

¹ Abteilung für Psychosomatik, Bereich Medizin, Universitätsspital Basel

² Abteilung für Physiotherapie, Medizin/Frauenklinik, Universitätsspital Basel

Multimodale Behandlung bei chronischen Schmerzen – Chance und Herausforderung für die Zusammenarbeit von Psycho- somatik und Physiotherapie

B. Wössmer¹, P. Loosli¹, J. Hochstrasser²

Zusammenfassung

Chronische Schmerzen gehen oft mit erfolglosen Behandlungsversuchen und erheblichen Beeinträchtigungen des Lebensvollzugs für die betroffenen Patienten einher. Die Behandlung der chronischen Schmerzpatienten hat sich für alle Fachdisziplinen als eine große Herausforderung erwiesen und keine kann für sich wirklich durchschlagende Erfolge in Sachen einer Schmerzfreiheit als Behandlungserfolg verbuchen. Die multimodale Schmerztherapie zeichnet sich dadurch aus, dass Fachpersonen aus der Somatik, Physiotherapie und der Psychologie/Psychotherapie zusammen ein gemeinsames Diagnose- und Therapiekonzept entwickeln und danach arbeiten. Es wird mit einem verhaltenstherapeutisch-kognitiven Trainingsprogramm und einem physiotherapeutischen Trainingskonzept gearbeitet. Da die körperliche Aktivität und die Wahrnehmung des Körpers, bzw. deren Fehlinterpretation eine wichtige Rolle spielen, ist der Einbezug der Physiotherapie wesentlich. Die enge fachliche Zusammenarbeit von Fachpersonen

aus verschiedenen Gebieten und Abteilungen, wie der Physiotherapie und der Psychologie/Psychosomatik, stellt Erwartungen an die eigene Bereitschaft zur Öffnung gegenüber anderen Konzepten, einer anderen Sprache und Kultur und zur Reflektion des eigenen Handelns; sie ist auf der anderen Seite eine Bereicherung, Entlastung und wirkt motivationserhaltend, auch für die Patienten.

Einleitung

Die International Association for the Study of Pain (IASP) definiert Schmerz als ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird. In dieser Definition wird die emotionale Komponente des Schmerzes miteinbezogen und die kausale Verbindung mit einer Gewebeschädigung aufgegeben. Mit anderen Worten Schmerz ist Schmerz, auch wenn keine somatischen Auslösebedingungen identifizierbar sind, und: Schmerz ist grundsätzlich eine subjektive Feststellung. Akuter Schmerz ist eine fast alltägliche Erfahrung. Akut bedeutet, dass der Schmerz Sekunden bis Wochen andauert und dass er meist an einen erkennbaren Auslöser gekoppelt ist. Mit dem Abklingen des nozizeptiven Reizes hört auch der Schmerz auf. Nicht so beim chronischen Schmerz:

Tabelle 1 Merkmale des chronischen Schmerzes [1]

- Eine Reihe von erfolglosen (insbesondere kausalen) Behandlungsversuchen
- Deutliche Beeinträchtigung auf verschiedenen Ebenen des Verhaltens und Erlebens:
 - kognitiv-emotional (Befindlichkeit, Denken, Stimmung)
 - behavioral (verstärktes schmerzbezogenes Verhalten, Reduktion von Alternativverhalten)
 - sozial (Arbeitsunfähigkeit, Beeinträchtigung der Interaktion mit Familie, Freunden und Bekannten)
 - physiologisch-organisch (Mobilitätsverlust, etc.)
- Eine Tendenz zur Schmerzausbreitung auf verschiedenste Körperareale
- Eine Entwicklung zur Dauerschmerzbelastung ohne Linderungsphasen
- Eine Tendenz zur Schmerzintensivierung

Hier dauert die Schmerzempfindung an, die Qualität der Lebensführung ist beeinträchtigt (Tab. 1).

Das Ausmaß des Problems Chronischer Schmerz zeigen die Hochrechnungen, die für Deutschland von 5 Mio. chronischen Schmerzpatienten mit erheblicher Beeinträchtigung des Lebensgefühls ausgehen, von denen 600 000 als «Problempatienten» angesehen werden müssen, die besonderer Betreuung bedürftig sind. Für das Leiden dieser Patienten wurde der Begriff der «Schmerzkrankheit» geprägt. Seit Mitte der Neunziger Jahre stehen für Patienten interdisziplinäre Behandlungsansätze zur Verfügung, zu denen die Kognitive Verhaltenstherapie und die Physiotherapie wesentliche Behandlungselemente beisteuern. Besonders in neueren Arbeiten wird die Wichtigkeit der körperlichen Aktivierung betont. In einer Querschnittstudie zeigen sich deutliche Merkmalsunterschiede zwischen Patienten mit einer hohen und einer niedrigen Punktzahl auf der Tampa-Skala für Kinesiophobie [2]. Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen hatten häufig schmerzbezogene Angst vor (erneuter) Verletzung und Bewegung. Aus diesem Grund ist die gemeinsame Arbeit von Physiotherapie und Psychotherapie während der Gruppentherapie sinnvoll und notwendig um frühzeitig die allenfalls bestehende Kinesiophobie zu erkennen und mit Hilfe von psychologischen Konzepten die Arbeit der Physiotherapie zu unterstützen. Andererseits ist die Physiotherapie im Sinn einer professionellen Konfrontation der Patienten mit ihren dysfunktionalen Überzeugungen (Angst vor Bewegung und erneuter Verletzung) für die Psychotherapie unerlässlich [3]. Die Behandlung dieser Patienten hat sich für alle Fachdisziplinen als eine große Herausforderung erwiesen und keine kann für sich wirklich durchschlagende Erfolge in Sachen Schmerzfreiheit als Behandlungserfolg verbuchen.

Multimodale Behandlungsansätze (Abb. 1) stellen die Behandlung der Wahl dar, obwohl sich auf Grund der

Unterschiedlichkeit der Programme und der Studiendesigns die Evidenz nur beschränkt belegen lässt [4, 5].

Multimodale Schmerztherapie

Die Multimodale Schmerztherapie zeichnet sich dadurch aus, dass Fachpersonen aus der Somatik und der Psychologie/Psychotherapie zusammen ein gemeinsames Diagnose- und Therapiekonzept entwickeln und danach arbeiten. Eine zeitliche, räumliche Vernetzung, so wie eine fortlaufende Abstimmung der Behandlung ist wesentlich. Dies fordert von allen Beteiligten eine hohe Bereitschaft zur Kooperation, fachliches Basiswissen in den jeweils anderen Fachdisziplinen sowie last but not least eine gemeinsame Sprache und Philosophie.

In den gängigen Gruppentherapie-Programmen werden verschiedene Behandlungselemente den Fachpersonen wie folgt zugeordnet:

Psychologie	Medizin	Physiotherapie
Verhaltenstherapie	Medizinische Behandlung	Physiotherapeutische Bewegungsprogramme
Entspannungsübungen	Patienten Information	Ausdauertraining
Psychoedukation Verständnis der Anatomie/Physiologie		Psychoedukation Verständnis der Anatomie/Physiologie
		Spiel

Die meisten dieser Behandlungsprogramme werden in geschlossenen Gruppen angeboten. Dies hat den Vorteil, dass die Patienten von den Erfahrungen der anderen Teilnehmer profitieren können; da fast immer zumindest eine Patientin auf einem Gebiet über Fortschritte berichten kann, bleibt die Motivation in der Gruppe erhalten. Zudem sprechen ökonomische Überlegungen für dieses Setting, da mehrere Patien-

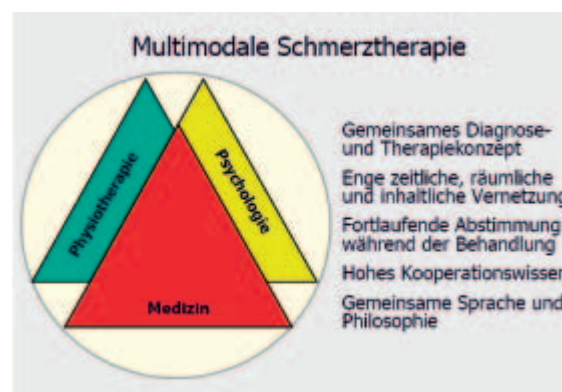


Abbildung 1 Modell der Multimodalen Schmerztherapie [6].

ten gleichzeitig mit manualisierten Interventionen erreicht werden.

Allgemeine Ziele solcher Behandlungsprogramme sind: die Minderung der Beeinträchtigung und die Verbesserung der Lebensqualität; das Öffnen des subjektiven Krankheitsmodells des Patienten für psychologische Faktoren; der Abbau des Doctor-Shopping und die Förderung der Autonomie des Patienten. Schmerzfreiheit ist kein realistisches und angemessenes Ziel der Schmerztherapie, sondern der Umgang mit dem Schmerz und dessen Akzeptanz. Der Erhalt der Arbeitsfähigkeit bzw. die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und -motivation kann ein wichtiges Ziel der Schmerztherapie darstellen, muss es aber nicht in jedem Einzelfall sein.

Es wird versucht, diese Ziele über ein verhaltenstherapeutisch-kognitives Trainingsprogramm und ein physiotherapeutisches Bewegungsprogramm zu erreichen. Wichtige Elemente sind dabei: Psychoedukation, Aufbau von körperlichen Aktivitäten, Verändern dysfunktionaler Kognitionen, Ablenkungstechniken, Stressmanagement und Entspannungstechniken mit Einbezug autosuggestiver Elemente, Stärkung der Selbstverantwortung und -wirksamkeit. Im Fear-Avoidance-Modell (Abb. 2) und im Avoidance-Endurance-Modell (Abb. 3) [7–11] werden die beiden wesentlichen Reaktionsstile von Patienten mit chronischen Schmerzen beschrieben. Beim Fear-Avoidance-Modell wird davon ausgegangen, dass unabhängig von der jeweiligen Schmerzursache die Art der kognitiven und verhaltensbezogenen Schmerzverarbeitung entscheidend für den Prozess der Chronifizierung ist. Es wird zwischen zwei entgegengesetzten Formen der Schmerzverarbeitung unterschieden: Vermeidungsverhalten und Konfrontation. Patienten mit Neigung zur Konfrontation sehen den Schmerz als ein vorübergehendes Gesche-

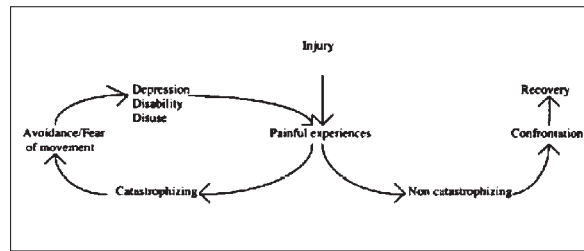


Abbildung 2 Fear-Avoidance-Modell der Schmerzchronifizierung (Philips 1987, [7] Vlaeyen 1995 [8] Leeuw 2007 [9]).

hen an und sind motiviert ihre alltäglichen Aktivitäten wieder voll aufzunehmen. Patienten mit Neigung zu Vermeidungsverhalten reagieren auf kognitiver Ebene mit einer bedrohlichen Interpretation der Schmerzerfahrung (katastrophisieren). Außerdem reagieren sie emotional mit Angst/Furcht auf jede Bewegung, die Schmerzen auslöst und meiden als Konsequenz jede Aktivität (körperlich/sozial), die mit Schmerzen verbunden ist.

Das Avoidance-Endurance-Modell stellt eine Erweiterung des Fear-Avoidance-Konzeptes dar. Es postuliert, dass es eine weitere maladaptive Schmerzverarbeitung gibt. Patienten neigen dazu, einen akuten Schmerz bewusst in Kauf zu nehmen, ihn auf gedanklichem Weg oder im Verhalten zu unterdrücken, um gerade begonnene Aktivitäten um jeden Preis zu einem Ende zu führen. Bei diesen Patienten kommt es häufig zu sich wiederholenden Überlastungen. Ihnen gelingt der flexible Wechsel zwischen normaler Belastung und Entspannung nicht.

Da die körperliche Aktivität und die Wahrnehmung des eigenen Körpers, bzw. die Fehlinterpretation körperlicher Phänomene eine wichtige Rolle spielen, ist der Einbezug der Physiotherapie wesentlich.

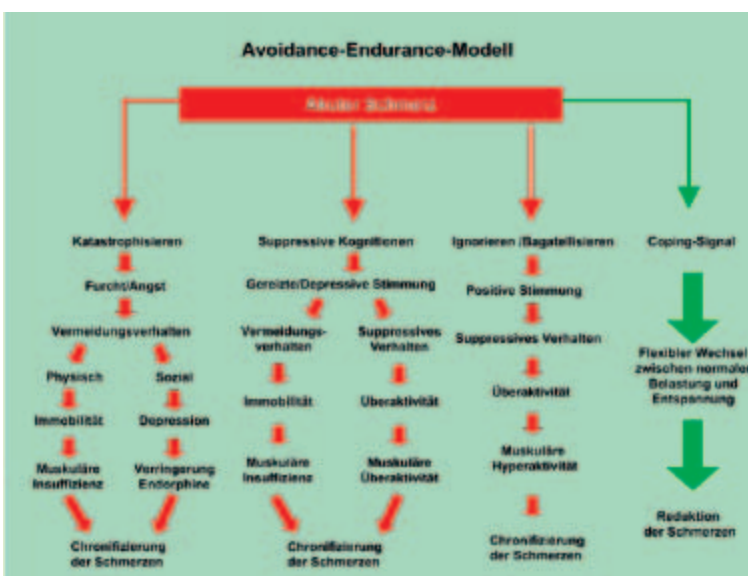


Abbildung 3 Avoidance-Endurance-Modell der Schmerzchronifizierung nach Hasenbring (1996 [10], 2001 [11]).

Interdisziplinäre Schmerzbehandlung am Universitätsspital Basel

Auch wenn sich über die Notwendigkeit und Effektivität der multimodalen Schmerzbehandlungsprogramme in der wissenschaftlichen Literatur einige Angaben finden lassen [4, 5], ist über die Zusammenarbeit der jeweiligen Fachpersonen wenig bzw. gar nichts zu finden.

An der Abteilung für Psychosomatik des Universitätsspitals Basel werden seit über 15 Jahren ambulante Gruppen für Patienten mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates angeboten. Geführt werden diese von einer Psychologin und einer Physiotherapeutin der Physiotherapie Medizin des Universitätsspitals. Beides sind selbständige Abteilungen, die nicht über gemeinsame Betten verfügen und deren formelle Kooperation sich auf dieses Behandlungsangebot beschränkt. Von beiden Abteilungen arbeiten insgesamt sieben Fachpersonen mit sechs verschiedenen Gruppen. Die medizinische Betreuung der Patienten erfolgt entweder durch die Medizinische Poliklinik des Universitätsspitals oder durch niedergelassene Ärzte, welche in der Regel auch die Zuweiser sind. Diese Zusammenarbeit beschränkt sich meist auf telefonische und schriftliche Kontakte.

Zusammenarbeit Physiotherapie – Psychotherapie

Die verbindende Ausgangsbasis zur Zusammenarbeit war die Überzeugung, dass für Patienten mit chronischen Schmerzen ein Gruppenprogramm sinnvoll und effizient ist. Die beiden Behandlungselemente, Psychologie und Physiotherapie sollten in einer gemeinsamen Therapieeinheit Platz finden und nicht nebeneinander angeboten werden. Umgesetzt wird dies durch die Anwesenheit beider Fachpersonen während des gesamten Gruppenprogramms, was unseres Erachtens eine wesentliche Voraussetzung für ein einheitliches, fachübergreifendes Verständnis der Chronifizierungsmechanismen der chronischen Schmerzen und des daraus resultierenden Behandlungsansatzes darstellt.

Ein wichtiger Aspekt in der Zusammenarbeit ist die unterschiedliche Einbettung der Fachgebiete im medizinischen System. Die Abteilung Psychosomatik stellt auf Grund psychologischer/psychosomatischer Kriterien die Indikation zur Gruppenbehandlung und stellt die Verordnungen für die Physiotherapie aus. Im klinischen Alltag der Gruppenbehandlung arbeiten diese Fachgebiete aber gleichberechtigt. Die Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten basiert auf einem kontinuierlichen Austausch, welcher im Verlauf der Jahre immer wieder durch die wachsenden gemeinsamen Erfahrungen verändert wurde.

Das vorliegende Gruppenbehandlungskonzept wur-

de auf Initiative der Psychosomatik des Universitätsspitals Basel erarbeitet. Diese Initiative wurde von der Leitung der Physiotherapie von Anfang an sehr begrüßt und tatkräftig unterstützt. Die Verantwortung des Gesamtkonzepts und die kontinuierliche Überarbeitung obliegen der Psychosomatik mit Einbezug der Physiotherapie. Die Vertreter der beiden Fachgebiete tragen die Verantwortung für ihr spezifisches Aufgabengebiet. In regelmäßigen Besprechungen werden die einzelnen Elemente auf einander abgestimmt. So werden neueste Erkenntnisse durch die einzelnen Fachgebiete kontinuierlich eingebracht, gemeinsam besprochen und umgesetzt.

Eine typische Situation, die die konzeptuellen Unterschiede deutlich macht, ist folgende: Ein Patient kann eine physiotherapeutische Bewegungseinheit nicht ausführen, obwohl ihm dies aus somatischer Sicht möglich wäre. Aus physiotherapeutischer Perspektive wird versucht dem Patienten durch manuelle Unterstützung oder Veränderung der Ausgangsstellung das Mitmachen zu ermöglichen. Aus psychologischer Perspektive wird versucht die zugrunde liegenden Gedanken und Ängste des Patienten zu explorieren und so sein Krankheitskonzept zu verstehen und zu verändern.

Die Zusammenarbeit setzt eine eingehende Auseinandersetzung mit den bestehenden unterschiedlichen Betrachtungsweisen und fachlichen Zuständigkeiten voraus. Geklärt werden muss z.B., wer die Entspannungsübungen leitet, wie viel Einfluss im anderen Fachgebiet geltend gemacht werden kann und/oder Ergänzungen eingebracht werden dürfen. Ist es den Psychologinnen erlaubt Bewegungsübungen bei den Patienten zu korrigieren? Sollen Physiotherapeutinnen kritische Hinweise auf schwer verständliche Formulierungen bei der Psychoedukation geben? Wie ist damit umzugehen, wenn sich die Kollegin im Umgang mit einem Patienten der eigenen Meinung nach zu passiv verhält oder keine «*unité de doctrine*» erkennbar ist?

Wie selbständig kann eine Fachperson Entscheidungen fällen, ohne diese mit ihrem Vorgesetzten zu besprechen? Hier können sehr unterschiedliche Kulturen von zwei Abteilungen aufeinander treffen, welche für die interdisziplinäre Arbeit einen gemeinsamen Nenner finden müssen. Klare Richtlinien sind zwingend, da eventuell häufiger Personalwechsel möglich ist. Antworten auf diese Fragen sollten in gemeinsamen Gesprächen gefunden werden und allfällige Unklarheiten, und Meinungsverschiedenheiten zwischen den beiden Fachpersonen sollten auf keinen Fall vor den Patienten oder der Gruppe ausgetragen werden.

Es hat sich als unumgänglich erwiesen, diesen Aspekten genügend Raum zu geben. Regelmäßige, wöchentliche kurze «Lagebesprechungen» sind äußerst sinnvoll, verhindern Missverständnisse und Fehlinterpretationen des Verhaltens der Kollegin und erhalten die Arbeitsmotivation bei doch eher schwierigen Patienten.

Die intensive gemeinsame Überarbeitung und Anpassung des Behandlungskonzeptes in größeren Abständen gewährleistet eine fachliche Auseinandersetzung zwischen den Fachbereichen, stärkt die «Identifikation» mit dem Behandlungsangebot und verbindet die beiden Fachpersonen als Team. Jede Therapeutin ist gezwungen, sich auf ihrem eigenen Gebiet mit neuen Forschungsergebnissen auseinanderzusetzen und diese Informationen in die Weiterentwicklung des Behandlungskonzeptes einfließen zu lassen.

Die enge fachliche Zusammenarbeit von Fachpersonen aus verschiedenen Gebieten und Abteilungen, wie der Physiotherapie und der Psychologie/Psychosomatik, erfordert eine hohe Bereitschaft zur Öffnung gegenüber anderen Fachwelten, die mit einer anderen Sprache und Kultur aufwarten. Wenn es gelingt, diese gemeinsame Arbeit in den Gruppensitzungen erlebbar zu machen, wirkt es unterstützend für die beteiligten Therapeutinnen und anregend für die Patienten, die unmittelbar erleben, wie sich Fachpersonen darum bemühen, die jeweils beste Lösung für sie zu finden.

Literatur

1. Kröner-Herwig B, Denecke H, Glier B, et al. Qualitätssicherung in der Therapie chronischen Schmerzes. *Der Schmerz* 1996; 10(1): 47–52.
2. Kori SH, Miller RP, Todd DD. Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management* 1990; 1: 35–43.
3. Elfving B, Andersson T, Grooten WJ. Low levels of physical activity in back pain patients are associated with high levels of fear-avoidance beliefs and pain catastrophizing. *Physiother Res Int* 2007 Mar; 12(1): 14–24.
4. Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD002194. DOI:10.1002/14651858.CD002194.
5. Kröner-Herwig B, Frettlöh J. Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen multiprofessionellen Therapieansatz. In: Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP. (Hrsg.): *Psychologische Schmerztherapie*. Heidelberg: Springer, 2004: 499–522.
6. Nagel B, Diezemann A. Multimodale Schmerztherapie. *Deutscher Schmerzkongress 2006*, Berlin.
7. Phillips HC. The effects of behavioural treatment on chronic pain. *Behav Res Ther* 1987; 25: 365–77.
8. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relations to behavioral performance. *Pain* 1995 Sept; 62(3): 363–72.
9. Leeuw M, Goossens M, Linton St, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen J. The Fear-Avoidance-Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *Journal of Behavior Medicine* 2007; 30(1): 77–94.
10. Hasenbring M. Kognitive Verhaltenstherapie chronischer und prächronischer Schmerzen. *Psychotherapeut* 1996, 41: 313–25.
11. Hasenbring M. Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung. *Der Schmerz* 2001; 15(6).

Summary: Multidisciplinary treatment of chronic pain – opportunities and challenges for collaboration between psychosomatic medicine and physiotherapy

Chronic pain is often associated with inefficient treatments attempts and a significant impairment of quality of life. The treatment of patients with chronic pain has been a major challenge for all disciplines concerned; none has convincingly shown that their approach achieves the goal of a pain free life. Multimodal pain management programs are characterised by a joint effort of somatic medicine, physiotherapy, and psychology or psychotherapy to cooperate in a shared model of diagnosis and treatment for chronic pain patients. We present the model that is in practice since eight years at the Division of Psychosomatic Medicine at the University Hospital Basel, combining elements of cognitive behaviour therapy and physiotherapeutic exercises. The presence of physiotherapists in therapeutic group sessions is essential because physical activation helps to improve body awareness; it yields bodily sensations that are often interpreted in a catastrophic way that can then be dealt with in a cognitive-behavioural approach. Such a close collaboration between different departments and between representatives of different professions takes time to develop, it needs open minded psychologists and physiotherapists who are willing to cooperate and share responsibility. On the other hand, having achieved a good working relationship leads to mutual support in working with these patient who sometimes induce intense feelings of helplessness in the professional, it provides patients with two different 'battlefields' to tackle chronic pain, thus allowing for a broader set of experiences from which patients can feed their motivation.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Brigitta Wössmer, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsspital, Hebelstraße 2, CH-4031 Basel
E-mail: woessmerb@uhbs.ch