die Möglichkeit, die individuelle Situation des Patienten zu erfassen, d.h. zu sehen, wo dieser auch bewegungstherapeutisch ansprechbar ist.

Eine zentrale Aufgabe der Arbeit des Bewegungstherapeuten wird immer sein, die Aufmerksamkeit vom Schmerz ab- und umzuleiten und dadurch Zugang zu anderen Körperempfindungen zu finden. Hierzu hat der Therapeut eine grosse Palette von Möglichkeiten, aus denen er je nach Patient kreativ auswählen kann.

Wir erleben oft in der integrativen Bewegungstherapie, dass ein Ansprechen der Belastungssituation des Patienten wichtig, eine konfliktaufdeckende Arbeit aber nicht möglich ist. Meist genügt schon, dem Patienten auf der Körperebene andere, angenehme, lustvolle, lebendige Erfahrungen zu er-

möglichen, sodass der Schmerz nicht seine ganze Aufmerksamkeit besetzt. Eindrücklich war für mich, in einer Gruppe von Rückenpatienten mit zum Teil grosser Schmerzproblematik zu erleben, wie diese im Laufe der Seminarwoche ihre Schmerzen «vergassen» und beim Abschlussabend tanzten - graziös und beweglich - als hätten sie nie diese Probleme gehabt.

Einige Möglichkeiten der Bewegungstherapie

1. Entspannungstechniken

Die wohl bekanntesten, das autogene Training oder die progressive Muskelentspannung nach Jacobson, eignen sich oft besonders für Patienten, die klare, für sie nachvollziehbare Anleitung und Struktur brauchen.

2. Sensory Awareness

Der Körper wird mit allen Sinnen wahrgenommen, dabei auch der Schmerz als integrierter Bestandteil des Körpers. Durch diese Konzentration treten manche Sinnesqualitäten in den Vordergrund, manche verblassen, so auch der Schmerz.

3. Atmungstherapie

Das bewusste Atmen in den Schmerz, an die Schmerzgrenze, aus dem Schmerz verändert die innere Wahrnehmung von Enge und Weite, Schwere und Leichtigkeit, Ruhe und Lebendigkeit.

4. Imaginative Techniken

Meist verbunden mit einer vorhergehenden Entspannung ermöglichen diese Techniken das Erleben von positiven Emotionen. Fantasiereisen (Wald, Urlaub, Boot) oder auch Temperaturvorstellungen wie z.B. Baden in einer heissen Quelle wirken entspannend und lassen den Patienten oft seinen Schmerz vergessen.

Als Verstärkung dieser positiven Erlebnisqualität können diese Techniken kombiniert werden mit kreativen Methoden wie Malen, Tonarbeiten etc. ▷



5. Schmerzverwandlung

Der Schmerz wird bewusst wahrgenommen und in ein individuelles oder angeleitetes Bild transferiert. Zum Beispiel erlebt eine Patientin mit PcPB ihren Schmerz als rote glühende Kugel. Sie verändert dieses Bild, verkleinert es, packt es ein und löst es in Gedanken heraus. Dieses Vorgehen ist ihr eine grosse Hilfe und ermöglicht ihr sogar zeitweise Beschwerdefreiheit.

6. Massage und Gymnastik

Nicht allein zur Lösung von Muskelverspannungen, auch unter dem Motto «Fasse ich einen Patienten an, fasse ich einen Menschen an». Hier erfährt der Therapeut meist hautnah den Patienten in seinem So-sein, seinen Gedanken und Gefühlen.

Fallbeispiel: Ein 52-jähriger Mann mit einer chronischen PHS rechts (Periarthritis humero scapulaellaris) wird nach diversen relativ erfolglosen Physiotherapieversuchen dem Bewegungstherapeuten überwiesen.

Der Therapeut lenkt durch Sensory Awareness Übungen die Aufmerksamkeit des Patienten auf seinen Stand, seine Statik. Mit Bewegung, Rhythmus, Musik versucht er zu erreichen, dass der Patient seinen ganzen Körper miteinbezieht, ohne dass der Fokus der Aufmerksamkeit immer seine rechte Schulter bleibt. Nach anfänglichen Hemmungen macht der Patient mit und vergisst zeitweise seinen Schmerz und seine Steifheit. Der Therapeut erfährt mit der Zeit viel über den Arbeitskonflikt des Patienten. Er ist bei der Umstrukturierung des Betriebes übergangen worden. Bei Stossübungen mit den Armen kommt er selbst auf die Idee, dass dies eine Qualität wäre, die ihm im Betrieb helfen könnte, das «Ellbögen». Ohne dass der Therapeut die Schulterbehandlung in den Vordergrund rückt, macht der Patient erstaunliche Fortschritte und ist zu seiner eigenen Verblüffung zeitweise beschwerdefrei.

Der Umgang mit Patienten führt den Physiotherapeuten immer wieder an die Grenzen der funktionalen Behandlung.

Es ist wichtig, dass er die Komplexität und Mehrschichtigkeit von Körper und Psyche nicht aus den Augen verliert und versucht, den ganzen Menschen anzusprechen.

Im Fritz Perls Institut in Deutschland werden speziell für Krankengymnasten konzipierte Kompaktcurricula angeboten, die dem Bedürfnis nach einer psychologisch fundierten Weiterbildung in Psychosomatik und Bewegungstherapie nachkommen.

Die in diesem Artikel verwendeten männlichen Bezeichnungen wie zum Beispiel Therapeut, Patient, Partner sprechen Mann und Frau an und wurden lediglich der einfacheren Lesbarkeit halber verwendet.

Literaturliste

- Erickson: Hypnotherapie; Pfeiffer München 81
- Melzack: Das Rätsel des Schmerzes; Hypokrates Stuttgart 78
- Rehfisch: Akt. Rheumatolog. 13.3.88; Thieme Stuttgart
- Schmidt: Krebs im Kontext; Klett Cotta 88
- Zimmermann: Physiologie von Nozizeption und Schmerz; Springer Berlin 84
- Petzold: Psychotherapie und Körperdynamik Band 1, die neuen Körpertherapien, Band 2; Junfermann Paderborn

Adresse der Autorin:

G. Rüttschi-List
dipl. Physiotherap./Psychologin
Freudwilerweg 8
8044 Zürich

Bücher / Livres

Edith Risch:

«**Gesunde Füsse und Beine, Fuss- und Beingymnastik, Venentraining**».

2. Auflage, Verlag Fischer Stuttgart
1988 ISBN 3-437-00528-6

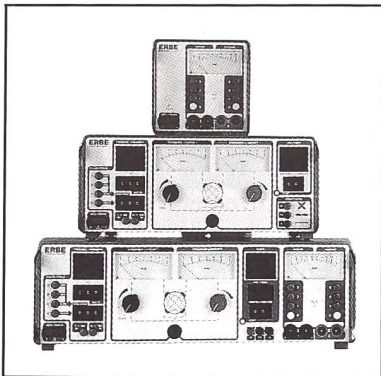
Diese 2. Auflage des Buches innert 3 Jahren spricht dafür, wie stark der Bedarf danach ist. Diese Anleitung ist vor allem für den Laien gedacht und ist wirklich perfekt. Nicht nur ist die einleitende Erklärung über Fuss- und Körperhaltung sehr anschaulich in Wort und Bild. Auch den aktiven Übungen, der Selbstmassage, den selbst gegebenen Widerstandsübungen ist nichts mehr hinzuzufügen. Mit etwas Selbstdisziplin im Üben

(3 mal wöchentlich je 10 Min.) und immer wieder tagsüber Fuss- und Beinstellung korrigieren, könnten eine grosse Zahl von Fuss-, Bein- und Haltungsschäden gebessert, ev. behoben und von Anfang an vermieden werden; dies auch im höheren Alter wenn man ein lebenslang die Füße «missbraucht» und kaum gepflegt hat.

Das Buch ist sehr logisch aufgebaut, enthält ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis und die grossformatigen Zeichnungen (Andreas Ammann, St. Gallen) für alle Übungen und Handhabungen erleichtern allen Interessenten die Benützung desselben. Der am Schluss gebrachte Hinweis auf das Wandern als Heilmittel von Frau Dr. med. Liechti-von Brasch ist ebenfalls recht wichtig.

R. Koerber

FÜR JEDE BEHANDLUNG DAS RICHTIGE THERAPIE-GERÄT VON ERBE



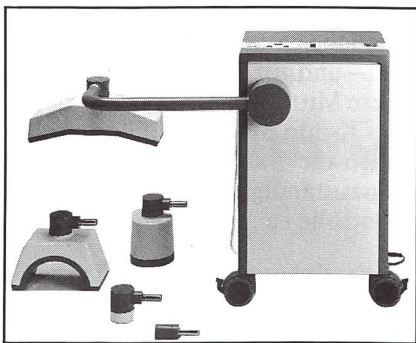
REIZSTROMTHERAPIE

Geräteprogramm für alle Ansprüche



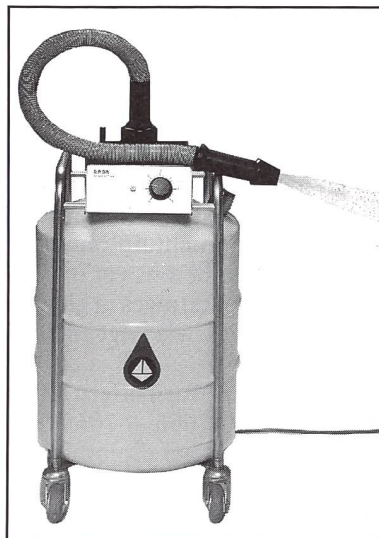
ULTRASCHALLTHERAPIE

Handliches Gerät mit Möglichkeit für Kombinationstherapie



WÄRMETHERAPIE

Dezimeterwelle, Kurzwelle, Mikrowelle



KALTWINDTHERAPIE

Für einfache, schnelle und sichere Kälte

Coupon

Ich wünsche: Unterlagen Angebot Vorführung

Gerätetyp: _____

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Tel. _____

RÜEGGE MEDICAL

Rüegge Medical AG
Täferstrasse 20
5405 Baden-Dättwil
Telefon 056 84 02 84

Aussendienststellen in
Lausanne, Av. des Boveresses 56
Tel. 021 33 30 91
Lugano-Casiano,
Tel. 091 71 42 96