

Shiatsu und Schmerzen



Abschlussarbeit von Christian Edelbauer, Jänner 2016



Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	3
2. Herausforderung Schmerz	3
3. Was ist eigentlich Schmerz?	4
3.1. Schmerz als Sinnes- und Gefühlserlebnis	5
3.2. Schmerz und Schmerzbahn	5
4. Akut oder Chronisch?	6
4.1. Welche Ursachen kommen für chronische Schmerzen in Frage?	7
5. Schmerz und Psyche	8
5.1. Wie viel Psyche steckt im Schmerzgeschehen?	9
5.2. Stressanfälligkeit, ein begünstigender Faktor?	10
5.3. Hinweise für psychosoziale Ursachen	10
5.4. Gefühlsstimmungen als Verstärker	12
5.5. Gefühle als Ursache von Schmerzen?	13
6. Somatoforme Schmerzstörung: Wenn die Seele schmerzt	14
6.1. Psyche als Ursache für Körperschmerz	15
6.2. Von Arzt zu Arzt	15
6.3. Psychotherapie erste Wahl	16
6.4. Schmerzmittel wirkungslos	16
6.5. Heilungschancen	16
6.6. Einstellung zum Schmerz	17
7. Schmerzarten	17
7.1. Häufige Arten von chronischen Schmerzen	17
7.2. Schmerz in der TCM-Diagnostik	18
7.3. Schmerz aus der Sicht des Shiatsu-Praktikers	19
8. Wirkungen von Shiatsu auf die Schmerzbewältigung	20
9. Quellen	22

1. Vorwort

Warum bin ich zu diesem Thema gekommen? Einerseits leide ich selbst immer wieder unter starken Schmerzen im unteren Rücken und im Schulterbereich, andererseits gibt es eigentlich niemanden in meinem Bekannten- und Verwandtenkreis der nicht schon mal chronische Schmerzen hatte bzw. aktuell hat. Und warum kommen eigentlich viele unserer Klienten zum Shiatsu? Weil sie Schmerzen haben....

Schmerzen können überall auftreten



2. Herausforderung Schmerz

„Unter Gesundheit verstehe ich nicht Freisein von Beeinträchtigungen, sondern die Kraft, mit ihnen zu leben“ (*Johann Wolfgang von Goethe*)

In jedem dritten Haushalt in Europa lebt ein Mensch, der unter Schmerzen leidet. Etwa 17% aller Deutschen sind von lang anhaltenden, chronischen Schmerzen betroffen – also mehr als 12 Millionen Menschen. Durchschnittlich dauert ihre Leidensgeschichte sieben Jahre, bei mehr

als 20% über 20 Jahre. Bei mehr als der Hälfte aller Menschen mit chronischen Schmerzen dauert es mehr als zwei Jahre, bis sie eine wirksame Schmerzbehandlung erhalten, und nur ein Zehntel aller Patienten mit chronischen Schmerzen werden überhaupt einem Spezialisten vorgestellt. Die Betroffenen leiden aber nicht nur unter dem Dauerschmerz, sondern auch unter den zunehmenden körperlichen Einschränkungen im Alltag. Dies geht oft mit depressiver Stimmung, angstvollen Gedanken, Schlafstörungen und verminderter Konzentration einher.

Schmerzen sind nicht nur häufig, sondern auch teuer, denn sie erfordern stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und können zur Frühberentung führen. Nach einer Umfrage der Europäischen Schmerzgesellschaft (EFIC) aus dem Jahr 2003 kommt Rückenschmerzen volkswirtschaftlich die größte Bedeutung zu, gefolgt von Kopf-, Nerven- und Tumorschmerzen. Die Kosten für das Gesundheitssystem sind immens: Chronische Schmerzen verursachen in Deutschland jährliche Kosten in Höhe von schätzungsweise 38 Mrd. Euro. Davon sind etwa 10 Mrd. Euro Behandlungskosten; den Löwenanteil der Kosten verursachen aber Krankengeld, Arbeitsausfall und Frühberentung.

Lang anhaltende Schmerzen führen auch zu einem enormen Schmerzmittelverbrauch. Schmerzmittel gehören damit zu den am meisten verordneten Medikamentengruppen. Bei einem dauerhaften und unkontrollierten Schmerzmittelgebrauch über längere Zeit drohen aber neben Magen-Darm-Beschwerden auch Nierenschäden. Außerdem kann ein schädlicher Schmerzmittelübergebrauch die Aufrechterhaltung von Schmerzen begünstigen. Daher ist es wichtig, jene Patienten frühzeitig zu erkennen, die ein hohes Risiko für eine Chronifizierung ihrer Schmerzen aufweisen.

Am genauesten ließ sich die Entwicklung von Dauerschmerzen anhand psychischer Risikofaktoren vorhersagen. Mehr als 80% aller Patienten, die chronische Schmerzen entwickelten und nicht mehr an den Arbeitsplatz zurückkehrten, waren Menschen mit depressiver Stimmungslage, dauerhaften Alltagsbelastungen und Konflikten in Beruf und Familie sowie ungünstigen Formen der Schmerzbewältigung. Als risikohaftes Schmerzverhalten erwies sich einerseits ein ausgeprägt ängstliches Schon- und Vermeidungsverhalten, andererseits ein extrem entgegengesetzter Durchhaltewille (Entspannungsunfähigkeit).

3. Was ist eigentlich Schmerz?

Nach der Begriffserklärung der Weltschmerzorganisation (IASP = International Association for the Study of Pain) ist Schmerz ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder drohenden Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen

Schädigung beschrieben wird. Diese Begriffserklärung ist seit vielen Jahren gültig und beschreibt verschiedene Anteile dessen, was im Erleben von Schmerz Bedeutung hat.

3.1. Schmerz als Sinnes- und Gefühlserlebnis

Im ersten Teil der Begriffsbestimmung wird Schmerz als unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis beschrieben. Mit dem Begriff „Sinneserlebnis“ ist zum Beispiel gemeint, dass der Schmerz als brennend, stechend, bohrend oder reißend empfunden werden kann. Zum anderen geht es hier auch um die Schmerzstärke, die etwa mit einer Zahl von „0“ bis „10“ geschätzt werden kann. Dabei bedeutet „0“, dass keine Schmerzen gespürt werden, während „10“ für den stärksten vorstellbaren Schmerz steht. Mit dem Begriff „Gefühlserlebnis“ wird auf die emotionalen Anteile des Schmerzes eingegangen, der zum Beispiel als quälend, mörderisch oder erschöpfend beschrieben werden kann. Diese beiden Anteile im Erleben von Schmerz sind untrennbar miteinander verbunden.

Entwicklungsgeschichtlich gehört der Schmerz zu den frühesten, häufigsten und eindrücklichsten Erfahrungen eines jeden Menschen. Schmerz ist überlebenswichtig – trotz allen Leids, das er bewirken kann. Aus körperlicher Sicht gesehen stellen Schmerzen eine lebenserhaltende biologische Reaktion auf schädigende Einwirkungen dar – auch dann, wenn es noch nicht zu einer Gewebeschädigung gekommen ist. Alle höherentwickelten Lebensformen, insbesondere die Wirbeltiere, verfügen über dieses Frühwarnsystem. Es hat sich im Laufe der Entwicklung des Lebens so verfeinert, dass alle höheren Lebewesen auch die Fähigkeit haben, die Schmerzen vorübergehend auszuschalten oder zu dämpfen. Nervenzellen von Rückenmark und Gehirn tauschen dabei Botenstoffe aus und hemmen sich gegenseitig – zuweilen so stark, dass ein Mensch in einer Gefahrensituation nichts von einer gerade entstandenen Verletzung merkt, sondern erst später, wenn sich die Situation beruhigt hat. In einer Not- oder Fluchtsituation kann diese Reaktion einer Schmerzunterdrückung unter Umständen lebensrettend sein. Fasziniert sind wir von Fakiren, die durch jahrelanges Training vorübergehende Schmerzfürfreiheit trotz selbst zugefügter Verletzungen erlernt haben und damit ihren Lebensunterhalt verdienen. Bei Zahnschmerzen suchen aber auch diese „Schmerzkünstler“ recht schnell einen Zahnarzt auf.

3.2. Schmerz und Schmerzbahn

Schmerzen sind dem Menschen ebenso geläufig wie Hunger oder Durst, Hitze oder Kälte. So wie Riechen, Schmecken, Hören und Sehen ist die Empfindung von Schmerz ein Bestandteil unseres Sinnessystems, mit dem wir unsere Umwelt und uns selbst wahrnehmen. Die Schmerzforschung zeigt, dass ein schmerzhafter Reiz, zum Beispiel durch eine Verletzung der Hand, zur Entstehung elektrischer Impulse führt, die über besondere Nervenfasern, ähnlich einem Stromkabel, den Arm entlang zum Rückenmark weitergeleitet werden. Dort werden die

Impulse an eine weitere auf die Wahrnehmung von Schmerz spezialisierte Nervenzelle weitergereicht. Über eine weitere Schaltstelle oberhalb des Hirnstamms werden die Schmerzsignale schließlich an verschiedene Gehirnzentren weitergeleitet, die für eine verteilte Wahrnehmung dieses Sinnes- und Gefühlsereignisses verantwortlich sind. Dies bedeutet, dass es im Gehirn kein einzelnes Schmerzzentrum gibt. Die Wahrnehmung von Schmerzen mit allen Sinnes- und Gefühlsanteilen entsteht letztlich als Antwort einer vernetzten Aktivierung verschiedener Schmerzzentren des Gehirns.

Schmerz ist aufgrund seiner Funktion als Schadensmelder oder -warner regelhaft mit negativen Gefühlen verbunden, damit wir ihn ausreichend beachten und möglichst schnell lernen, wann es für uns gefährlich wird. Wie intensiv wir einen Schmerzreiz empfinden, ob er uns in Angst und Panik versetzt, hängt nicht nur vom reinen Nervensignal ab, sondern ist ein Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, zu denen auch unsere familiären und kulturellen Erfahrungen im Umgang mit Schmerz zählen. Deshalb sprechen die Experten auch von dem „bio-psycho-sozialen Schmerz“, den jeder Mensch anders empfindet.

Dauernde Schmerzfreiheit kennen wir nur bei Menschen mit angeborenen oder durch Krankheiten verursachten Nervenschädigungen, die keine Schmerzempfindungen mehr besitzen. Die Betroffenen brechen sich häufig die Knochen oder erleiden Verbrennungen, weil das Warnsystem Schmerz fehlt. Sie bemerken selbst die bedrohlichsten Verletzungsgefahren nicht oder zu spät. Diese „schmerzlosen“ Menschen erreichen meist kein hohes Alter.

4. Akut oder Chronisch?



Akute Schmerzen üben eine für unseren Körper notwendige Warnfunktion aus, um Gewebeschäden zu vermeiden. Das Wort „akut“ meint hier einen plötzlich auftretenden Schmerz, der nicht für längere Zeit anhält. Wenn Schmerzen ohne einen typischen Auslöser

fortbestehen und sich verselbstständigen, verliert der Schmerz seine Warnfunktion und es kommt zur Entstehung einer Schmerzerkrankung, die über Monate oder Jahre hinweg andauern kann. Schmerzen machen uns in der Regel darauf aufmerksam, dass irgendwo im Körper etwas nicht stimmt: Sie zeigen uns, wo Reizungen, Wunden oder Entzündungen entstanden sind und ob sie sich möglicherweise ausbreiten. Dieser Schmerz ist kein Gegner, sondern ein Helfer. Solche akuten Schmerzen empfinden wir zum Beispiel bei Zahnweh, Verstauchungen, Prellungen, Schnittverletzungen, Sonnenbrand oder Muskelverspannungen. In der Regel klingen solche akut auftretenden Schmerzen von selbst ab, sobald die auslösende Ursache geheilt und beseitigt worden ist.

Dass viele Menschen lang anhaltende oder häufig wiederkehrende Schmerzen erleiden müssen, hat zwei Ursachen:

Eine Vielzahl von chronischen Erkrankungen ist mit Schmerzen für die Betroffenen verbunden, wie z.B. rheumatische Leiden, Diabetes oder Tumorerkrankungen.

Schmerz kann selbst zu einer Erkrankung werden, auch wenn eine körperliche (somatische) Ursache nicht oder nicht mehr vorhanden ist, und hat damit seine biologisch sinnvolle Warnfunktion verloren.

Nach Meinung von Fachleuten wird chronischer Schmerz heute als eine eigenständige Krankheit betrachtet. In wissenschaftlichen Studien werden dabei für die Festlegung, ob es sich um einen chronischen Schmerz handelt, Zeiträume von drei oder auch sechs Monaten Schmerzdauer genannt. Für den betroffenen Schmerzpatienten spielt eine solche Einteilung aber eine untergeordnete Rolle. Aktuell hat sich das Verständnis chronischer Schmerzen so verändert, dass alle Schmerzen als chronisch bezeichnet werden, deren Dauer über das Ausmaß einer akuten (frisch aufgetretenen) Ursache hinaus nicht nachvollziehbar lange anhält. Für Patienten und ihre Angehörigen kann es besonders belastend sein, wenn dabei keine körperliche Ursache für das lange Andauern der Schmerzen gefunden wird. Dies wird noch dadurch verstärkt, dass das soziale Umfeld auf die für Außenstehende unerklärlichen Schmerzen oft mit Unverständnis reagiert. Rasch werden die Betroffenen mit Sätzen wie: „Der simuliert doch nur!“ oder „Das ist doch reine Einbildung!“ ausgegrenzt.

4.1. Welche Ursachen kommen für chronische Schmerzen in Frage?

Die Forschung hat nachgewiesen, dass starke und länger andauernde Schmerzreize aus den Geweben des Körpers die weiterleitenden Nervenzellen von Rückenmark und Gehirn sensibler für nachfolgende Schmerzreize machen können. Die Folge kann sein, dass selbst leichte Reize wie eine leichte Berührung, mäßige Hitze oder Druck plötzlich als starker Schmerz empfunden werden. Hier kann sich die Empfindlichkeit des Schmerzsystems soweit „aufschaukeln“, dass sich eine meist über das Rückenmark vermittelte Schmerz-Überempfindlichkeit entwickelt.

Unter Umständen senden diese überempfindlich gewordenen Nervenzellen auch dann Schmerzsignale vom Rückenmark ans Gehirn, wenn aus den entfernter gelegenen Geweben des Körpers (z.B. von einem verspannten Muskel) keine Schmerzsignale mehr im Rückenmark eintreffen. Was als akuter Schmerz begonnen hat, kann sich auf diese Weise zu einem chronischen Schmerz entwickeln.

Diese Sensibilisierung (Empfindlichkeitssteigerung) findet nicht nur in den weiterleitenden Nervenzellen der Gewebe des Körpers (z.B. innere Organe, Gelenke, Muskel) statt, sondern wie oben beschrieben auch im Rückenmark sowie im Gehirn. Manche Forscher beschreiben die Lernvorgänge, die vor allem im Rückenmark zu einer Verfestigung einer gesteigerten Schmerzempfindlichkeit führen, etwas vereinfachend als „Schmerzgedächtnis“ oder „Schmerz-Engramm“, das von akuten Reizen eingepägt wird und das auch dann bestehen bleiben kann, wenn die eigentlichen Schmerzursachen bereits beseitigt sind.

Erforscht wird heute, warum Schmerzen bei manchen Menschen chronisch werden, bei anderen dagegen nicht, selbst wenn beide Gruppen ein vergleichbares Krankheitsbild aufweisen. Neben einer genetischen Veranlagung sind vor allem psychosoziale Faktoren nachgewiesen, d.h., psychische Faktoren haben einen Einfluss darauf, ob und wie stark sich eine Schmerzerkrankung ausbildet. Es ist bekannt, dass Menschen mit psychischen Vorerkrankungen wie z.B. Depressionen oder Ängsten stärker gefährdet sind als psychisch gesunde Personen. Auch soziale Faktoren wie das familiäre Umfeld und die berufliche Situation spielen eine wichtige Rolle.

5. Schmerz und Psyche

Wenn Menschen über lang anhaltende Schmerzen berichten, kann es hilfreich sein, sich ein Bild von ihrer Lebenssituation zu machen. Denn Schmerz und Psyche sind eng miteinander verwoben, ohne dass dies den Betroffenen bewusst sein muss. Das offenbaren die folgenden Beispiele:

- Bei einer 52-jährigen Schmerzpatientin traten „hartnäckige“ Rückenschmerzen zeitgleich mit schwerwiegenden Konflikten auf, die sie mit ihrem Vorgesetzten hatte.
- Ein kaufmännischer Angestellter, der nach einem Autounfall nur leicht verletzt worden war, litt auch Jahre nach der körperlichen Gesundung unter starken Schmerzen.
- Bei einem Industrie-Facharbeiter, der schon seit Jahren unter Rückenschmerzen und depressiver Verstimmung gelitten hatte, verstärkten sich die Beschwerden durch

- Familienkonflikte und eine verweigerte Unterstützung für den beruflichen Aufstieg so sehr, dass er sich eine Rückkehr an den Arbeitsplatz nicht mehr vorstellen konnte.
- Als letztes Beispiel sei eine berufstätige Ehefrau genannt, deren „unerklärliche“ Rückenschmerzen auftraten, als ihr Ehemann frühpensioniert wurde und dieser in ihren Augen „unglücklich, gereizt und ziellos zu Hause herumhängen würde“.

Vermutlich würden diese Schmerzkranken auf den Rat des Arztes, auch psychosoziale Hintergründe als Auslöser in der Ursachensuche mit einzubeziehen, mit der Frage reagieren: „Meinen Sie, ich bilde mir die Schmerzen nur ein?“ Es geht aber nicht um Einbildung, sondern darum, dass tatsächlich ein Zusammenhang zwischen ständigen Schmerzen und psychosozialen Belastungen bestehen kann.

5.1. Wie viel Psyche steckt im Schmerzgeschehen?

Das hängt zunächst einmal davon ab, ob es sich um akuten oder chronischen Schmerz handelt. Aufmerksamkeit, Gedanken und Gefühle können auch bei akuten Schmerzen unser Schmerzempfinden verstärken oder schwächen. Das weiß jeder, der schon einmal ein Kind hat stürzen sehen, das schmerzerfüllt zur Mutter läuft. Wenn es dann zum Trost ein Eis bekommt, kann es sein, dass der Schmerz in den Hintergrund tritt, bevor es später wieder den Schmerz stärker empfindet. Unsere Aufmerksamkeit kann also so stark von dem akuten Schmerz abgelenkt werden, dass wir ihn zeitweise nicht mehr wahrnehmen.

Wichtig

Akuter Schmerz wird nicht nur durch das Ausmaß einer drohenden oder erfolgten Körperschädigung beeinflusst, sondern auch durch Aufmerksamkeit, innere Wertungen und Gefühle sowie durch soziale Zuwendung.

Zudem beeinflussen „innere“ Bewertungen unsere Schmerztoleranz, wie das Beispiel einer brustamputierten Frau verdeutlicht. Die ärztliche Zusicherung, dass ihre Schmerzen kein Zeichen für eine erneute Krebserkrankung seien, konnte sie nicht beruhigen. Durch ihre Angst, der vorhandene Schmerz sei das Zeichen einer Neuerkrankung, empfand sie den Schmerz zunehmend stärker.

Bedeutsamer als beim akuten Schmerz sind psychosoziale Einflüsse auf das Schmerzerleben beim chronischen Schmerz. Meist sind Betroffene überzeugt, dass etwas „kaputt“ sein müsse, wenn sie längere Zeit an starken Schmerzen leiden. Wird dann vom Arzt keine körperliche Veränderung bzw. Schädigung festgestellt („Es ist soweit alles in Ordnung!“), hat der Schmerzgeplagte die Sorge, man würde ihm die Schmerzen nicht glauben, er würde sich diese nur einbilden oder gar als Simulant abgestempelt werden. Es gibt aber neben körperlichen Problemen weitere Faktoren für die Entstehung lang anhaltender, heftiger Schmerzen. Die

häufigste Ursache ist eine Kombination aus lang anhaltendem körperlichem, seelischem und sozialem Stress. Für über 80% aller Rückenschmerzen sind so genannte „Funktionsstörungen“ durch Dauerspannungen verantwortlich, die durch bio-psycho-sozialen Dauerstress verursacht werden.

Die meisten Rückenschmerzen sind auf biopsychosozialen Dauerstress zurückzuführen.

5.2. Stressanfälligkeit, ein begünstigender Faktor?

Diese Frage lässt sich unter Einbeziehung der sogenannten „Stress-Alarmanlage“ beantworten. Wenn sie ausgelöst wird, schwemmt sie Stresshormone (u. a. Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin) ins Blut. Es kommt im Körper zu Stressreaktionen. Sie sorgen dafür, dass körperliche Empfindungen wie Schmerzen, Verspannungen, aber auch Gefühle während der stressigen Zeit stark gedämpft werden, so dass wir beispielsweise plötzlich Blutspuren oder blaue Flecken an unserem Körper bemerken und uns verwundert fragen, woher diese kommen.

Diese „Stress-Alarmanlage“ hat eine „Grundeinstellung“. Sie sorgt dafür, dass sie in der Regel nur in (lebens-)bedrohlichen Situationen aktiviert wird. Gab es aber in den frühen Lebensjahren belastende Erlebnisse, wie beispielsweise Unfälle, Krankheiten oder körperliche, soziale und psychische Überforderungen, so kann dies die Empfindlichkeit der „Stress-Alarmanlage“ erhöhen. Diese Tatsache wird bei der Suche nach Schmerzursachen oft vernachlässigt, wie folgender Bericht einer Patienten zeigt: „Meine Mutter starb, als ich sechs Jahre alt war. Davon habe ich nicht viel mitbekommen. Aber jetzt, als vor fünf Jahren meine Schwester starb, war es viel schlimmer.“ Die Vorstellung, dass beeinträchtigende Erlebnisse aus der Vergangenheit keine Auswirkungen auf das heutige Erleben haben, trifft nicht zu. Das Gegenteil ist der Fall. Heute ist unstrittig, dass die gegenwärtige Stressanfälligkeit/-bereitschaft auch auf belastende Erlebnisse in Kindheit und Jugend zurückgeführt werden kann.

Der Zusammenhang zwischen Schmerz und „Stressoren“ ist nicht immer leicht einsehbar, denn die Folgen des Stress werden meist erst wahrgenommen, wenn der Mensch zur Ruhe gekommen ist. Betroffene sagen dann voller Enttäuschung: „Endlich hatte ich die großen Belastungen gemeistert, gerade wollte ich anfangen, mich auszuruhen, da kamen die Beschwerden“. Oft zeigen sich diese stressbedingten, meist körperlichen Beschwerden nach Todesfällen, langen und schwerwiegenden Konflikten in Ehe und Familie, Über- oder Unterforderungen am Arbeitsplatz und bei Mehrfachbelastung durch Berufstätigkeit mit gleichzeitiger Verantwortung für Kinder, Haushalt und nahen Angehörigen.

5.3. Hinweise für psychosoziale Ursachen

Nicht jeder Stress macht krank. Stress macht aber immer dann krank, wenn mehr Stress in das „Fass hineinläuft“ als „unten ablaufen“ kann.

„Das Fass der Spannungen“



Dies gilt auch, wenn sich der Stress aus positiven und negativen Belastungen zusammensetzt. Es muss kein einzelnes Lebensdrama vorausgegangen sein. Vielmehr können insbesondere schwelende Konflikte in Beruf und Familie, überspielte Kränkungen, „verleugnete Überforderung“ und auch Selbstüberforderung (z.B. „250%ig sein“) eine schmerzauslösende Wirkung haben.

Dies lässt sich nachvollziehen, wenn man sich eine längere Phase körperlicher, psychischer und/oder sozialer Überbelastung/Überforderung vorstellt. Sie löst die „Stress-Alarmanlage“ aus. Daraufhin spannen sich u.a. alle Muskeln an, was nicht wahrgenommen wird. Mit der Zeit verkürzen und verhärten sich die dauergespannten Muskeln. Dies wird unter Umständen als eine Art von Bewegungseinschränkung wahrgenommen. Man fühlt sich häufiger und schneller erschöpft und beginnt, an seiner Leistungsfähigkeit zu zweifeln.

Ursache der fortschreitenden Erschöpfung ist die kontinuierliche Anspannung der Muskulatur, wie Messungen ergeben haben. Bei einem entspannten Menschen „arbeiten“ beim einfachen Händeschütteln ca. 60 Muskelabschnitte. Bei Menschen, die verspannt und im Stress sind, wird dagegen ein Vielfaches an Muskelabschnitten aktiviert. Diese Überaktivierung und Daueranspannung insbesondere der tiefen Muskulatur findet sich nicht nur bei vielen weiteren Aktivitäten, sondern auch in Ruhe, was zu einem hohen Energieverbrauch führt.

Nach einer Phase der schnellen Erschöpfbarkeit können erste Schmerzen auftreten, zumeist im Bereich von Muskulatur oder Sehnenansätzen, Bindegewebe oder Knochenhaut. Auslöser sind häufig eine körperliche Überanstrengung oder „harmlose“ Stürze oder Unfälle. Die dauernde Anspannung mit ihren auf den Körper wirkenden Zugkräften verändert das Gewebe und verursacht z.B. Schwellungen und Mikroentzündungen. Die Folge ist der sogenannte „Weichteilschmerz“. Dieser „Weichteilschmerz“ ist ein Akut-Schmerz, steht aber in einem engen Zusammenhang mit unserer psychosozialen Gesamtbelastung.

5.4. Gefühlsstimmungen als Verstärker

Schmerzen erhöhen die bestehende Muskelverspannung zusätzlich. Die Folge: Die Bewegungseinschränkungen werden größer; die Erschöpfbarkeit nimmt weiter zu; die Schmerzintensität steigt und damit wiederum die Muskelspannung. Zudem verstärken die durch den Schmerz verursachten Einschränkungen im täglichen Leben Frustration und Ärger, Angst und Zweifel, Mutlosigkeit oder „heldenhaftes“ Durchhalten. Diese Gefühlsstimmungen können den „inneren Stress“ verstärken. Es droht ein sich selbst verstärkender „Teufelskreis“. In dieser Übergangsphase wird aus dem Akut-Schmerz oft ein „Dauerschmerz“. Der Dauerschmerz ist anhand der gesteigerten Empfindlichkeit der für den Schmerz zuständigen Nervenzellen sogar im Gehirn nachweisbar.



In dieser Situation reicht oft bereits eine geringfügige Anspannung aus, um einen Schmerz auszulösen. Der ehemalige Akut-Schmerz verliert zunehmend seine unmittelbare Alarmfunktion und kann chronisch werden.

Der Schmerzverlauf chronifiziert sich insbesondere dann, wenn der Schmerzkranken auf Grund mangelnder Behandlungserfolge und eines Gefühls von Nutzlosigkeit mit sozialem und/oder beruflichem Rückzug reagiert sowie aus Angst vor einer Verschlimmerung der Schmerzen eine Schonhaltung entwickelt, was den körperlichen Zustand oft weiter verschlechtert. Nicht selten trauen sich Betroffene, insbesondere nach längeren Fehlzeiten, nicht mehr zu, an den Arbeitsplatz zurückzukehren. Aus diesem Rückzug können weitere Ängste, beispielsweise bezüglich der finanziellen Zukunft, resultieren. Selbstzweifel, verbunden mit Mutlosigkeit, können zu einer „reaktiven Depression“ (Resignation) führen, in der der Betroffene am Lebenssinn zu zweifeln beginnt.

Diese Zusammenhänge weisen darauf hin, dass chronische Schmerzen nicht nur einem körperlichen, sondern immer auch einem gefühlsmäßigen und sozialen Einfluss unterliegen.

Wichtig

Chronische Schmerzen unterliegen immer körperlichen, psychischen und sozialen Einflüssen. Mal überwiegt die eine, mal die andere Seite.

5.5. Gefühle als Ursache von Schmerzen?

Schon der Volksmund spricht vom „schmerzhaften Verlust“ eines geliebten Menschen. Nicht zu Unrecht, wie Messungen von Experten ergaben. Sie fanden, dass bei körperlichen Verletzungen und sozialen Verlusten, z.B. eines wichtigen Menschen, die gleichen Hirnregionen aktiviert werden. Das heißt: Auch „seelischer“ Schmerz ist „echt“ und muss ermittelt werden, um in der Behandlung unwirksame operative Eingriffe zu vermeiden. Dies verdeutlicht das folgende Beispiel einer Frau, die ihre beste Freundin durch Krebs verlor: In den letzten Monaten der Krankheit hatte sie sich gegenüber der sterbenskranken Freundin, den Kollegen in der Arbeit und gegenüber ihrer Familie „zusammengerissen“, d.h. die eigene Trauer und Angst nicht gezeigt.

Mehrere Wochen nach der Beerdigung der Freundin klagte sie nach einem Umbau des Kinderzimmers über Rückenschmerzen. Die üblichen Behandlungsmaßnahmen führten immer nur kurzfristig zu einer Besserung. Insgesamt wurden die Schmerzen zunehmend schlimmer. Mehrere Monate später, als die Schmerzpatientin am Ende der Sportstunde eine Entspannungsübung machte und die Trainerin ihre Hand auf den Bauch der schmerzgeplagten Frau legte, um die Entspannung zu fördern, lösten sich ihre „unterdrückten“ Gefühle unter der tieferen Entspannung. Sie brach in nicht enden wollende Tränen aus. Sie hatte „losgelassen“. Wenige Tage später waren ihre Schmerzen rückläufig und verschwanden im weiteren Verlauf ganz.

Das Beispiel zeigt, dass Menschen mit einer hohen Selbstbeherrschung, mit Tapferkeit und Einstellungen wie „Meine Gefühle gehen niemanden etwas an“ oder „Um des lieben Friedens willen sag ich nichts“ die Tendenz haben, ihre Gefühle zu „unterdrücken“. Das Zurückhalten der körperlichen Erregung durch muskuläre Anspannung kann in der Summe bzw. im Laufe der Zeit dazu führen, dass es über die erhöhte Anspannung zu Schmerzen im Körper kommt, denn Gefühle wie Wut, Angst oder Freude sind gleichzeitig körperliche Erregungen/Spannungen, wie auch die sprichwörtliche „Angst im Nacken“ verdeutlicht. Für den Schmerz kann dann der behandelnde Arzt keine überzeugende körperliche Ursache finden.

Wichtig

Unsere Einstellung sollte sich widerspiegeln in dem Satz: „Grenzen zu haben ist menschlich, manchmal spüren wir sie zuerst im Körper.“

6. Somatoforme Schmerzstörung: Wenn die Seele schmerzt



Wenn ständig unerklärliche Schmerzen quälen und der Arzt keine Ursache hierfür findet, könnte eine „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ vorliegen.

Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ASS) ist geprägt durch anhaltende starke Schmerzen, ohne dass eine körperliche (somatische) Ursache vorliegt, die die Schmerzen erklären könnte. Als Auslöser für diese Störung werden psychische Umstände (emotionale Konflikte, psychosoziale Probleme) angesehen. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Die Störung tritt vermehrt im Alter zwischen 30 und 50 Jahren auf.

Symptome

Gekennzeichnet ist die ASS durch starke Schmerzen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten. Die Schmerzen treten dabei entweder in nur einer Körperregion oder gleichzeitig in mehreren Regionen auf. Häufige Begleiterscheinungen sind Magen-Darm-Beschwerden, Erschöpfung, Schlafstörungen, Schwindelgefühle und Unruhe.

Ein Beispiel: Die Schultermuskeln schmerzen ständig. Trotz genauer medizinischer Untersuchung kann hierfür keine Ursache gefunden werden. „Der Schmerz entsteht hier im Gehirn und zwar auch dann, wenn die Schultermuskeln nicht verspannt sind. Zusätzlich sinkt mit der Zeit die Schmerz- und Stressschwelle. Dadurch kommt es zusätzlich zu funktionellen Schmerzen, indem sich die Muskulatur tatsächlich verspannt. Dann genügt schon die geringste

Verspannung, um große Schmerzen auszulösen“, erklärt Dr. Martin von Wachter von der Klinik für Psychosomatik in Aalen.

6.1. Psyche als Ursache für Körperschmerz

Bei der ASS liegen keine für die Schmerzen ursächlichen körperlichen Störungen vor. Dagegen sind psychische Einflüsse für den Beginn und die Aufrechterhaltung der Erkrankung entscheidend. Sie können die Schmerzen sowohl auslösen als auch verstärken. Psychische Konflikte und anhaltende schwere Belastungen sind charakteristisch für diese Störung. Es handelt sich zudem um eine Störung der Schmerz- und Stressverarbeitung. Betroffene sind stress- und schmerzempfindlicher als andere Menschen.

Negative Emotionen werden bei der ASS als körperliche Schmerzen wahrgenommen. Eine Begründung dafür: Das Schmerzempfinden ist im Gehirn in einem Gebiet angesiedelt, das auch Sitz der Gefühle ist. Soziale und körperliche Stress-Schmerzsysteme sind auf neurobiologischer Ebene also eng verknüpft. Bei lang anhaltenden belastenden Situationen kommt es zu einer Aktivierung von körperlichen Schmerz und negativen Gefühlen.

Häufig liegen bei der ASS auch traumatische Erlebnisse in der Kindheit vor. „Solche Erlebnisse aus frühen Jahren sind jedoch keine Bedingung für das Entstehen einer Schmerzstörung. Diese kann zum Beispiel also auch dann entstehen, wenn die Kindheit ohne Traumata durchlebt wurde und die seelische Belastung, etwa jahrelanger Stress, erst im Erwachsenenalter entstanden ist“.

6.2. Von Arzt zu Arzt

Wird die Diagnose ASS überhaupt jemals gestellt, dann geschieht dies erst nach durchschnittlich drei bis fünf Jahren. Betroffene machen zuvor in der Regel eine Arzt-Odyssee durch. Der Hausarzt, der keine körperliche Ursache finden kann (es gibt ja keine), verweist an den Facharzt. Da der Patient auch hier keine Hilfe finden kann, begibt er sich auf die Suche nach anderen Experten.

Der Patient wird von einem Facharzt nach dem anderen untersucht, in der Hoffnung, dass endlich eine körperliche Ursache gefunden wird. Immer wieder bekommt er zu hören: „Sie haben nichts.“ Resignation und Enttäuschung über die Ärzte, die keine körperliche Erklärung finden können, macht sich breit. „Der Hinweis, dass vielleicht eine psychische Ursache vorliegen könnte, wird nicht gern gehört. Nach jahrelangen organischen Untersuchungen fällt es schwer, sich plötzlich eine psychische Ursache der Beschwerden vorzustellen“.

Zudem müssen Patienten sich mitunter den Verdacht gefallen lassen, dass sie ihr Leid nur simulieren würden. Der Grund: Bei der ASS gibt es keine auffälligen Befunde oder abweichende

Laborwerte und auch die Bildgebung (z.B. Röntgen) zeigt keine Auffälligkeiten. Dennoch gibt es für Fachleute keinen Zweifel daran, dass die Schmerzen echt sind.

6.3. Psychotherapie erste Wahl

Bei der Behandlung einer ASS steht die Psychotherapie im Vordergrund. Es gilt den zu Grunde liegenden Konflikt oder die andauernde Belastungssituation zu bearbeiten. Ziel ist, die Schmerz Wahrnehmung zu verändern, zu lernen, dass negative Gefühle oft als körperlicher Schmerz erlebt werden.

„Um Schmerzen zu reduzieren oder mit ihnen besser leben zu können, ist eine aktive Lebensweise unerlässlich. Bewegung und Sport sind ein entscheidender Motor in Sachen Lebensfreude. Sie helfen, sich mit dem Körper, den man fast nur mehr als schmerzenden Feind erlebt, wieder anzufreunden und positives zu empfinden“, so der Schmerzmediziner. Bewegung hilft zudem gegen Depressionen. Auch Körper-, Musik- oder Kunsttherapie können hilfreich sein.

6.4. Schmerzmittel wirkungslos

Herkömmliche Schmerzmittel sind bei der somatoformen Schmerzstörung in der Regel wirkungslos. Sie bringen meist keine oder höchstens eine kurzfristige Schmerzlinderung. Antidepressiva können dagegen bei manchen Patienten hilfreich sein. Sie helfen, eine gewisse Distanz gegenüber den Schmerzen aufzubauen.

6.5. Heilungschancen

Ob eine ASS geheilt werden kann, hängt vor allem von zwei Faktoren ab: Von der Kompetenz, das psychosoziale Problem zu lösen, und von der Dauer der Schmerzerfahrung. „Kann der Konflikt, die Belastungssituation aufgelöst werden, kann etwa eine unglückliche Partnerschaft wieder verbessert oder beendet werden und dauern die Schmerzen noch nicht viele Jahre, dann ist die Prognose auf Schmerzheilung sehr gut“.

Die Erfahrung des Experten: Ein, zwei Jahre Schmerzen, in manchen Fällen auch bis zu fünf Jahre oder auch etwas mehr, lassen sich durchaus auch wieder auslöschen. Zehn Jahre Schmerzen lassen sich meist nicht mehr völlig auflösen, die neuronalen Bahnen sind bereits zu ausgeprägt. Wie bei allen Arten von chronischen Schmerzen zeigt sich auch hier die Wichtigkeit raschen Handelns seitens der Patienten und korrekter Diagnose und Behandlung seitens der Ärzteschaft.

Lassen sich die Schmerzen nicht mehr auflösen, dann kann das Ziel einer Therapie nur noch lauten: Erlangung oder Erhaltung einer angemessenen Lebensqualität trotz der Schmerzen. Bei

einer solchen therapeutischen Begleitung lernt der Patient, nicht gegen seine Schmerzen zu kämpfen, denn jeder Kampf kostet Energie und bringt Frustration mit sich. Und er lernt, sich Ziele zu setzen, die er trotz allem erreichen kann. Lebensqualität statt Heilung ist in diesen Fällen die Devise.

6.6. Einstellung zum Schmerz

Der Grad des Leides, den chronische Schmerzen verursachen, lässt sich bewusst steuern. Gegen Schmerzen anzukämpfen, sie abzulehnen oder bewusst versuchen, sie auszublenden, verstärkt die Schmerzen. Hilfreich dagegen ist die Einstellung: Ich habe die Schmerzen, sie sind Teil meines Lebens, aber dennoch kann ich ein gutes Leben haben. Nicht Resignation, sondern aktiv leben und sich einen Alltag schaffen, der neben aller Aktivität auch Raum für Rückzug, Ruhe und Entspannung bietet.

7. Schmerzarten

7.1. Häufige Arten von chronischen Schmerzen



Von den 1,5 Millionen Österreichern über 16 Jahre leiden laut der im Auftrag der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) durch geführten IMAS-Studie mit Abstand die meisten an Rückenschmerzen. 43,3 Prozent gaben bei einer Erhebung des CEOPS (Center of Excellence for Orthopedic Pain Management Speising) ihre Rückenprobleme mit

„Kreuzschmerzen“ an, 42,9 Prozent mit „Nackenschmerzen“ und 39,6 Prozent mit „Schmerzen in der Brustwirbelsäule“. Als Grund dafür wurde vornehmlich das stundenlange Sitzen am Computer und der damit verbundene Bewegungsmangel geortet.

An zweiter Stelle der chronischen Leiden stehen Kopfschmerzen. Der Spannungskopfschmerz, der den gesamten Hinterkopf erfasst, kommt am häufigsten vor, gefolgt von Migräne (meist einseitig) und – zu einem geringen Prozentsatz – der zumeist rund um das Auge auftretende Cluster-Kopfschmerz.



Beim ebenfalls immer häufiger empfundenen Nervenschmerz (Neuropathischer Schmerz) handelt es sich um eine Schmerzart, die durch Erkrankungen ausgelöst wird, die das schmerzleitende Nervensystem schädigen. Diese Erkrankungen können sowohl periphere Nerven als auch das Zentralnervensystem (Rückenmark und Gehirn) betreffen. Neuropathische Schmerzen werden oft beim immer häufiger auftretenden Diabetes Mellitus, bei älteren Patienten und bei einem großen Anteil von Patienten mit Rückenschmerzen beobachtet. Auch Nervenverletzungen bei Unfällen und Operationen, u.a. Amputationen von Gliedmaßen (Phantomschmerz), aber auch Leistenbruchoperationen, führen zu chronischen Nervenschmerzen.

7.2. Schmerz in der TCM-Diagnostik

Für die TCM ist jeder Schmerz im Kern eine Qi-Blockade.

Das bedeutet: Der natürliche „Energie“-Fluss ist unterbrochen, der Körper kämpft darum, die energetische Engstelle wieder durchlässig zu machen.

Dieser Kampf tritt als Schmerz ins Bewusstsein. Welche Störfaktoren für die Blockade verantwortlich sind und wie der Körper seine Gegenmaßnahmen organisiert, darüber liefern

Schmerzqualität und Schmerz-Ort erste diagnostische Hinweise. Als Beispiel für solche Störfaktoren seien die „überfordernden Witterungseinflüsse“ genannt, die in der chinesischen Krankheitslehre eine zentrale Rolle spielen. Folgende Zuordnungen haben sich in der Praxis besonders

bewährt: Plötzlich einschließender, stechender oder nach Ort und Intensität wechselnder Schmerz verweist auf „Wind“ als Urheber der Beschwerden; dumpfer, lähmender Schmerz auf „Feuchtigkeit“, brutaler, schneidender Schmerz auf „Kälte“-Blockaden.

Derartige Zuordnungen sind natürlich nur Mosaiksteine der Diagnostik, erst in Kombination mit Anamnese, Puls und Zungenbefund ergeben sie ein diagnostisches Bild, das zur Therapie führt.

Alle Qi-Blockaden haben eine Geschichte, machen eine Entwicklung durch. Diese Entwicklung kann andere Qualitäten als die zu Beginn maßgeblichen hervorbringen: Wenn die Blockade des Lebensflusses zur Anhäufung von Schlacken führt, entsteht eine Feuchtigkeitsstörung, wenn die Energien sich an der Barriere heiß laufen, entsteht Hitze. Wenn die Energien so abgebremst oder abgelöscht werden, dass nicht mehr genügend Lebenswärme gebildet wird, entsteht eine Kälte.

7.3. Schmerz aus der Sicht des Shiatsu-Praktikers

Im Shiatsu geht es vor allem um die Lebensenergie Qi die überall im gesamten Universum vorhanden ist und sich in allem Lebendigen in Form von Veränderung und Bewegung zeigt. Diese Lebensenergie zirkuliert unentwegt in unserem Körper in den Energiekanälen (Meridianen, Leitbahnen). Bei ungehindertem Fluss kann sich das Leben in uns harmonisch entfalten, körperliche Gesundheit und emotionale Ausgeglichenheit sind die Folge. Kommt es jedoch zu Blockaden in diesem Fließverhalten führt dies zu Störungen in unserer Befindlichkeit, es entstehen Disharmonie Muster die sich z.B. in Schwellungen und in Schmerzen äußern können. Dabei ist aber nicht der akute Schmerz, der vor allem durch Schädigung oder übermäßige Reizung von Körpergewebe hervorgerufen wird und dessen Ursache meistens genau bekannt ist vordergründig gemeint, sondern es geht um den Schmerz der nicht auf eine eindeutige Ursache zurückgeführt werden kann. Aus energetischer Sicht ist diese andere Art von Schmerz immer ein Ausdruck stagnierter (blockierter) Lebensenergie und manifestiert sich mit Vorliebe im Verlauf des Meridians welcher aus der Balance geraten ist. So kann z.B. eine sehr starke emotionale Kränkung die Leberenergie aus dem Gleichgewicht bringen und in Form von brennenden Schmerzen entlang der Außenseite des Oberschenkels auftreten. Viele andere Schmerzsymptome wie beispielsweise Kopf-, Rücken-, Gelenks- oder Menstruationsschmerzen können auch ein Ausdruck stagnierter Energie sein und sind häufig von chronischem oder rezidivierendem Charakter. In diesem Zusammenhang seien auch Begriffe wie Schmerzspirale und Schmerzgedächtnis erwähnt um die unterschiedlichen Ansatzpunkte in der Therapie dieser Zustandsbilder zu verdeutlichen.



8. Wirkungen von Shiatsu auf die Schmerzbewältigung

Die Studie "A Study of the Effects of Shiatsu on Pain Management" wurde von Maria Gryllaki et al.1 zwischen März 2008 und Oktober 2011 an der Pain Management Clinic des University Aretaieion Hospital in Athen durchgeführt.2

Insgesamt haben 58 Patienten im Alter von 30 bis 85 Jahren an der Studie teilgenommen: Maria betreute 25 Schmerzpatienten (mit etwa 300 Shiatsu-Sitzungen), Marianna 38 (mit etwa 240 Shiatsu-Sitzungen) und Anna 13 Patienten (mit etwa 250 Shiatsu-Sitzungen), was insgesamt 797 Shiatsu-Sitzungen bei einem Mittel von 12 Sitzungen pro Patient bedeutet. Die Patienten erhielten zudem Psychotherapie, Akupunktur und "Reflexologie". Diese Methoden wurden in der vorliegenden Studie aber nicht explizit berücksichtigt.

Alle Patienten litten unter chronischen Schmerzen, die nicht auf bösartigen (malignen) Ursachen (Erkrankungen) beruhten. Ungefähr 80 Prozent der Hilfe-Suchenden litten an einer der vier Beschwerdegruppen:

- Myoskeletale Beschwerden (Fibromyalgie, Sportverletzungen, Deformationen, Osteoporose etc),
- Autoimmun-Erkrankungen (Multiple Sklerose, Rheumatoide Arthritis etc),
- Neurologische Erkrankungen (Migräne, Post-Herpes Neuralgie, Trigeminusneuralgie etc) oder
- Complex Regional Pain Syndrome (CRPS).

Die an der Studie teilnehmenden Patienten drückten ihre Zufriedenheit über die zusätzlichen Empfehlungen über regelmäßige Übungen (Atemübungen, Walking, Yoga, Dehnungsübungen etc.) und Ernährung aus. Beschwerdefreiheit von sekundären Problemen wie Verdauungsstörungen, hormonellen Ungleichgewichten, Allergien, Schlaflosigkeit u.ä.m. wurde von ihnen vor allem mit Shiatsu in Verbindung gebracht, weil der holistische Ansatz der Shiatsu-Gebenden tiefer als nur zur Ursache der chronischen Schmerzen ging. Die Interaktion mit den Patienten zielte auf ein tieferes Verständnis der Natur/Ursache ihres Schmerzes - und dieses stärkte ihr Selbstvertrauen, indem sie Möglichkeiten erkannten, ihren Schmerz zu lindern. Zusätzliche Komplikationen, die ihren Schmerz betrafen, waren psychologische Aspekte wie Süchte, familiäre und finanzielle Probleme sowie psychische Belastungen.

Gemessen wurden Verbesserungen hinsichtlich

- Stärke, Häufigkeit und Dauer des Schmerzes,
- Lebensqualität (Stresslevel, zusätzliche Beschwerden/Erkrankungen, Arbeitsfähigkeit, Stimmung) und
- Zufriedenheit
- Ergebnisse

Nahezu alle Patienten drücken Gefühle der Entspannung und der Linderung ihrer Schmerzen durch die Shiatsu-Sitzungen aus. Und alle kommentierten die einzigartige Erfahrung als Individuum mit einem speziellen Gesundheitsproblem wahrgenommen und behandelt zu werden und nicht als eine unpersönliche "Nummer" im Medizinsystem.

Bei myoskeletalen Beschwerden zeigten sich bei 61 % der Patienten (Gesamtzahl: 36) Verbesserungen von 21 bis 90 Prozent: - 2 Patienten (6%) = vorübergehende Verbesserung - 12 Patienten (33%) = 5% - 20% Verbesserung - 22 Patienten (61%) = 21% - 90% Verbesserung

Bei neurologischen Beschwerden zeigten sich bei 67 Prozent der Patienten (Gesamtzahl: 9) Verbesserungen von 21 bis 90 Prozent: - 2 Patienten (22%) = vorübergehende Verbesserung - 1 Patient (11%) = 5% - 20% Verbesserung - 6 Patienten (67%) = 21% - 90% Verbesserung

Bei "komplexen Beschwerden" (mit myoskeletalen Beschwerden, neurologischen Beschwerden, zusätzliche Erkrankungen und schwierigen Lebenssituationen) zeigte sich bei 44 % der Patienten (Gesamtzahl: 23) Verbesserungen von 21 bis 90 Prozent: - 8 Patienten (34%) = vorübergehende Verbesserung - 5 Patienten (22%) = 5% - 20% Verbesserung - 10 Patienten (44%) = 21% - 90% Verbesserung Die Hälfte der 68 Patienten zeigte eine 40- bis 50%ige Verbesserung ihrer Lebensqualität.

Zusammenfassung



**Berührung ist Begegnung
Shiatsu-Ausbildungen Austria
Dr. Eduard Tripp**

A-1120 Wien, Schönbrunner-Schloss-Str. 21/8
Tel: +43 (676) 61 74 970
tripp@shiatsu-austria.at, www.shiatsu-austria.at

Generell zeigt Shiatsu eine deutliche Wirkung auf Schmerzen, unabhängig von Ursache/Ätiologie. Im Detail:

Die schmerzlindernde Wirkung von Shiatsu war unabhängig vom Alter. Bei 40jährigen Patienten konnten die gleichen Verbesserungen wahrgenommen werden wie 60jährigen.

Das Alter spielte allerdings eine Rolle bei der Compliance (Einwilligung, Mitarbeit) des Patienten. Jüngere Patienten waren positiver und optimistischer eingestellt, was ihren Umgang mit der Erkrankung betrifft. Ältere Patienten neigten mehr zu Pessimismus und verknüpften ihre Gesundheitsprobleme mit ihren eingeschränkten Chancen und Aussichten in Hinblick auf ihr Leben. Sie tendierten dazu, enttäuscht zu sein und schneller aufzugeben.

Posttraumatische Belastungsstörungen (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), Trauer und psychologische Faktoren spielten häufig eine Rolle im Schmerzgeschehen.

Patienten mit einer größeren Compliance (Mitarbeit, Einwilligung) erfuhren schneller und länger anhaltende positive Auswirkungen durch die Behandlungen. Abschließende Beobachtungen brachte eine Schmerzlinderung und verbesserte die Lebensqualität der Patienten in der Studie. Die Patienten lobten das Gefühl der Unterstützung durch die Shiatsu-Praktikerinnen nachdem ihre behandelnden Ärzte keine oder kaum mehr Möglichkeiten für die Schmerzlinderung zur Verfügung hatten. Und darüber hinaus, in Hinblick auf die Pain Management-Station des Athener Aretaieion Spital, erweiterte Shiatsu die Palette der Angebote für die Patienten.

9. Quellen

- A Study of the Effects of Shiatsu on Pain Management. In: AOBTA-Pulse Winter 2011
- <http://www.dgss.org>
- <http://www.shiatsu-austria.at>
- <https://www.schmerz-allianz.at>
- www.tcmklinik.de