

**Zeitschrift:** Fisio active  
**Herausgeber:** Schweizer Physiotherapie Verband  
**Band:** 41 (2005)  
**Heft:** 5

**Artikel:** Chronischer Schmerz : eine interdisziplinäre Herausforderung  
**Autor:** Walti, Martina / Aegler, Barbara / Humbel, Judith / Schütz, Iris  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-929581>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 03.04.2026

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

# Chronischer Schmerz: Eine interdisziplinäre Herausforderung

Martina Walti, Physiotherapeutin, Leitung AISP, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, UniversitätsSpital Zürich, [martina.walti@usz.ch](mailto:martina.walti@usz.ch); Barbara Aegler, Ergotherapeutin, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, UniversitätsSpital Zürich; Judith Humbel, Psychologin, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, UniversitätsSpital Zürich; Iris Schütz, Physiotherapeutin, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, UniversitätsSpital Zürich

Im folgenden Artikel wurde auf die schwer lesbare Form verzichtet und ausschliesslich die männliche Form gewählt. Darin ist die weibliche Form selbstverständlich auch enthalten.

#### Schlüsselwörter:

**Interdisziplinarität, kognitiv-verhaltens-therapeutische Ansätze, biopsychosoziales Modell, Angst-Vermeidungsverhalten, individuelle Zielsetzung, psychosoziale Risikofaktoren**

Das Thema «chronischer Schmerzpatient» beschäftigt derzeit verschiedene im Gesundheitswesen tätige Disziplinen und erhitzt auch auf politischer Ebene die Gemüter. In diesem Artikel wird die Entwicklung der Schmerzforschung in den letzten Jahren aufgezeigt und der derzeitige Stand der Erkenntnisse bezüglich des Managements von chronischen Schmerzpatienten erläutert. Am Beispiel des Ambulanten Interdisziplinären Schmerz-Programms (AISP) am UniversitätsSpital in Zürich wird eine Form des interdisziplinären Assessments von chronischen Schmerzpatienten aufgezeigt und der grobe Inhalt des Programms aufgelistet. Die Rolle und der Stellenwert der Physiotherapie in einem interdisziplinären Schmerzteam werden beschrieben.

#### ABSTRACT

The «chronic pain patient» issue is currently of great interest to various fields within the health service, and is also causing controversy at a political level. In our article, we show the development of pain research in recent years and clarify the current level of knowledge regarding the management of chronic pain patients. Taking the Interdisciplinary Outpatient Pain Programme in use at the University Hospital in Zurich as an example, we present one form of interdisciplinary assessment of chronic pain patients and the basic content of our programme. The role and value of physiotherapy in an interdisciplinary pain team are described.

*early motion*



## MIETSERVICE

**C.P.M. BEWEGUNGSSCHIENEN**  
Knie - Sprunggelenk - Schulter

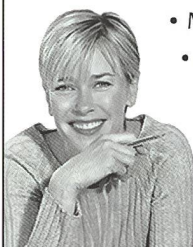
**NorthCoast Übungsbänder**  
**Thera-Band Sortiment**  
**Over Door Pulley**

## ALLENSPACH MEDICAL AG

Dornacherstrasse 5 4710 Balsthal  
Tel. 062 386 60 60 Fax 062 386 60 69  
info@allenspachmedical.ch www.allenspachmedical.ch

## Swiss Physio Software

Die elegante Lösung für Ihre Praxisadministration:



- Massgeschneiderte Patientenverwaltung
- Bequeme grafische Planung von Terminen
  - Automatische Fakturierung nach Tarifplan
  - Übersichtliche Behandlungsserien
  - Für jede Praxisgrösse geeignet
  - Einfachste Bedienung

unverbindliche Informationen und eine Demoversion erhalten Sie bei:  
blue screen development • limmattalstrasse 206 • 8049 zürich  
01 340 14 30 • www.bsd.ch • info@bsd.ch

*Clap Tzu*

Europas führender Hersteller  
von Massagetischen aus Holz



Massagetische aus Holz, die durch ihr lebendiges Design eine Freude fürs Auge sind und Funktionalität bieten.



Auf einen Blick...

- leicht & zusammenlegbar
- stabil & höhenverstellbar
- umfangreiches Zubehör
- fachkundige Beratung
- hohe Lebensdauer
- spezielle Cranio- & Reikitische

**Tao Trade®**

Mittlere Str. 151, 4056 Basel  
Tel./Fax: 061 381 31 81  
mail: office@taotrade.ch  
web: www.taotrade.ch



Original



Oberschenkel-  
auflage für  
besten Sitz-  
komfort

**SISSEL®**

# SITFIT® Plus

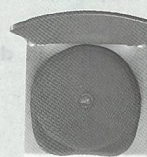
**Ergonomisches und gerades Sitzen  
in einer neuen Dimension!**

- ▮ perfekte Kombination aus einem Sitzkeil und einem luftgefüllten Sitzkissen
- ▮ Eigenschwingungen des Körpers werden nicht abrupt gestoppt, sondern können in ihrem natürlichen Rhythmus fortlaufen
- ▮ ideal zur Prävention von Rückenproblemen und Korrektur von Haltungsfehlern
- ▮ inkl. Übungsposter und Pumpe

„2 in 1 Funktion“ durch neue, verbesserte Form:



- runde Seite vorne:**
- ▮ aktiv und dynamisch sitzen
  - ▮ geeignet für kurze Sitzphasen und Gymnastikübungen



- Schenkelauflage vorne:**
- ▮ stabiler sitzen dank der neuen Oberschenkelauflage
  - ▮ geeignet für längere Sitzphasen

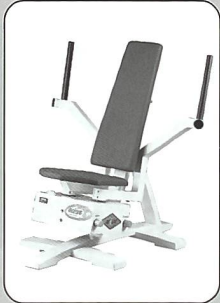


Trainingsgeräte und -zubehör

The Shark  
Fitness Company



www.sharkfitness.ch



HBP

• 9 Bewegungsmaschinen mit hydraulischem Widerstandssystem

WOODWAY  
Sports Division



• Mit der einzigartigen, weltweit patentierten Lamellen-Laufbandtechnologie



SPORTS/ART

• Ganzkörper-Ellipsentrainer mit verstellbarer Schrittlänge von 45–65 cm

SPORTS/ART



• 3fach-Sitzverstellung in vertikaler Richtung (vorne-Mitte-hinten)



• Stufenlos verstellbare Rückenlehne



• Trainingszubehör wie Ständer, Bänke, Matten, Gewichte, Stangen, Gummibänder etc.

Für weitere Infos verlangen Sie die Kataloge

## Endlich schmerzfrei!

Stosswellentherapie mit der Methode Swiss DolorClast®

Chronische Schmerzen am Stütz- und Bewegungsapparat können mit der radialen Stosswellentherapie effizient und erfolgreich therapiert werden.

- Nichtinvasive Therapie von Indikationen, die chronische Schmerzen verursachen
- Ambulant, praktisch, schonend und effizient
- sehr gute Therapieerfolge - meist genügen drei bis vier Sitzungen
- keine Begleittherapie, kein Röntgen, keine Schmerzmittel notwendig
- in der Regel ohne Anästhesie dank rascher Schmerzadaption und analgesierender Wirkung
- Operationen werden vermieden
- mit bestem Return on Investment für Ihr erfolgreiches Unternehmen Praxis
- zahlreiche Studien und Publikationen erhältlich
- Schweizer Qualitätsprodukt

Jetzt neu und exklusiv in der Schweiz bei:



THE BEST  
JUST GOT  
BETTER

FEEL  
FREE

www.mtr-ag.ch  
alles für die Physiotherapie



Partner auf der ganzen Linie

MTR - Health & Spa AG  
Roosstrasse 23  
CH-8832 Wollerau  
Fon: 044 - 787 39 40  
Fax: 044 - 787 39 41  
email: info@mtr-ag.ch

## EINLEITUNG

### STETIGE ZUNAHME VON CHRONISCHEN SCHMERZPATIENTEN

Verschiedene Studien der letzten Jahre beschreiben das Problem der stetigen Zunahme von chronischen Schmerzpatienten in den westlichen Industrieländern [1, 2]. Die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und medizinische Leistungen verursachten Kosten stellen ein grosses öffentliches Gesundheitsproblem mit steigender Tendenz dar [3].

In der Schweiz behandeln zwei Drittel der Allgemeinärzte ihre chronischen Schmerzpatienten ohne Einbezug von Spezialisten. Dabei beschreiben sie ihr Wissen als unzureichend und ihre Behandlungsergebnisse als mässig [4]. Wilder et al. [4] führten eine Studie durch, in welcher die Selbsteinschätzung von Ärzten, welche in Schmerzkliniken tätig sind, aber auch von Rheumatologen, Onkologen und Neurologen erfasst wurde. Die Studie zeigt verschiedene verbesserungswürdige Bereiche auf. Im Speziellen wird auf die unzureichende Ausbildung bezüglich der Komplexität chronischer Schmerzen, mangelnde Interdisziplinarität und auf das Fehlen von Behandlungsrichtlinien und Qualitätskontrollen hingewiesen.

Im Bereich der Physiotherapie gibt es keine vergleichbaren Resultate. Eine kürzlich in England durchgeführte Studie zeigt jedoch auf, dass Physiotherapeuten ihre Patienten häufig über lange Zeit behandeln, ohne dass sich die gewünschten Behandlungsergebnisse einstellen (Rückkehr zu normaler Aktivität, Reduktion der Medikamenteneinnahme, Behandlungsabschluss). Als mögliche Gründe dafür werden Konflikte im Rollenverständnis und mangelnde Ausbildung im Erkennen von psychosozialen Risikofaktoren genannt [5].

Resultate aus einer qualitativen Studie, welche untersuchte, was Physiotherapeuten unter dem Begriff «schwieriger Patient» verstehen, zeigen, dass Patienten dann als schwierig eingestuft werden, wenn sie passiv, abhängig, wütend oder aggressiv sind, unrealistische Erwartungen an die Therapie oder psychologische Probleme haben. Ein Grossteil der Befragten wünscht sich als Konsequenz eine fundiertere Ausbildung im Bereich Kommunikation [6]. Auch wenn diese Studie nicht unter dem Aspekt des chronischen Schmerzpatienten durchgeführt wurde, können in der Praxis häufig Parallelen zu oben genannten Attributen gezogen werden.

### ENTWICKLUNGEN IN DER SCHMERZFORSCHUNG

Aufgrund der entstehenden Kostenexplosion im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen wurde Ende der achtziger Jahre vor allem im Bereich der Molekularbiologie die Forschung intensiviert. In den letzten Jahren hat sich das Wissen über physiologische und pharmakologische Grundlagen wesentlich vergrössert [7, 8].

Die Wissenschaft hatte sich jedoch schon in früheren Jahren mit dem Thema Schmerz auseinandergesetzt und es flossen bald psychophysiologische Aspekte des Schmerzerlebens in

die Forschung ein. So war die «Gate-Control Theory» [9] das erste theoretische Modell, welches die nozizeptive und die Erlebnisdimension von Schmerz vereinigte und so eine Erklärung für die Variabilität im Schmerzerleben finden konnte.

Aus psychoanalytischer Sicht wurden Schmerzen als Langzeitfolge kindlicher Traumatisierung verstanden, die früh zu einer Vermischung von körperlichem und seelischem Schmerz sowie einem negativen Selbstwörterleben führt [10].

1976 definierte Fordyce den Begriff des Krankheitsverhaltens («Illness Behaviour» [11]). Er legte den Grundstein für verhaltenstherapeutische Ansätze in der Arbeit mit Schmerzpatienten und beeinflusste das Verständnis bezüglich der Rolle psychologischer Faktoren beim Schmerz nachhaltig. So werden seit den achtziger Jahren vermehrt motivational-affektive und kognitiv-bewertende Aspekte des Schmerzes erforscht. Der Einfluss von Vorstellungen, Überzeugungen und Erwartungen bezüglich des Schmerzes wie auch das Mass an Selbstwirksamkeit, aktiven Bewältigungsstrategien und Kontrolle über den Schmerz sind Teil der heutigen Forschung und bilden den Grundstein moderner interdisziplinärer Schmerzprogramme [12]. Inzwischen haben sich international vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze in der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten durchgesetzt. Diese sind bisher wissenschaftlich am besten untersucht [13].

Die Therapie von Schmerzpatienten besteht aber häufig auch darin, jeweils die geeignetsten Verfahren der einzelnen Methoden anzuwenden (integrativer Ansatz) [14]. Loeser [8] betont, dass es zukünftig wichtig sei, die Entwicklung von klinischen Konzepten, welche auf Outcomestudien basieren, zu fördern.

### BIOPSYCHOSOZIALES SCHMERZVERSTÄNDNIS

Das biopsychosoziale Modell (Abb. 1, [15]) hat in der modernen Medizin das biomedizinische Modell abgelöst, da dieses vorwiegend gewebeorientiert war und das Phänomen Schmerz in seiner Komplexität nur unzureichend erklärte [16, 17]. Vielmehr weiss man heutzutage, dass psychosoziale wie auch sozioökonomische Faktoren einen massgebenden Einfluss auf den Umgang des Patienten mit seinem Schmerz haben können [18]. Die bewusste Auseinandersetzung mit den Grundlagen und der Bedeutung chronischer Schmerzen für den Betroffenen sowie die Verankerung eines biopsychosozialen Schmerzverständnisses [19] stellen das Ziel sämtlicher moderner Interventionen dar.

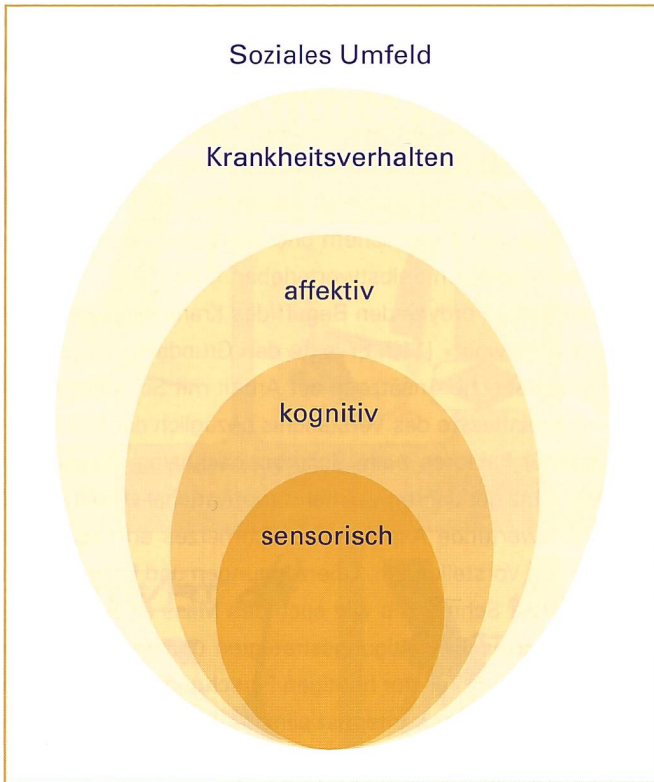


Abb. 1: Biopsychosoziales Modell [15].

## METHODE

### VERBESSERUNG DER LEBENSQUALITÄT

Die Förderung der Lebensqualität trotz weiterhin vorhandener Schmerzen ist oft das primäre Therapieziel in der Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten [20]. Je nach Chronifizierungsgrad kann und soll aber auch das Erreichen der ursprünglichen Leistungsfähigkeit des Patienten im Vordergrund stehen. Folgende *Schwerpunkte* in der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten werden derzeit in der Literatur beschrieben und deren Effekt wissenschaftlich untersucht. Sie basieren mehrheitlich auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modellen.

**Erfassen und Modifizieren des Krankheitskonzeptes des Patienten:** Katastrophisieren, Erwartung von Schmerzzunahme bei Aktivität, das Nichtverstehen der Diagnose oder das Gefühl der fehlenden Kontrolle über den Schmerz können Faktoren sein, welche zu Inaktivität, sozialem Rückzug bis hin zu depressiven Verstimmungen führen [21]. Das Krankheitskonzept des Patienten muss daher im Assessment genau exploriert und im Verlauf der Behandlung bearbeitet werden.

**Erfassen und Modifizieren von dysfunktionalen Copingstrategien:** Ungünstige Kognitionen bezüglich Schmerz und dessen Konsequenzen sollen graduell durch adäquate, ressourcenorientierte Gedanken ersetzt werden. Auf der Verhaltens-ebene sind die Verbesserung der Tagesstruktur, ausgeglichene Aktivität und Entspannung anzustreben.

**Strukturierung von Aktivität und Inaktivität:** Der häufig beobachtete «Überaktivitäts-/Unteraktivitätszyklus» [22] führt langfristig zu einer Schmerzzunahme. Die Erfassung des Aktivitäts-/Inaktivitätsmusters jedes einzelnen Patienten ist die Voraussetzung für eine ausgeglichene Tagesstruktur beziehungsweise für ein wirksames Trainingsprogramm («Pacing» [23]).

**Graduierter Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten:** Vermeidungsverhalten steht häufig in enger Verbindung mit dem Krankheitskonzept des Patienten. Die Voraussetzung zum Abbau des Angst-Vermeidungsverhaltens («Fear-Avoidance» [24], *Abb. 2*) ist die Evaluation der Kognitionen und Emotionen bezüglich Aktivität und die graduierte Belastungssteigerung («Graded Exposure» [25]).

**Rekonditionierung:** Unter Rekonditionierung versteht man die Verbesserung der lokalen und allgemeinen Fitness [26], welche erwiesenermaßen zur Schmerzreduktion beitragen soll. Rekonditionierung kann aber nur unter Berücksichtigung der vorher genannten Punkte erfolgen.

**Unterstützung bei der Bewältigung von aktuellen psychosozialen Problematiken:** Wut, Trauer (über die mit dem chronischen Schmerzsyndrom verbundenen Verluste) und Depression sowie der Abbau von sozialen Kontakten oder auch finanzielle Nöte gehen häufig sekundär mit chronischen Schmerzen einher [18]. Durch die Unterstützung des Patienten in seiner individuellen Lebenssituation sowie die Vermittlung von Problemlöse- und Stressbewältigungsstrategien (zum Beispiel auch durch imaginative Verfahren) soll dem Patienten zu einer besseren Selbsthilfekompetenz und adäquateren Schmerzverarbeitung verholfen werden. Der Miteinbezug von nahen Angehörigen ist wichtig, da diese einen massgeblichen Einfluss auf den Umgang des Patienten mit dem Schmerz ausüben können [12].

**Optimierung/Abbau der Schmerzmedikation:** Grundsätzlich existieren peripher als auch zentral wirksame Medikamente. In letzter Zeit hat insbesondere die Opioid-Therapie beziehungsweise Kombinationstherapie zwischen Opioiden und zum Beispiel Antidepressiva oder Antiepileptika in der Behandlung von Schmerzen an Stellenwert gewonnen [27]. Im Kontext der kognitiven Verhaltenstherapie sind jedoch Vor- und Nachteile der medikamentösen Schmerztherapie individuell genau abzuwägen [14]. So nehmen viele chronische Schmerzpatienten unkontrolliert Schmerzmedikamente ein, ohne dass diese einen nachhaltigen Effekt hätten. Die kontinuierliche Erhöhung der Dosis stellt oftmals die vermeintlich einzige Kontrollmöglichkeit über den Schmerz dar. Gleichzeitig steigt die Abwehr gegen die «Abhängigkeit» [18]. Aufklärung über den Stellenwert und die Wirkung von Schmerzmedikamenten sowie die kon-

# Lagerräumungs- Aktion

für alle Daum ergo-bike, ergo-lyps  
der classic- und professional-line zu

## SUPER-PREISEN!

zB. Crosstrainer ergo-lyps Cardio



Fr. 1'299.00

**Aktion**  
Fr. 942.-

abgeholt ab unserem Lager  
werksverpackt, inkl. MwSt.

keep on moving!

Ihr Cardio-Profi  
[www.therap.ch](http://www.therap.ch)

**THERAP**  
GmbH

Fabrikstrasse 3, 5444 Künten, Tel. 056-49624 64

• Therapie • Sport • Fitness

## Sitzkeile!

- ◆ 2 Grössen (klein und gross)
- ◆ 2 Qualitäten (hart und normal)
- ◆ mit Frottee-Überzug, waschbar (4 Farben)

kaufen Sie besonders günstig bei:

**TOBLER & CO. AG**

Strickerei, Näherei  
9038 Rehetobel  
Tel. 071 877 13 32  
Fax 071 877 36 32  
E-Mail: [tobler.coag@rehetobel.ch](mailto:tobler.coag@rehetobel.ch)

wir liefern Ihnen gerne auch  
**Keile**  
auf Mass!

Unter Aufsicht von A.G.R, Aktion gesunder Rücken e.V.

**Viele  
Rückenschmerzen  
lassen sich  
vermeiden!**

Möbel für besseres Sitzen und Liegen  
8036 Zürich-Wiedikon • Zentralstrasse 2  
Telefon 01 462 33 44 • [info@ergosan.ch](mailto:info@ergosan.ch)

[www.ergosan.ch](http://www.ergosan.ch)

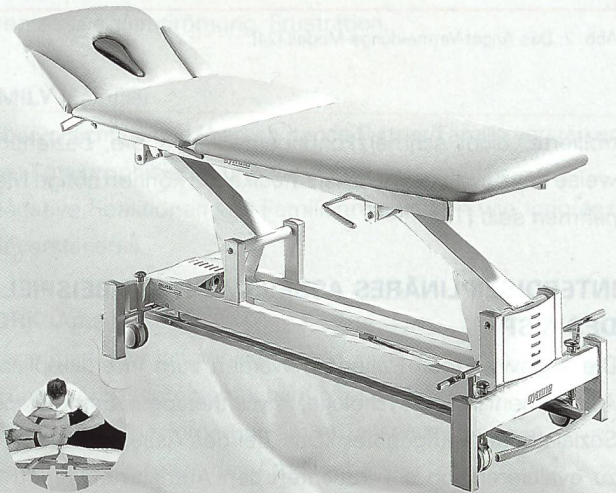


**gymna**  
Therapieliegen

Sie,  
Ihr Patient  
und **gymna**

## Ein perfektes Team

Fordern Sie noch heute unverbindlich  
unseren umfangreichen  
Liegenprospekt an!



Besuchen Sie unsere  
Ausstellungsräume!  
Montag - Freitag,  
samstags auf Anmeldung

**MEDIDOR**  
HEALTH CARE • THERAPIE

**Kölla**  
MEDIZINTECHNIK

Medidor AG  
Eichacherstrasse 5  
CH-8904 Aesch b. Birmensdorf/ZH  
Tel. 044 739 88 88  
Fax 044 739 88 00  
E-Mail [mail@medidor.ch](mailto:mail@medidor.ch)  
Internet [www.sissel.ch](http://www.sissel.ch)

**gymna**  
Is a division of Gymnaly

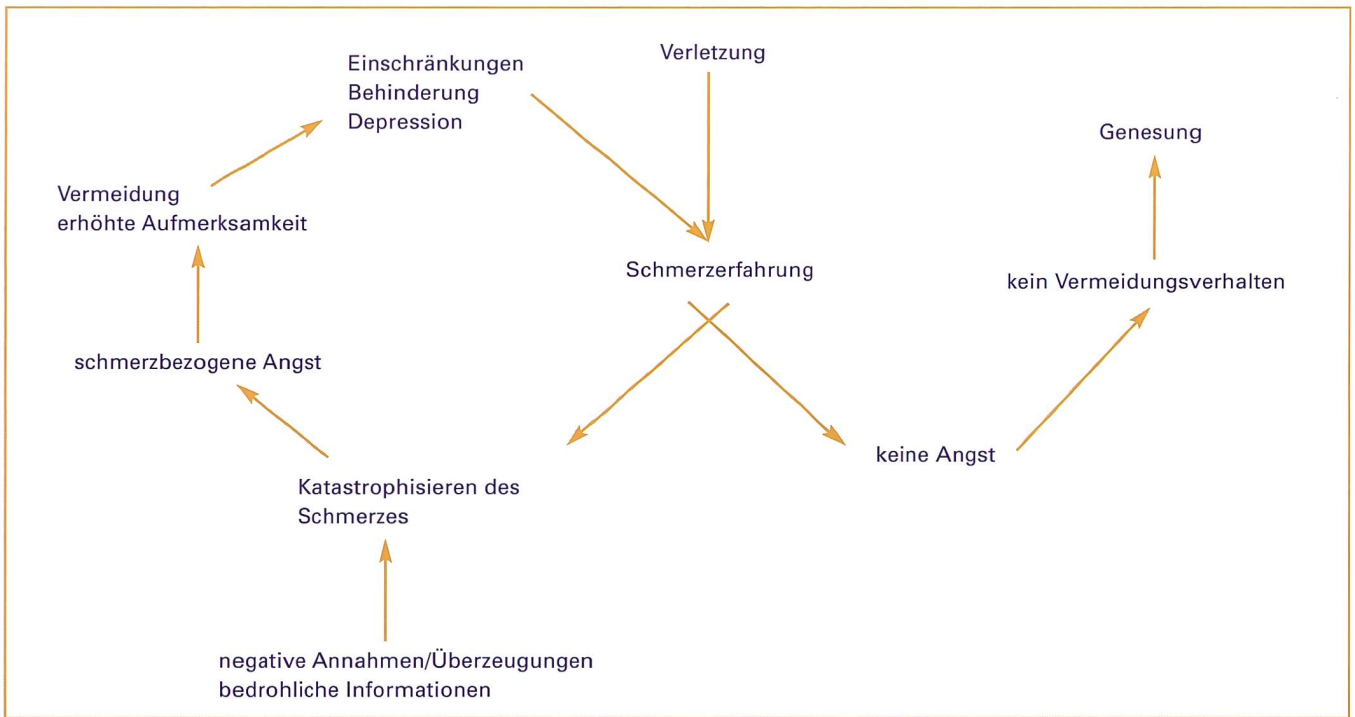


Abb. 2: Das Angst-Vermeidungs-Modell [24].

trollierte, nicht schmerzkontingente Einnahme, beziehungsweise der Abbau der Schmerzmedikation können nötige Massnahmen sein [18].

### INTERDISZIPLINÄRES ASSESSMENT AM BEISPIEL DES AISP

Die zugewiesenen Patienten werden zum interdisziplinären Assessment (Arzt, Psychologe, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Sozialarbeiter) aufgebeten. Das Ziel des Assessments ist es, zu evaluieren, ob die Patienten den Aufnahmekriterien des AISP entsprechen, oder ob ein weiterer spezifischer Abklärungsbedarf beziehungsweise andere wirksame Therapieoptionen bestehen.

*Erhoben werden insbesondere Befunde hinsichtlich:*

- spezifischer physischer Dysfunktionen
- Überzeugungen, Erwartungen und Emotionen hinsichtlich des Schmerzes
- Angst-Vermeidungsverhalten
- Copingstrategien
- psychosozialer Ressourcen und Belastungsfaktoren
- Problemen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL)
- Motivation

Bei einer Ablehnung bezüglich der Aufnahme ins AISP erfolgt immer eine alternative Therapieempfehlung an den zuweisenden Arzt.

#### Aufnahmekriterien

- Schmerz als Hauptproblem
- Inadäquates Krankheitsverhalten
- Persistierende Schmerzen nach Abschluss der physiologischen Heilungszeit
- Monodisziplinärer Ansatz bisher unzureichend

#### Ausschlusskriterien

- Schwere psychische Störungen
- Physische Kontraindikationen
- Unkontrollierter Drogen- oder Alkoholkonsum
- Fehlende Motivation
- Laufendes Rentenverfahren
- Ungenügend differenzierte Deutschkenntnisse

### PROGRAMMABLAUF AISP

Das Programm findet während acht Wochen jeweils an zwei Vormittagen statt. Die jeweilige Patientengruppe umfasst zirka acht bis zehn Patienten.

Zu Beginn werden gemeinsam mit den Patienten *individuelle Ziele* festgelegt, welche während des Programms regelmäßig evaluiert oder angepasst werden.

Die vorher erwähnten *Schwerpunkte* bilden die Grundlage aller Bestandteile des AISP.

*Das Programm beinhaltet im Einzelnen:*

- physio- und ergotherapeutisch angeleitete Trainingseinheiten
- psychologisch betreute Gruppen- und Angehörigengespräche
- Wasser- und Entspannungstherapie
- von allen Disziplinen vermittelte Informations- und Theorieblöcke

Physio- und Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und Ärzte sind ins Patientenmanagement involviert und bieten bei Bedarf auch Einzeltermine an.

## AUFGABE DER PHYSIOTHERAPEUTINNEN IN EINEM INTERDISZIPLINÄREN SCHMERZPROGRAMM

- Beurteilung der vorliegenden Schmerzmechanismen, des Aktivitäts-/Inaktivitätsmusters, der Copingstrategien sowie der Kognitionen und Emotionen bezüglich Bewegung/Belastung und Schmerz.
- Aufklärung des Patienten über Stellenwert und Konsequenzen der erhobenen Befunde.
- Information über die pathophysiologischen Vorgänge der Chronifizierung.
- Festlegen von funktionellen und sinnvollen Zielen gemeinsam mit dem Patienten.
- Erstellen eines individuellen Trainingsprogramms und regelmäßige Evaluation und Anpassung desselben mit dem Patienten.
- Schrittweise Wiederherstellung der Beweglichkeit, Bewegungssicherheit und Kraft (Pacing/Graded Activity).
- Abbau von Schon-/Vermeidungsverhalten (Graded Exposure).
- Strukturierung der Tagesbelastung/Tagesaktivitäten.
- Behandlung von relevanten spezifischen Dysfunktionen.
- Zuhören, begleiten, motivieren.

## SCHLUSSFOLGERUNG

### FRÜHERKENNUNG WICHTIG

Das Erfassen von psychosozialen Risikofaktoren («Yellow flags» [28]) bildet die Grundlage für die Früherkennung eines drohenden Chronifizierungsprozesses und sollte Bestandteil eines jeden physiotherapeutischen oder ärztlichen Assessments sein. Ein Fokuswechsel weg von rein analgetischen Therapieansätzen hin zu einem eigentlichen Schmerzmanagement ist bei drohender Chronifizierung essentiell. Der Miteinbezug von Vertretern anderer Disziplinen oder die Überweisung in ein interdisziplinäres Schmerzprogramm können weitere mögliche Konsequenzen sein.

## PSYCHOSOZIALE RISIKOFAKTOREN FÜR EINE CHRONIFIZIERUNG (YELLOW FLAGS):

### ATTITUDES AND BELIEFS

(Einstellung/Haltung/Überzeugungen)

- Angst, dass Bewegung oder Aktivität zusätzlichen Schaden anrichten oder die Schmerzen verstärken könnte.
- Die Überzeugung, dass eine grosse körperliche Schädigung vorliegt (Katastrophisieren).

### BEHAVIOURS (Verhalten)

- Vermeiden von normalen Bewegungen (Angst-Vermeidungsverhalten).
- Reduktion, Rückzug von Aktivitäten des täglichen Lebens.
- Übertriebener Verlass auf den Gebrauch von Hilfsmitteln.
- Gestörter Schlafrythmus.
- Zunehmende Abhängigkeit von Medikamenten.

## COMPENSATION ISSUES

(Kompensationsfragen und finanzielle Aspekte)

- Streit um Unterstützungsgelder (IV, Schadensersatz).
- Unklare finanzielle Zukunft.

## DIAGNOSIS AND TREATMENT ISSUES

(Diagnose- und Behandlungsfragen)

- Mangelnde Unterstützung zum Funktionsfortschritt.
- Konfrontation mit konflikthaltigen diagnostischen Begriffen («brüchig», «degenerativ», «instabil»).

## EMOTIONS (Gefühle)

- Angst vor Schmerzzunahme bei Aktivität.
- Vergrössertes Bewusstsein von Körperempfindungen.
- Gefühl von Kontrollverlust und Stress.
- Depressive Verstimmung, Frustration.

## FAMILY (Familie)

- Übervorsichtige und überbehütende Partner/Familie verstärken das Katastrophisieren und die Angst vor Schaden.
- Negative Reaktionen von Familienmitgliedern wie Ignoranz, Unverständnis.

## WORK (Arbeit)

- Repetitive oder langweilige Arbeit.
- Frühere Arbeitsprobleme, häufige Jobwechsel.
- Unter- oder Überforderung am Arbeitsplatz.
- Fehlendes Interesse des Arbeitgebers.
- Drohende Kündigung.

ANZEIGE

Wir wünschen Ihnen viel

# ERFOLG

mit **Therapie 2000**  
der Administrationssoftware für Physiotherapien

Wir sind vor Ort wann immer Sie uns brauchen . . .  
Beratung / Schulung / Installationen / Erweiterungen / Reparaturen

**DNR Inter-Consulting, Tel. 041 630 40 20**

## LITERATUR

1. ELLIOTT AM, HANNAFORD PC, SMITH WC, CHAMBERS WA (2002). The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. *Pain*, 99: 299–307.
2. VERHAAK PFM, DEKKER J, SORBI MJ, BENSING JM (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*, 77: 321–239.
3. FOPPA I, NOACK RH (1996). The relation of self-reported back pain to psychosocial, behavioural, and health-related factors in a working population in Switzerland. *Soc Sci Med*, 43 (7): 1119–1126.
4. WILDER-SMITH OH, MÖHRLE JJ, DOLIN PJ, MARIN NC (2001). The management of chronic pain in Switzerland: A comparative survey of Swiss medical specialists. *European Journal of Pain*, 5: 285–298.
5. PINCUS T, VOGEL S, FOSTER N, UNDERWOOD M, BREEN A (2003). Clinicians' cognitions about apparently ineffective long term treatment of low back pain. In: 4<sup>th</sup> Congress of EFIC – The European Federation of the International Association for the Study of Pain Chapters, Pain in Europe IV, Prague: Book of Abstracts, 111.
6. POTTER M, GORDON S, HAMER P (2003). The difficult patient in private practice physiotherapy: A qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy*, 49: 53–61.
7. GALER B, GAMMAITONI A, ALVAREZ NA (2002). Pain Scientific American Medicine( Chapter XIV. [http://www.samed.com/sam\\_toc.htm](http://www.samed.com/sam_toc.htm)
8. LOESER J (2000). Pain Past, Present and Future. [www.libraryucla.edu/libraries/biomed/his/pain.htm](http://www.libraryucla.edu/libraries/biomed/his/pain.htm)
9. MELZACK R, WALL PD (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 50: 971–979.
10. EGGLE UT, CERRA C, NIX WA, SCHWAB R (1999). Spezielle Schmerztherapie: Stuttgart, New York: Schattauer.
11. FORDYCE WE (1976). Behavioural methods for chronic pain and illness. St. Louis: Mosby.
12. COOPER RG, BOOKER CK, SPANSWICK CC (2003). What is pain management and what is its relevance to the rheumatologist? *Rheumatology*, 42: 1133–1337.
13. MORLEY S, ECCLESTON C, WILLIAMS A (1999). Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain, excluding headache. *Pain*, 80: 1–13.
14. INTERESSENSGEMEINSCHAFT CHRONISCHER SCHMERZ (2003). Schmerzen? Warten lohnt sich nicht. Fachbroschüre chronischer Schmerz. [www.schmerzinfo.ch](http://www.schmerzinfo.ch)
15. WADDELL G, NEWTON M, HENDERSON I, SOMERVILLE D, MAIN CJ (1993). A fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability. *Pain*, 52: 157–68.
16. WADDELL G (1987). A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine*, 12 (7): 632–644.
17. ENGEL GL (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129–36.
18. MAIN CJ, SPANSWICK CC (2000). Pain Management. An interdisciplinary approach. London: Churchill Livingstone.
19. NICKEL R, EGGLE UT (1999). Therapie somatoformer Schmerzstörungen. Stuttgart: Schattauer.
20. DEYO RA, ANDERSSON G, BOMBARDIER C, CHERKIN DC, KELLER RB, LEE CK, LIANG MH, LIPSCOMB B, SHEKELLE P, SPRATT KF et al. (1994). Outcome measures for studying patients with low back pain. *Spine*, (Suppl.): 2032–2036.
21. TURK DC (1996). Psychological aspects of chronic pain and disability. *J Musculoske Pain*, 4 (4): 145–153.
22. BROOK S (2002). Improving fitness and function in complex regional pain syndrome. In: Gifford L., ed. Topical Issues in Pain 3. Falmouth: CNS Press, 161–171.
23. LINDSTROM I, OHLUND C, EEK C, WALLIN L, PETERSON LE, FORDYCE WE, NACHEMSON AL (1992). The effect of graded activity on patients with subacute pain: recent advances and future directions: a randomised prospective clinical study with an operant behavioural approach. *Physical Therapy*, 72: 279–293.
24. VLAEYEN WS, LINTON SJ (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85: 317–332.
25. HARDING V (1998). Cognitive behavioural approach to fear and avoidance. In: Gifford L., ed. Topical Issues in Pain 1. Falmouth: CNS Press, 173–191.
26. GIFFORD LS (2002). Perspektiven zum biopsychosozialen Modell Teil 2: Einkaufskorb-Ansatz. *Manuelle Therapie*, 6: 197–206.
27. SPROTT H (2001). Schmerz als Krankheit – Wege zu einer suffizienten Schmerztherapie. *Ars Medici*, 17: 799–802.
28. KENDALL NAS, LINTON SJ, MAIN CJ (1997). Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: Risk factors for long-term disability and work loss. Wellington: Accident Rehabilitation & Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee, <http://www.nzgg.org.nz>

## ANZEIGE

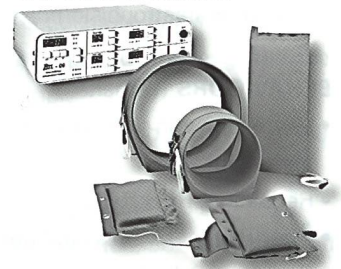
# RESIMED

GMBH Reussstrasse 2, CH - 6038 GISIKON


**0800 800 003**  
[www.resimed.ch](http://www.resimed.ch)
**JORDAN F5**  
 CHF 2.788,-  
 excl. MWSt.

**JORDAN U5**  
 CHF 3.100,-  
 excl. MWSt.

**BTL-5710 Sono Optimal**  
 1 MHz US, 4cm2, 3W/cm2, div Programme  
 CHF 1.680,-  
 excl. MWSt.

**Magnetfeldtherapie BTL-09**  
 CHF 3.280,- excl. MWSt.

*Interessante Eintauschangebote für Ihre alte Liege!*