

Artikelserie zur Chronifizierung von Schmerzen

Chronische Rückenschmerzen stellen ein gewaltiges volkswirtschaftliches Problem und eine Herausforderung in der Praxis des Masseurs oder Physiotherapeuten dar. Mittlerweile hat die physiotherapeutische und ärztliche Forschung einen gewaltigen Schritt in Richtung Verständnis des komplexen Geschehens getan. Von dieser Entwicklung will eine kleine Artikelserie berichten und den Fokus auf drei Schwerpunkte legen.

- Ausgabe Februar –
biopsychosoziale Untersuchung
- Ausgabe März –
Mechanismen zur Schmerzchronifizierung
- Ausgabe April –
Physiotherapeutische Behandlungsansätze

Der Schlüssel im Verständnis der Untersuchung chronischer Rückenschmerzpatienten ist die Erkenntnis, dass eine alleinige körperliche Untersuchung nicht ausreicht, um die Vielschichtigkeit des Problems zu erkennen. Will man diese Probleme erfassen, muss man die kognitiven, intellektuellen und emotionalen Aspekte des Geschehens mit aufnehmen. Man spricht daher von der „biopsychosozialen Untersuchung“.

Mechanismen zur Schmerzchronifizierung versteht man erst richtig, wenn man bereit ist, sich die Vorgänge in Nervenzellen anzuschauen. Anpassungen der Neurone des Rückenmarks auf nozizeptive Informationen der Peripherie gehen mit erstaunlicher Geschwindigkeit einher. Unter Umständen entwickeln sie ein „Input-Eigenleben“ und können selber die Quelle von Rückenschmerzen sein. Die Anpassungsmechanismen im Gehirn sowie deren Beeinflussbarkeit durch Gedanken und Emotionen werden derzeit stark erforscht.

Zielführende physiotherapeutische Behandlungsansätze für chronische Rückenschmerzpatienten kristallisieren sich allmählich heraus. Sie befinden sich auf der Ebene der Information von Patienten, der Ebene der Umprogrammierung von Verhalten und einer körperlichen Ebene. Letztere soll im dritten Beitrag stärker beleuchtet werden. Dabei wird diskutiert, welche Belastung für Patienten zumutbar ist und wie man ein Training steuern kann, wenn Patienten über Schmerzen klagen. Simo Taimela von der Universität in Helsinki, hat beim World-Congress of Low Back and Pelvic Pain in Barcelona kürzlich empfohlen: „die Übungen individuell anzupassen, sie zu überwachen und hoch zu dosieren“. Es gibt also schon viel externe Evidenz auf die man sich berufen kann, wenn man für diese schwierige Patientengruppe in der Praxis ein Training aufbauen möchte.

Die drei Autoren sind Studenten des Bachelorstudienganges in Science of Physiotherapy an der DIU/Fellbach und erfahrene Referenten der beruflichen Fortbildung an der VPT Akademie Fellbach. Sie beziehen in ihren Artikeln aktuelle Studienergebnisse, Kenntnisse aus der aktuellen Literatur und ihre Erfahrungen aus der eigenen Praxis mit ein.

Die Untersuchung chronischer Schmerzpatienten – eine bio-psycho-soziale Betrachtung

Bernhard Reichert

Die Untersuchung von chronischen Schmerzpatienten, beispielsweise chronischer Rückenschmerzpatienten ist umfangreicher als die „normale“ Untersuchung eines Patienten durch einen Masseur oder Physiotherapeuten zu Beginn einer Behandlung in der therapeutischen Praxis. Ein chronischer Rückenschmerzpatient ist nicht direkt als solcher zu erkennen. Manchmal dauert die Erkenntnis, dass man mit den üblichen Therapieformen nicht erfolgreich genug ist auch etwas länger.

Der Schlüssel im Verständnis der Untersuchung chronischer Rückenschmerzpatienten ist die Erkenntnis, dass eine alleinige körperliche Untersuchung mit Muskelonusprüfung oder Funktionstests nicht ausreichen, um die Vielschichtigkeit des Problems zu erkennen, geschweige denn bewerten zu können. Will man diese Probleme erfassen, muss man die kognitiven, intellektuellen und emotionalen Aspekte des Geschehens mit aufnehmen. Man spricht daher von der „biopsychosozialen Untersuchung“. In diesem Beitrag soll eine Übersicht über die Möglichkeiten gegeben werden, die in der Literatur diskutiert und in der Praxis zur Verfügung stehen.

Dabei werden Anteile und Aufgaben der biopsychosozialen Untersuchung vorgestellt und diskutiert. Hierzu wird zunächst der theoretische Hintergrund zu

- den verschiedenen Faktoren der Schmerzchronifizierung
- pathobiologischen Aspekten des chronischen Rückenschmerzes
- der Rolle des subjektiven Gefühl von ‚Kontrolle‘ über den Schmerz erläutert.

Danach werden die psychosozialen Risikofaktoren und deren Erkennungsmöglichkeiten aufgezeigt. In der Schlussfolgerung soll versucht werden, eine Zusammenfassung zu dem Themenkomplex zu geben.

Faktoren einer Schmerzchronifizierung

Schmerzchronifizierung ist ein multifaktoriell bedingter Prozess, der in einem „alarmierten“ Zustand des Nervensystems endet, der nach Ablauf einer Wundheilungsphase nicht wieder in einen normalen Aktivitätszustand zurückkehrt. Es handelt sich um eine Erkrankung der

zentralen Anteile des nozizeptiven Systems und ist im Hinterhorn des Rückenmarks, dem Thalamus sowie allen weiteren daran beteiligten Zentren des Gehirns (primär und sekundär sensomotorischer Cortex, frontaler Cortex, Amygdala etc.) lokalisiert. Bitte lesen Sie hierzu den Artikel zur Schmerzchronifizierung in der Ausgabe März 2008 von Michael Lehnard. Neben dieser biologischen Betrachtung ist seit einigen Jahren bekannt, dass kognitive, intellektuelle und emotionale Einflüsse die Chronifizierungsmechanismen positiv wie negativ beeinflussen können.

Pathobiologische Aspekte des chronischen Rückenschmerzes

Pathobiologische Faktoren spielen vor, während und nach Entstehung einer Schmerzchronifizierung in der Untersuchung und ggf. Behandlung eine ernstzunehmende Rolle.

1. Seit der jüngsten Begeisterung für die psychosozialen Faktoren zur Verstärkung einer Chronifizierung ist der Physiotherapie insgesamt eine Tendenz weg von der körperlichen Untersuchung und Behandlung zu unterstellen. Daher sei man davor gewarnt, die normale körperliche funktionelle Untersuchung des Patienten nicht zu vernachlässigen.
2. Pathobiologische Faktoren vor und während der Chronifizierung sind Faktoren, die eine Wahrscheinlichkeit für Chronifizierung erhöhen. Hierunter versteht man z.B. das Ausmaß von akuten Schmerzen. Nach Prof. Ziegglängsberger [1] sollte man akute Schmerzen von ca. 4-5/10 auf einer VAS-Skala nicht aushalten müssen. VAS-Skala bedeutet visuelle oder verbale analoge Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (maximal vorstellbarer Schmerz). Das Überschreiten dieser Größe-

ordnung an erlebten Schmerzen von 4-5 auf dieser Skala macht eine Chronifizierung wahrscheinlicher.

3. Mit pathobiologischen Korrelaten/Faktoren nach Entstehung einer Chronifizierung sind pathophysiologische Vorgänge gemeint, die alleine schon eine andauernde Nozizeption verursachen können und damit dem Nervensystem keine Möglichkeiten zum „Abkühlen“ der überaktiven Zentren der Schmerzverarbeitung geben. Hierunter kann man beispielsweise einige bekannte Erscheinungen zählen.

a. Chronisch interne Bandscheibenrupturen.

Adams [2, S. 76] et al. beschreiben, dass infolge Deckplatteneinbrüche, Kontakt des Nucleusmaterial mit der Sub. spongiosa der Wirbelkörper eine chemische Kaskade entsteht, die zur internen Veränderung des Bandscheibenmilieus führt und strukturelle Veränderungen der Bandscheibe nach sich zieht (z.B. horizontale Risse). Es ist aber auch bekannt, dass die chemisch veränderte und aggressive Grundsubstanz der Bandscheibe nach außen dringen kann und über nozizeptiv versorgte Strukturen, z.B. das Lig. longitudinale posterior, irritiert.

b. Lumbale Wirbelkanalstenosen führen in der Regel u.a. zu Schmerzzuständen im Rücken, Gesäß und Beinen. Diese Nozizeption kann eine Chronifizierung unterhalten.

c. Adhäsionen der Foramina intervertebralia infolge einer Nervwurzelentzündung durch ossäre oder discogene Irritation behindern die Nervwurzel in ihrer Bewegungsfähigkeit. Diese Zustände sieht man regelmäßig in der postoperativen Behandlung nach lumbalem Prolaps in der neuroorthopädischen Rehabilitation. Auch hier besteht die Situation einer fortwährenden Nozizeption.

4. Feststellen von schweren Pathologien. Letztlich darf die Untersuchung eines Patienten allein schon aus dem wichtigen Grund, eine eventuell bestehende Pathologie mit schweren neurologischen Defiziten zu übersehen, nicht auf die körperliche Befundung verzichten [3].

Die Erkenntnis ist demnach, dass die akribische funktionelle Untersuchung bei chronischen Rückenschmerzpatienten weiterhin eine

fundamentale Rolle hat, um Herde permanenter Nozizeption zu ermitteln.

Gefühl der Kontrolle

Das Gefühl, Kontrolle über eine kritische Situation des Lebens, wie beispielsweise ein fortwährendes Rückenproblem, zu haben ist ein extrem wichtiger psychischer Faktor bei Patienten. Bei dem Gefühl die Kontrolle über seinen Körper oder über seine Schmerzwahrnehmung zu verlieren entstehen Hemmmechanismen auf vielen Ebenen. In der Literatur gibt es zahlreiche Hinweise über die Wichtigkeit des Kontrollerlebens:

- „Die Kontrolle über das Schmerzerleben und über die Behinderung hat einen Einfluss auf das Schmerzverhalten und die Langzeitbehinderung.“ Partridge & Johnson 1989; Waddell 1999
- Ein verbessertes Gefühl der Kontrolle (über den Schmerz) könnte alleine schon helfen um das subjektive Gefühl einer Bedrohung oder Überforderung durch eine stressige Situation zu reduzieren. Lazarus & Folkman 1984
- Changes in perceived pain control was the mediator that explained the greatest proportion of the total treatment effect. Turner et al. 2007

Hiermit werden die Wichtigkeit des Begriffs Kontrolle sowie die Relation zwischen der eigenen Kontrolle des Patienten und das Ausmaß von Beschwerden bestätigt. Bleiben die Fragen, was Kontrolle ist und wie sich Kontrollverlust bemerkbar macht. Wichtige Begriffe sind hier Selbstwirksamkeitserwartung (self efficacy) und Schmerzwirksamkeitserwartung. Altmeyer 1983 schreibt hierzu: Schmerzwirksamkeitserwartung: ...ist, trotz Schmerzen eine vorgegebene Aufgabe durchzuführen oder ein bestimmtes Verhalten zu zeigen...

Selbstwirksamkeitserwartung korreliert mit dem Kohärenzgefühl aus der Salutogenese von Antonovsky (1988). Einfach ausgedrückt geht es dabei darum, das Gefühl der Machbarkeit zu haben, ein Gefühl zu behalten, mit den Anforderungen umgehen zu können, hier, die Schmerzen und die Behinderung aushalten zu können. Eine Steigerung des Selbstwirksamkeitsgefühls wird als Grundlage eines erfolgreichen Eigenmanagements erkannt (Marks et al. 2005 [4]).

Eine „niedrige Kontrollerwartung führt zu Angstvermeidungsverhalten“ und damit in einen Teufelskreis der Inaktivität und zunehmender Dekonditionierung. Verbunt 2005 [5] zeigt in seiner Studie eindeutig auf, dass

schmerzabhängige Angst das Level und Ausmaß körperlicher Aktivität deutlich reduziert. In einer weiteren, ganz frischen Studie zeigen Verbunt et al 2007 [6] auf, dass Patienten mit Angst vor Schmerzen zu Beginn einer Schmerzepisode auch länger inaktiv sind und länger im Bett bleiben.

Die biopsychosoziale Untersuchung

Die aktuelle Rückbesinnung auf eine ganzheitlichere Form der Untersuchung, geht auf eine allmähliche Entwicklung zurück: Bisherige Trennung der körperlichen von der psychischen Betrachtung des Leidens durch den Philosophen, Mathematiker und Naturwissenschaftler René Descartes (1596-1650). Für Descartes waren physiologische Modellvorstellungen integraler Bestandteil seiner Philosophie. Er reduzierte den lebenden Organismus des Menschen auf dessen Mechanik und wurde damit zum Begründer der neuzeitlichen Iatrophysik, in der Menschenmodelle und (versuchte oder gedachte) Konstruktionen von Menschenautomaten eine wichtige Rolle spielten [7]. Interessant ist, dass dieses Modell mehr als 400 Jahre akzeptiert wurde. Unser derzeit medizinisches Paradigma basiert größtenteils immer noch darauf. Erst durch die aktuellen Forschungen konnte der emotionale, psychische und kognitive Anteil in der Schmerzwahrnehmung bewiesen werden [z.B. in 11]. Das unterstützt das jetzt aufkommende Modell der biopsychosozialen Untersuchung. Die besondere Betrachtung der psychosozialen Faktoren bei der Entstehung bzw. Verstärkung chronischer Schmerzen geht auf eine Leitlinie von Kendall, Linton und Main von 1997 zurück (aus Gärtner 2003 [9])

Die biologische Untersuchung

Letztlich stellt dieser Anteil der Untersuchung den medizinisch-körperlichen Teil der Untersuchung dar, wie er von vielen medizinischen Arztgruppen und Gesundheitsberufen durchgeführt wird und im traditionell medizinischen Krankheitsmodell weiterlebt. Diese Untersuchungsform ist sehr detailliert und spezifiziert und mündet in internationalen Klassifikationssystemen wie z.B. die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD10-Katalog) der WHO. Leider werden Primärerkrankungen und Komorbiditäten, wie sie bei Schmerzchronifizierungen gesehen werden, häufig nur im Rahmen dieser Untersuchungsform erfasst und auch lediglich körperlich behandelt.

Die psychosoziale Untersuchung

Bei chronischen Erkrankungen gewinnen das subjektive Erleben und Befinden der betroffe-

nen Person sowie Prozesse der Krankheitsbewältigung zunehmend an Bedeutung. Die Leitlinie von Kendall, Linton und Main von 1997 beschreibt verschiedene Kategorien von Einflussfaktoren. Sie nennen es das Risikofaktorenmodell (Flag Konzept) und unterscheiden:

- red flags: medizinische Kontraindikationen
- yellow flags: psychosoziale Risikofaktoren
- blue und black flags: subjektive und objektive Risikofaktoren aus der Arbeitswelt

Der besondere Nutzwert des Wissens über diese sog. Yellow flags spiegelt sich in der Effektivität eines multidimensionalen Therapieansatzes wieder, wobei die psychosozialen Bedingungen des Patienten berücksichtigt werden. Im systematischen Review von Guzmán et al. aus 2001 [6] wurde die Effektivität einer intensiven multidisziplinären biopsychosozialen Rehabilitation hinsichtlich Funktion aber auch Schmerzreduktion besonders deutlich.

Welche psychosozialen Risikofaktoren werden diskutiert?

In Spine 2002 wurde ein systematisches Review von Pincus et al. [11] über die psychologischen Faktoren veröffentlicht. Sie untersuchten prospektive Kohortenstudien über tiefen Rückenschmerz. Als steigernde Faktoren für Chronifizierung stellen sich mit guter oder hinreichender Evidenz heraus:

- Psychologischer Distress (psychological distress)
- Depressive Stimmung (depressive mood)
- Somatisierung (somatization)
- Bewältigungsstrategien (coping strategies) wie z.B. Katastrophisieren (catastrophizing)
- Schmerzvermeidungsverhalten (fear avoidance)

In eine epidemiologischen Studie von Picavet et al. 2002 [12] wurde der Zusammenhang von

- besonders stark negativer Einstellung zum Schmerz (pain catastrophizing)
- Bewegungsangst (kinesiophobia) und Angst vor erneuten starken Schmerzen (fear of re-/injury)

bewiesen. Sie hoben die Bedeutung dieser beiden Risikofaktoren für die Ätiologie chronischer Rückenschmerzen heraus und empfahlen, sie in Präventionsprogrammen zur Vorbeugung chronischer Rückenschmerzen zu berücksichtigen.

Wie kann man psychosoziale Risikofaktoren erkennen?

Prinzipielle gibt es zwei grundsätzliche Möglichkeiten:



- das Patienteninterview im Rahmen der Anamnese durch den Masseur oder Physiotherapeuten
- das Einsetzen von Fragebögen
- Befragung durch den geschulten klinischen Psychologen

Im Vergleich zur internationalen Literatur gibt es in Deutschland ähnliche Fragebögen, die diesen Bereich abdecken. Die meisten sind eher auf das Erfassen von Schmerzzuständen oder Angstzuständen spezialisiert; z.B. der Schmerzfragebogen der Arbeitsgruppe Dokumentation der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS).

In der englischsprachigen Literatur haben sich einige Fragebögen aus dem schier unüberschaubaren Angebot heraus kristallisiert, die in Klinik und Forschung benutzt werden. Allerdings lassen sich auch hier Vermischungen mit Untersuchungen der Funktion oder Grad der Behinderung nicht verhindern.

Bereits 2002 haben Davidson und Keating die Reliabilität und Empfindlichkeit der fünf wichtigsten Fragebögen untersucht.

1. Short Form health Survey 36 (SF-36 PF, bzw. SF-36 PF 18)
2. Roland-Morris Disability Questionnaire (RMQ)
3. Oswestry Disability Index auch Questionnaire, ODI/ODQ)
4. Quebec Back Pain Disability Scale (erwähnt bei Davidson 2004)
5. Waddell Disability Index

Dabei erzielten der SF-36 PF, der ODQ und der Quebec Fragebogen die größte Zuverlässigkeit. Der SF-36 Health Survey (SF-36) zählt zu den amerikanischen Lebensqualitätsmessinstrumenten und ist das Produkt einer zwanzigjährigen Entwicklung. Der Fragebogen ist kurz, man benötigt etwa 10 Minuten zum Ausfüllen. Das Original des SF-36 enthält 36 Fragen, die den folgenden acht Subskalen zugeordnet sind:

- Körperliche Funktion (10 Items)
- Rollenfunktion, körperlich (4 Items)
- Rollenfunktion, emotional (3 Items)
- Soziale Funktion (2 Items)
- Psychisches Wohlbefinden (5 Items)
- Schmerz (2 Items)
- Vitalität (4 Items)
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (5 Items)

Möglichkeiten der Klinischen Psychologie

Die Möglichkeiten einen psychosozialen Status zu erheben sind mittlerweile auch sehr aus-

gereift. Die Tatsache, dass in der Physiotherapie darüber noch so erheblich diskutiert werden muss, wie man psychosoziale Risikofaktoren erkennt und einschätzen lernt, liegt an dem schlechten und langsamen Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die physiotherapeutische Ausbildung und Praxis.

Von Seiten der klinischen Psychologie aus gibt es sehr detaillierte Untersuchungsroutinen, die auf strukturierten und standardisierten Fragebögen sowie geführten Interviews basieren:

- DSM-IV; Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen der American Psychiatric Association
- CIDI; Composite International Diagnostic Interview

Die Rolle des Therapeuten

Bislang wurde die psychosoziale Untersuchung durch die Benennung von Risikofaktoren und Beschreibung von Fragebögen diskutiert. Nicht analysiert sind die individuellen Interaktionsfähigkeit und Kommunikationsstrategien für Therapeuten, einen Patienten allein durch ein strukturiertes Gespräch auf yellow, blue oder black flags zu betrachten. Nach Auffassung des Autors spielt der Masseur oder Physiotherapeut eine erhebliche Rolle als Bindeglied zwischen der medizinischen Betrachtung und der klinisch psychologischen Untersuchung eines Patienten. Wichtig ist die grundsätzliche Einstellung, dass psychosoziale Verstärkungsfaktoren einer Schmerzchronifizierung im Allgemeinen nichts mit einer psychiatrischen Erkrankung des Patienten zu tun haben. Vielmehr sollten wir Therapeuten uns der ständigen Interaktion mit dem Patienten im Behandlungsgespräch bewusst werden und lernen die yellow flags deutlich zu erkennen und sie als wichtige Risikofaktoren einzuschätzen. Kommunikativ geschickte oder geschulte Therapeuten können hier im Gespräch mit dem Patienten diese Risikofaktoren gezielt verdeutlichen und den Patienten dazu motivieren, einen anderen therapeutischen Konzept einzuschlagen.

Zeitpunkt einer psychosozialen Untersuchung

Weiterhin stellt sich die Frage, zu welchem Zeitpunkt der Therapeut sich veranlasst sehen könnte, von der biologisch/medizinischen Betrachtung ausgehend, die psychosozialen Faktoren zu erheben. Hierzu werden drei Zeitpunkte vorgeschlagen.

1. Grundsätzlich bei Verdacht auf Chronifizierung

Der erste mögliche Zeitpunkt berücksichtigt die Zeitrahmen einer Wundheilung, wenn man davon ausgeht, dass immer erst ein Schaden einer Chronifizierung vorausgeht. Die psychosoziale Untersuchung könnte dann einsetzen, wenn Patienten mit einer Schmerzanamnese deutlich längere Beschwerdedauer angeben, als die normale Wundheilung. Dies könnte nach drei, sicher nach sechs Monaten nach Beginn der Rückenschmerzen der Fall sein.

2. Bei Fehlschlagen der Behandlung biologischer Parameter

Ein weiterer Zeitpunkt wäre die Feststellung, dass ein Patient auf die medizinisch orientierte Physiotherapie keine Angaben von Beschwerdebesserung machen kann. Auch hier, wie bei allen anderen genannten Situationen, ist der Patient bereits optimal medizinisch untersucht und optimal physiotherapeutisch behandelt worden. Ein weiteres Verfolgen eines medizinisch / biologischen Behandlungsansatzes macht keinen Sinn.

3. Bei entsprechenden Symptomen

Der letzte und wichtigste Anlass eine biopsychosoziale Untersuchung heranzuziehen, ist das Erkennen von verändertem Schmerzverhalten. Anzeichen von Katastrophisieren, Schmerzvermeidungsverhalten und herabgesetzter Selbstwirksamkeitseinschätzung, merkwürdiger Vorstellung vom Krankheitsgeschehen und Komorbiditäten sollten Ausschlag geben, parallel zur körperlichen Untersuchung eine psychosoziale Anamnese einzuleiten. Hier sind die Erfahrung und der Kenntnisstand des Therapeuten gefragt. Hilfreich sind hier die Tests nach Waddell [14], die Aufschluss über ein unangebrachtes Krankheitsverhalten des Patienten gibt.

Nicholas Kendall hat auf dem World-Congress of Low Back and Pelvic Pain im Oktober 2007 in Barcelona zum Umgang mit Rückenschmerzpatienten empfohlen:

„First check red flags (Kontraindikationen), start treatment with drugs, manipulation, and training, possibly check yellow flags and start a cognitive behavioural therapy“.

Anwendbarkeit der psychosozialen Untersuchung

Aus Gründen der Praktikabilität wird in der täglichen Praxis eine psychosoziale Untersuchung auf der Ebene des Gesprächs/Interviews angesiedelt sein. Fragebögen können lediglich aus Gründen der Dokumentation, ggf. mit einem wissenschaftlichen Grundinteresse aus

zum Einsatz kommen.

Letztlich werden engagierte Therapeuten durch die nicht ganz geklärte Abgrenzung zur klinischen Psychologie verunsichert. Vielleicht könnte die Grenze da überschritten werden, wenn Anamnese und Intervention sich nicht mehr an den aktuellen Beschwerden und Behinderungen des Patienten orientieren. Der Therapeut sollte keine Bedenken haben, wenn er statt einer Behandlung, „nur“ mit dem Patienten spricht. Chronische Rückenpatienten können sowieso nicht mit üblichen konventionellen physiotherapeutischen Maßnahmen erfolgversprechend behandelt werden. Daher ist das Gespräch mit dem Patienten meist der Auftakt zu einer geänderten Behandlungsstrategie mit einem multidisziplinären Ansatz, in dem der Therapeut weiterhin eine wichtige Rolle ausfüllen kann.

Schlussfolgerung

Eine solide körperliche Untersuchung bleibt die Basis therapeutischer Arbeit. Die psychosoziale Untersuchung kann ein wichtiger Bestandteil der Interaktion mit dem Patienten sein, wenn der gegebene Zeitpunkt hierfür eingetreten ist. Es ist deutlich geworden, dass es für die tägliche Praxis derzeit kaum einen geeigneten Fragebogen gibt, der alle psychosozialen Aspekte abdeckt. Das wichtigste Werkzeug bleibt die Anamnese, so dass die Qualität der psychosozialen Untersuchung auf der Ebene der individuellen Fähigkeiten, den Soft Skills des Therapeuten liegt.

Literaturverzeichnis

1. Persönliche Mitteilung Prof. Zieglgänsberger, Max-Planck-Institut München, Vorlesung der DIU, Februar 2007
2. Adams M. et al, *The Biomechanics of Back Pain*, Churchill Livingstone, 2002
3. Chou R, *Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society*, *Ann Intern Med.* 2007 Oct 2;147(7):478-91.
4. Marks R et al, *A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice*, *Health Promot Pract.* 2005 Jan;6(1):37-43.
5. Verbunt JA et al, *Decline in physical activity, disability and pain-related fear in sub-acute low back pain*, *Eur J Pain.* 2005 Aug;9(4):417-25
6. Verbunt JA et al, *A new episode of low back pain: Who relies on bed rest?*, *Eur J Pain.* 2007 Sep 14;

[Epub ahead of print]

7. Wikipedia Descartes:
http://de.wikipedia.org/wiki/Ren%C3%A9_Descartes
8. Turk DC, Monarch ES, *Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain*, in *Psychological Approaches to Pain Management*, pp. 3-29, The Guilford Press, 2002
9. Gärtner N. *Psychosoziale Faktoren bei der Entstehung chronischer Rückenschmerzen*. *Z f Physiotherapeuten* 2003;55:1724-31.
10. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K et al. *Multi-disciplinary rehabilitation for chronic lowback pain: systematic review*. *BMJ* 2001;322:1511-6.
11. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. *A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain*. *Spine* 2002;27(5):E109-20.
12. Picavet H, Vlaeyen J, Schouten J. *Pain Catastrophizing and Kinesiophobia: Predictors of Chronic Low Back Pain*. *Am J Epidemiol* 2002;156:1028-34.
13. Wittchen HU, Hoyer J, *Klinische Psychologie & Psychotherapie*, Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006
14. Waddell G. *A new clinical model for the treatment of low-back pain*. *Spine.* 1987;12:632-644

Anschrift des Verfassers

Bernhard Reichert
PT, MT, Cand. BSc Phys DIU Dresden/Fellbach
VPT Akademie Fellbach
b.reichert@online.de