

1 Das Warum – psychologische Grundlagen

1.1 Die unspezifischen Effekte in der Physiotherapie: Placebo, Nocebo und Kontextfaktoren

Hannu Luomajoki, Christoph Schwertfeller und Thilo O. Kromer

1.1.1 Einleitung

Im klassischen biomedizinischen Modell wird der Patient als biologisches Wesen betrachtet, bei dem alle Beschwerden und Krankheiten eindeutig identifizierbar sind. Eine bakterielle Entzündung wird durch Bakterien verursacht und deshalb mit Antibiotika behandelt. Ist eine Sehne gerissen, muss sie wieder zusammengenäht, also operiert werden. Wenn das Knie Symptome mit eingeschränkter Beweglichkeit zeigt und gleichzeitig ein Meniskusriss im MRT zu sehen ist, scheint die Ursache für die Knieschmerzen klar zu sein. Wenn der Rücken schmerzt und das MRT einen Bandscheibenvorfall zeigt, wird angenommen, dass der Bandscheibenvorfall die Ursache für die Rückenschmerzen ist. Das klingt vernünftig und einleuchtend. Wir sind sicher, viele Patient*innen denken so und glauben daran – und viele Ärzt*innen und Physiotherapeut*innen auch.

Neuere Forschungen zeigen jedoch, dass der Mensch keine Maschine ist und dass die Ursache-Wirkungs-Beziehungen nicht so einfach sind. Nicht alle Symptome einer bakteriellen Infektion lassen sich mit Antibiotika heilen. Vergleicht man gesunde Menschen mit Menschen, die unter Rückenschmerzen leiden, findet man in beiden Gruppen gleich viele Bandscheibenvorfälle. Wenn in einer großen Studie alle Personen mit einem Meniskusriss nach dem Zufallsprinzip in zwei verschiedene Gruppen eingeteilt werden, genesen diejenigen mit einer Placebo-Operation genauso gut wie die mit einer „echten“ Operation, auch wenn am Meniskus selbst nichts gemacht wurde. Und vergleicht man die Ergebnisse der operierten Sehnenrisse mit denen der konservativ behandelten, bestehen keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Selbst wenn bei der konservativen Behandlung die Sehne nicht repariert wurde, sind die Ergebnisse gleich.

Merke

M!

Wir sprechen heute also von einem biopsychosozialen Ansatz. Alle drei Teilbereiche sind wichtig.

1.1.2 Spezifisch und unspezifisch

In der Medizin geht man klassischerweise davon aus, dass Wirkungen sehr spezifisch sind. So wird beschädigtes Gewebe repariert, indem es wieder aufgebaut wird. Schmerzen werden durch Medikamente gelindert. Und wenn die Ergebnisse gut sind, dann liegt das scheinbar an der spezifischen Wirkung der jeweiligen Intervention. In der Physiotherapie ist das ähnlich. Wenn nach einer Operation die Kniemuskeln schwach sind und das Knie mit Krafttraining behandelt wird und sich bessert und wieder ganz erholt, wird das einer spezifischen Wirkung des Krafttrainings zugeschrieben. Wenn der Rücken steif und schmerzhaft ist und mit manueller Therapie behandelt wird und es der Person dann besser geht, war das dann eine spezifische Wirkung der manuellen Therapie?

Sie verstehen, worum es geht: Neben den spezifischen Wirkungen einer therapeutischen Intervention gibt es immer auch zahlreiche unspezifische Wirkungen. War die Therapeut*in nett, interessiert, einfühlsam? War sie immer pünktlich? Ist die Praxis hell, neu und schön eingerichtet? Eine freundliche Atmosphäre an der Anmeldung kann sehr viel wert sein. Manche Menschen unterhalten sich lange mit denjenigen, die gerade an der Anmeldung arbeiten – weil sie nett sind, weil sie die Menschen immer mit einem Lächeln und dem richtigen Namen begrüßen.

Die Patient*innenzufriedenheit

i

In einem großen ärztlichen Praxisnetz wurde die Zufriedenheit der Patient*innen mit der Behandlung, den Räumlichkeiten und dem Personal abgefragt. Der wichtigste Einzelfaktor dabei war, ob es Parkplätze vor der Praxis gibt.

- [7] Keller T. Persönliche Stärken entdecken und trainieren: Hinweise zur Anwendung und Interpretation des Charakterstärken-Tests. Wiesbaden: Springer; 2016
- [8] Mangelsdorf J. Positive Psychologie im Coaching: Positive Coaching für Coaches, Berater und Therapeuten. Wiesbaden: Springer; 2019
- [9] Mangelsdorf J. Posttraumatisches Wachstum. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 2020;21–33. DOI: 10.1007/s11620-020-00525-5
- [10] Noack RH. Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin? Salutogenese in der Onkologie 1997: 88–105. DOI: 10.1159/000425725.
- [11] Schmitz B et al. Psychologie der Lebenskunst: Positive Psychologie eines gelingenden Lebens – Forschungsstand und Praxishinweise. Berlin: Springer; 2017
- [12] Seligman M. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. Simon and Schuster; 2011
- [13] Stewart D et al. Examining building blocks of well-being beyond PERMA and self-report bias. Journal of Positive Psychology 2021: 811–818. DOI: 10.1080/17439760.2020.1818813.

1.3 Psychologisch informierte Physiotherapie

Riikka Holopainen

1.3.1 Einleitung

Das Interesse an einem psychologisch orientierten Schmerzmanagement ist in den letzten 3 bis 4 Dekaden gestiegen. Die psychologisch informierte Praxis in der Physiotherapie (PiP) wurde 2011 von Main und George als Rahmen für die Behandlung anhaltender und wiederkehrender Schmerzen eingeführt [4]. Sie stellt ein Bindeglied zwischen der traditionellen biomedizinischen, auf körperliche Beeinträchtigungen ausgerichteten muskuloskeletalen Praxis und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen dar, die ursprünglich zur Behandlung psychischer Erkrankungen entwickelt wurden. Heute bereichert sie die muskuloskeletale Praxis. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der patient*innenzentrierten Beratung mit guter Kommunikation und gemeinsamen Entscheidungsfindungen, auf dem Selbstmanagement, um die Patient*innen bei der Wiederaufnahme ihrer gewohnten Aktivitäten zu unterstützen, und auf der Identifizierung und Bewältigung psychosozialer Heilungshindernisse [1], [3], [4]. Das Ziel ist die Wiederherstellung der Funktion und die Wiederaufnahme von Aktivitäten und nicht allein der Fokus auf der Schmerzlinderung.

Die PiP umfasst eine Reihe von Interventionen, die ein unterschiedliches Maß an klinischem Fachwissen erfordern [1]. Das Ziel von PiP-Interventionen ist die sekundäre Prävention von Behinderungen durch ein besseres Verständnis der Schmerzen einer Person, maßgeschneiderte Verhaltensinterventionen und Methoden, die sich auf die Wiederaufnahme von Aktivitäten und nicht auf die Schmerzlinderung konzentrieren [1], [2]. Anstatt sich auf Psychopathologie und psychische Erkrankungen zu konzentrieren, liegt der Schwerpunkt auf der normalen Psychologie der Erwartungen, Überzeugungen, Bewältigungsstrategien und emotionalen Reaktionen von Menschen [5], und es besteht ein zunehmendes Interesse am sozialen Kontext von Schmerzen [2]. Die PiP hat die Entwicklung einer stratifizierten Versorgung unterstützt, bei der die Identifizierung von Risiken als Grundlage für die Individualisierung der Versorgung dient. Screening-Fragebogen wie das STarTBack-Tool und der Örebro-Fragebogen zu muskuloskeletalen Schmerzen werden eingesetzt, um die Identifizierung und Priorisierung potenzieller Behandlungsziele zu unterstützen, und sie können auch als Maß für Veränderungen verwendet werden [2].

Die PiP beschreitet einen anderen Weg als z. B. der neurowissenschaftliche Erklärungsansatz des Schmerzes. Denn auch wenn eine Klärung über das Wesen anhaltender Schmerzen und die Korrektur von Missverständnissen notwendig sein kann, wird bei der PiP die Aufmerksamkeit vom Schmerz selbst auf seine Folgen für die Reaktivierung und die daraus resultierenden Herausforderungen gelenkt. Die PiP bietet einen flexiblen Behandlungsansatz, der auf nicht manuelle Weise angewendet werden kann. Er kann jedoch auch den Einsatz z. B. einer Akzeptanz- und Commitment-Therapie oder von Schmerzbewältigungstraining beinhalten [6]. Techniken, die in der PiP häufig eingesetzt werden, sind etwa das Entspannungstraining, geführte Imagination, Problemlösungsstrategien und Zielsetzungen [1].

Eine effektive Kommunikation zwischen Patient*innen und Therapeut*innen wirkt sich positiv auf die Versorgung der Betroffenen aus und stellt einen Eckpfeiler der PiP dar. Die Ziele des klinischen Gesprächs sind die Erleichterung der Kommunikation und die Schaffung einer effektivi-

2 Das Wie – kommunikative Grundlagen

2.1 Physiotherapeutische Kommunikationsstrategien und Patient*innenedukation

Fabian Pfeiffer

2.1.1 Einleitung

In den letzten Jahren ist das Verständnis dafür, dass Kommunikation ein entscheidender Faktor für den Gesamterfolg einer physiotherapeutischen Intervention ist, deutlich gewachsen. Das biopsychosoziale Modell zeigt das Zusammenspiel der Faktoren, die zur Wahrnehmung von akuten und chronischen Schmerzen beitragen. Eine auf die Patient*innen ausgerichtete Kommunikation geht über das Stellen von Fragen in der Befundaufnahme hinaus. Vielmehr ermöglicht sie durch den Einsatz explorativer Fragen, die Interpretation der Antworten, aktives Zuhören und das Einbeziehen der Präferenzen der Hilfesuchenden, die Person ins Zentrum der Behandlung zu stellen. Eine sich daraus ergebende Patient*innenedukation kann dann ihr volles Potenzial ausschöpfen, wenn sie individuell zugeschnitten ist und dadurch an Bedeutung gewinnt. Dabei geht es nicht immer nur um einen Lehrvortrag. Vielmehr sollte die Edukation verschiedene Kanäle ansprechen und im besten Fall mit einem Erlebnis kombiniert werden. Damit wird die Voraussetzung dafür geschaffen, dass eine Verhaltensänderung im Alltag auch nachhaltig umgesetzt werden kann.

2.1.2 Evidenzen zur physiotherapeutischen Kommunikation

Effektive Kommunikation wirkt und ist unabhängig von der angewandten Technik oder Übung in der physiotherapeutischen Behandlung. Im Gegenteil, die oft geringe Wirkung spezifischer manueller Techniken oder aktiver Übungen kann durch eine gute Kommunikation im physiotherapeutischen Setting unterstützt werden. Die Kenntnis verbaler, nonverbaler und paraverbaler Kommunikationstechniken ermöglicht die Anwendung zentraler Elemente des biopsychosozialen Modells in

der muskuloskeletalen Physiotherapie: die Integration kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Aspekte bei Beschwerden des Bewegungsapparates.

Die Patient*innen bevorzugen eine Kommunikation, die auf Respekt, Ernsthaftigkeit und Aufrichtigkeit basiert und ihre individuellen Bedürfnisse, Ängste, Erwartungen und Erfahrungen berücksichtigt. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, dass Physiotherapeut*innen in der Lage sein müssen, psychosoziale Aspekte zu erkennen und ihre Rolle im Kontext der individuellen Symptome zu bewerten [19].

Es ist wichtig zu betonen, dass Kommunikationsfähigkeiten nicht nur für die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte unerlässlich sind. Sie sind auch in scheinbar einfachen und unkomplizierten Situationen von entscheidender Bedeutung. Sie ermöglichen genauere Diagnosen, vertiefen das Verständnis der Patient*innen für ihre eigene Diagnose und festigen die therapeutische Bindung [19].

Eine effektive verbale und nonverbale Kommunikation unterstützt die Menschen dabei, ihr Selbstvertrauen zu stärken und ein Gefühl der Kontrolle zu entwickeln [20]. Vor allem Personen mit muskuloskeletalen Beschwerden berichten immer wieder, dass sie eine auf sie abgestimmte, ermutigende Kommunikation bevorzugen, welche sie aktiv in therapeutische Entscheidungsprozesse einbezieht [7].

Die wesentlichen Kennzeichen einer guten therapeutischen Beziehung sind: das vollständige Anwesendsein, Offenheit, Authentizität und Engagement [16].

Kommunikation – wo beginnen?

Bevor konkrete Strategien aufgezeigt werden können, muss die Basis für eine gute Kommunikation geschaffen werden. Im Berufsalltag sind die Physiotherapeut*innen oft hohen Anforderungen ausgesetzt: Für einen Termin bleiben in der Regel nur 20–30 min Zeit, es werden 15–25 Personen täglich behandelt und man sieht sich oft mit unrealistischen Erwartungen konfrontiert. Diese können sich sowohl auf den Verlauf der Beschwerden als

Tab. 2.6 Fragetechniken zur Förderung von Change Talk – Techniken zum Umgang mit Sustain Talk [11].

Förderung von Change Talk	Umgang mit Sustain Talk
<ul style="list-style-type: none"> • direkte und evokative Fragen (nach Wünschen, Fähigkeiten, Gründen und Notwendigkeiten) • Skalierung der Wichtigkeit (0 bis 10) • Extreme erkunden (positive und negative Konsequenzen) • Blick in die Zukunft und in die Vergangenheit • Ziele und Werte erkunden 	<ul style="list-style-type: none"> • zuhören • Verschiebung der Aufmerksamkeit und des Fokus • Reframing (den Sustain Talk in ein anderes Licht rücken) • konform gehen, übereinstimmen • Sustain Talk Raum geben und den Weg ein Stück mitgehen • Autonomie betonen

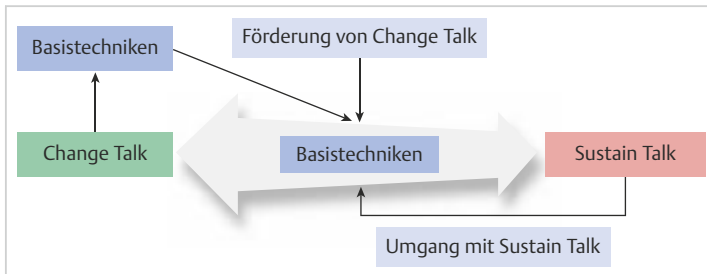


Abb. 2.4 Prozess des Motivationsaufbaus – Wechselspiel von Change Talk und Sustain Talk.

Change Talk unterstützt und verstärkt werden und in Breite und Tiefe weiter wachsen. Das setzt voraus, dass die Therapeut*in sensibel auf diese Aussagen achtet und gut zuhört. Die Patient*in trägt nun neben dem Change Talk auch den Sustain Talk in sich und äußert mitunter auch Gründe, die gegen eine Veränderung sprechen. Es gibt mehrere Methoden, die einen flexiblen Umgang mit Sustain Talk ermöglichen [11]. Dabei handelt es sich nicht um Zauberwaffen, die den Widerstand gegen Veränderung auflösen. Sie sind als erste Reaktion auf Sustain Talk zu verstehen, der dann im weiteren Gespräch auf Augenhöhe an Gewicht verlieren kann. So kann der Fokus wieder auf die Veränderung gerichtet werden. Die Patient*in fühlt sich mit ihrer Aussage ernst genommen, ihre Autonomie bleibt gewahrt und alternative Wege und Perspektiven können eröffnet werden.

In ► Abb. 2.4 und ► Tab. 2.6 sind das Wechselspiel zwischen Change Talk und Sustain Talk in dem Prozess und die einzelnen Techniken zur Förderung von Change Talk und zum Umgang mit Sustain Talk noch einmal übersichtlich zusammengestellt.

2.2.5 Motivational Interviewing in der Physiotherapie – ein Interaktionskonzept

Das Motivational Interviewing ist als Beratungsinstrument entwickelt worden. Nun ist eine physiotherapeutische Behandlung nicht mit einem isolierten Beratungsgespräch zu vergleichen, wie es beispielsweise in der Suchttherapie geschieht. In den genannten Prozessen (► Abb. 2.3) ist die Behandlung nicht explizit berücksichtigt, und gleichzeitig stehen neben der Beratung vor allem therapeutische Strategien im Mittelpunkt. Beratung, Empowerment und Therapie müssen jedoch gleichermaßen eine Rolle spielen, damit das Problem auch gelöst werden kann, einmal von Seiten der Physiotherapeut*innen und einmal von den Patient*innen selbst. Zudem sollten diese Verantwortlichkeiten im therapeutischen Prozess und die daraus resultierenden Aufgaben in der Therapie transparent gestaltet und gelebt werden. Das Motivational Interviewing mit seinem explizit personenzentrierten Menschenbild kann hier einen theoretischen Rahmen bilden, um neben der Therapie auch die Ebene des Empowerments anzu-

Fallbeispiel Alexander, 52 (2) – Durchbrechen des Teufelskreises **B**

Auch Alexander kann den Teufelskreis aus Angst und Vermeidung durchbrechen. Der erste Schritt besteht darin, die Bedrohung durch den Schmerz als weniger hoch oder sogar direkt als gering einzuschätzen, was zu einer stärkeren Priorisierung von Lebenszielen führen kann. Dabei kann es sich um eine positive berufliche Situation mit aufgabenorientiertem Arbeiten handeln oder auch um die Pflege sozialer Kontakte in Vereinen, mit Freunden und Familienangehörigen. Auch die Wiederaufnahme früherer Hobbys und Aktivitäten, die Alexander Spaß machen, sind mögliche Ziele, die sowohl eine positive Stimmung als auch den Optimismus fördern können. Diese wichtigen Elemente können wiederum die Priorisierung von Lebenszielen erleichtern. Um diese Ziele zu erreichen, kommt es fast automatisch zu einer Konfrontation mit den gefürchteten Bewegungen und Aktivitäten. Durch diese Exposition der angstauslösenden Funktionen wird wiederum die Angst vor Schmerz und Verletzung reduziert, und es kann eine Genesung erreicht werden.

Expositionstherapien

Expositionstherapien wie Graded Exposure und Graded Exercise sind die wichtigsten Eckpfeiler in der Therapie eines Angst-Vermeidungs-Verhaltens und den damit verbundenen Schmerzen [8], [26]. Die Inhalte dieser beiden Therapieansätze sind sich sehr ähnlich. Während bei einem Graded-Exercise-Therapieprogramm nur bestimmte Übungen schrittweise gesteigert werden, geht es bei einem Graded Exposure um die schrittweise Steigerung gefürchteter Alltagsaktivitäten. Das Kernelement dieser Therapieansätze ist die Exposition gegenüber den gefürchteten Bewegungen und Aktivitäten. Während die Implementierung von Expositionstherapien in Schmerztherapieprogramme erst in den letzten Jahrzehnten verstärkt erfolgte, werden diese Therapiestrategien bereits seit weit über 100 Jahren vor allem in psychologischen

Therapieverfahren eingesetzt. So beschrieb der französische Psychologe Paul Hartenberg bereits 1901 nicht nur sein damaliges Verständnis von sozialen Phobien und deren Ursachen, sondern auch Therapiestrategien, die vor allem auf eine schrittweise Exposition gegenüber gefürchteten sozialen Kontakten abzielten [5].

Graded Activity

Eine Alternative zu den Expositionstherapien ist die Graded Activity [14], [16]. Dabei wird nach einer Zielvereinbarung ein Ausgangswert an Aktivitäten bestimmt, bei denen die betroffene Person sich sicher fühlt und die sie sich zutraut. Die Grundidee ist also das Gegenteil einer direkten Exposition mit gefürchteten Bewegungen. Die Prinzipien der abgestuften Aktivität basieren auf der operanten Konditionierung. Das bedeutet, dass sich die Patient*innen durch gemachte positive Erfahrungen schrittweise steigern und ihrem Ziel nähern sollen, während sie selbst erleben, dass die gefürchteten Aktivitäten im besten Fall gar keine Schmerzen auslösen oder sie zumindest spüren, dass die Bewegungen auch trotz Schmerzen möglich sind, ohne dass der Körper einen größeren Schaden davonträgt.

3.7.6 Zusammengefasst

Auch wenn angstvermeidendes Verhalten nicht der häufigste Verhaltensmechanismus bei chronischen Schmerzen ist, sollte es doch in der Therapie berücksichtigt werden. Schmerzkatastrophisierungen und entsprechende Ängste vor Bewegungen, Belastungen oder Alltagssituationen können u. a. durch eine negative Erwartungshaltung, die zu einem großen Teil durch negative, schadensbetonte Kommunikation im Gesundheitswesen ausgelöst wird, entstehen. Vor allem bei einer ausgeprägten Katastrophisierung ist eine Generalisierung der Ängste möglich, sodass bereits der Gedanke an eine Tätigkeit Ängste auslösen kann. Der Gesamtprozess, der im Angst-Vermeidungs-Modell des Schmerzes von Vlaeyen beschrieben wird, kann maßgeblich durch die negative Bedrohungsbewertung und eine anschließende Priorisierung der Schmerzkontrolle entstehen. Angst und Ver-

- [23] Trost Z, France CR, Thomas JS. Examination of the photograph series of daily activities (PHODA) scale in chronic low back pain patients with high and low kinesiophobia. *Pain* 2009 Feb; 141(3): 276–282. DOI: 10.1016/j.pain.2008.11.016. Epub 2009 Jan 7. PMID: 19131166
- [24] Vlaeyen JW, Crombez G. Fear of movement/(re-)injury, avoidance and pain disability in chronic low back pain patients. *Man Ther.* 1999 Nov; 4(4): 187–195. DOI: 10.1054/math.1999.0199. PMID: 10593107
- [25] Vlaeyen JWS, Crombez G, Linton SJ. The fear-avoidance model of pain. *Pain* 2016 Aug; 157(8): 1588–1589. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000574. PMID: 27428892
- [26] Vlaeyen JWS, Crombez G. Behavioral Conceptualization and Treatment of Chronic Pain. *Annu Rev Clin Psychol* 2020 May 7; 16: 187–212. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095744. Epub 2019 Dec 10. PMID: 31821023
- [27] Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 2000 Apr; 85(3): 317–332. DOI: 10.1016/S0304-3959(99)00242-0. PMID: 10781906
- [28] Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S et al. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review. *Spine J* 2014 May 1; 14(5): 816–836.e4. DOI: 10.1016/j.spinee.2013.09.036. Epub 2013 Oct 18. Erratum in: *Spine J* Aug 1; 14(8): a18. PMID: 24412032
- [29] Wijenberg M, Rauwenhoff J, Stapert S et al. Do fear and catastrophizing about mental activities relate to fear-avoidance behavior in a community sample? An experimental study. *J Clin Exp Neuropsychol* 2021 Feb; 43(1): 66–77. DOI: 10.1080/13803395.2021.1874881. Epub 2021 Feb 10. PMID: 33567961
- [30] Zale EL, Lange KL, Fields SA et al. The relation between pain-related fear and disability: a meta-analysis. *J Pain* 2013 Oct; 14(10): 1019–1030. DOI: 10.1016/j.jpain.2013.05.005. Epub 2013 Jul 11. PMID: 23850095; PMCID: PMC3791167

3.8 Die Durchhalter

Sebastian Löscher

3.8.1 Einleitung

Fallbeispiel Charlotte, 42

B

Die 42-jährige Charlotte hat rezidivierende Sprunggelenksbeschwerden und stellt sich mit der Diagnose „nicht näher bezeichnete Verletzung im Bereich des Sprunggelenks und des Fußes“ in der Physiotherapiepraxis vor. Sie leidet seit rund 10 Wochen unter Schmerzen im Gebiet Außenknöchel und vorderes oberes Sprunggelenk. Die Beschwerden begannen ohne traumatischen Auslöser, nahmen in den ersten Wochen leicht zu und sind seitdem stabil. Die Patientin gibt an, ein Coaching bei einer Lauftrainerin zu absolvieren, die sie innerhalb

von sechs Monaten auf einen Halbmarathon vorbereiten möchte. Vor dem Coaching hatte sie keine konstanten Lauferfahrungen, als Studentin war sie unregelmäßig je nach Befinden gejoggt. Die Schmerzen traten innerhalb von 5 Minuten während einer Laufeinheit auf, ließen nach einiger Zeit nach und traten gegen Ende der Laufeinheit wieder auf. Ihre Trainerin riet ihr, die Schmerzen zu ignorieren und „wegzulaufen“. Da dies für einen Teil der Laufstrecke funktionierte, hat sie dies über die Wochen beibehalten und die Laufeinheiten nicht verändert.

Mittlerweile sind die Schmerzen nach dem Laufen länger anhaltend und vor allem abends in Ruhe spürbar. Eine Schwellung ist nicht vorhanden und nach einigen schmerzhaften Anlaufschritten am Morgen klingen die Beschwerden auch wieder ab.

Die Trainerin empfiehlt aufgrund der anhaltenden Beschwerden eine ärztliche Abklärung, ein Röntgenbild zum Ausschluss einer Verletzung bleibt ohne auffälligen Befund. Die Patientin macht sich keine Sorgen um ihren Fuß und den Halbmarathon und ist froh, wenn ihr geholfen werden kann.

Menschen können unterschiedliche Bewältigungsstrategien in alltäglichen Situationen als Reaktion auf eine Schmerzerfahrung anwenden. Das Beispiel der Läuferin steht im Gegensatz zum angstvermeidenden Verhalten, welches im vorherigen Kapitel beschrieben wurde (Kap. 3.7). Die Patientin zeigt ein bestehendes Durchhalteverhalten, das die Beschwerden über den Zeitraum von 10 Wochen nicht nur aufrechterhält, sondern eher noch verschlimmert.

Das ständige Durchhalten kann auch zu lang anhaltenden Beschwerden beitragen und erfordert eine individuelle Therapiestrategie.

Bereits 1993 betitelte die Professorin für medizinische Psychologie Prof. Dr. Hasenbring eine Arbeit mit „Durchhaltestrategien – ein vernachlässigtes Phänomen in Schmerzforschung und Therapie [18]?

In der Literatur werden Menschen, die mit dieser Bewältigungsstrategie zur Aufrechterhaltung

- [10] Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2013; 72: 1125–1135. DOI: 10.1136/annrheumdis-2012-202745
- [11] Grønne DT, Roos E, Thorgaard S et al. GLA:D Denmark Annual Report 2022.
- [12] Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A et al. What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet* 2018; 391: 2356–2367. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30480-X
- [13] Hasenbring MI, Pincus T. Effective reassurance in primary care of low back pain: what messages from clinicians are most beneficial at early stages? *Clin J Pain* 2015; 31: 133–136. DOI: 10.1097/AJP.000000000000097
- [14] Hoffmann T, Bakhit M, Michaleff Z. Shared decision making and physical therapy: What, when, how, and why? *Braz J Phys Ther* 2022; 26: 100382. DOI: 10.1016/j.bjpt.2021.100382
- [15] IG GLA:D Schweiz. GLA:D Schweiz Arthrose und Rücken – Jahresbericht 2023
- [16] Jackson T, Wang Y, Wang Y et al. Self-Efficacy and Chronic Pain Outcomes: A Meta-Analytic Review. *The Journal of Pain* 2014; 15: 800–814. DOI: 10.1016/j.jpain.2014.05.002
- [17] Kjaer P, Kongsted A, Ris I et al. GLA:D Back group-based patient education integrated with exercises to support self-management of back pain – development, theories and scientific evidence. *BMC Musculoskelet Disord* 2018; 19: 418. DOI: 10.1186/s12891-018-2334-x
- [18] Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2020; 72: 149–162. DOI: 10.1002/acr.24131
- [19] Kongsted A, Ris I, Kjaer P et al. GLA:D Back: implementation of group-based patient education integrated with exercises to support self-management of back pain – protocol for a hybrid effectiveness-implementation study. *BMC Musculoskelet Disord* 2019; 20: 85. DOI: 10.1186/s12891-019-2443-1
- [20] Kongsted A, Ris I, Kjaer P et al. Self-management at the core of back pain care: 10 key points for clinicians. *Braz J Phys Ther* 2021; 25: 396–406. DOI: 10.1016/j.bjpt.2021.05.002
- [21] National Guideline Centre (UK). *Low Back Pain and Sciatica in Over 16s: Assessment and Management*. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016
- [22] Niedermann K. Patient Education und Selbstmanagement-Interventionen in der Physiotherapie. *manuelletherapie* 2018; 22: 211–216. DOI: 10.1055/a-0762-3638
- [23] O'Neill A, O'Sullivan K, O'Sullivan P et al. Examining what factors mediate treatment effect in chronic low back pain: A mediation analysis of a Cognitive Functional Therapy clinical trial. *Eur J Pain* 2020; 24: 1765–1774. DOI: 10.1002/ejp.1624
- [24] O'Sullivan PB, Caneiro JP, O'Sullivan K et al. Back to basics: 10 facts every person should know about back pain. *Br J Sports Med* 2020; 54: 698–699. DOI: 10.1136/bjsports-2019-101611
- [25] Oliveira CB, Maher CG, Pinto RZ et al. Clinical practice guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care: an updated overview. *Eur Spine J* 2018; 27: 2791–2803. DOI: 10.1007/s00586-018-5673-2
- [26] Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM et al. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2017; 166: 514–530. DOI: 10.7326/M16-2367
- [27] Riediger M, Freund AM. Interference and facilitation among personal goals: differential associations with subjective well-being and persistent goal pursuit. *Pers Soc Psychol Bull* 2004; 30: 1511–1523. DOI: 10.1177/01461617204271184
- [28] Roos EM, Barton CJ, Davis AM et al. GLA:D to have a high-value option for patients with knee and hip arthritis across four continents: Good Life with osteoArthritis from Denmark. *Br J Sports Med* 2018; 52: 1544–1545. DOI: 10.1136/bjsports-2017-098904
- [29] Skou ST, Roos EM. Good Life with osteoArthritis in Denmark (GLA:D®): evidence-based education and supervised neuromuscular exercise delivered by certified physiotherapists nationwide. *BMC Musculoskelet Disord* 2017; 18: 72. DOI: 10.1186/s12891-017-1439-y
- [30] Stochkendahl MJ, Kjaer P, Hartvigsen J et al. National Clinical Guidelines for non-surgical treatment of patients with recent onset low back pain or lumbar radiculopathy. *Eur Spine J* 2018; 27: 60–75. DOI: 10.1007/s00586-017-5099-2
- [31] Zangi HA, Ndosi M, Adams J et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2015; 74: 954–962. DOI: 10.1136/annrheumdis-2014-206807

4.6 Kommunikation in der manuellen Therapie

Chad E. Cook

4.6.1 Wertschätzung der Patient*innen

Jeder Mensch ist einzigartig. Jeder Mensch hat unterschiedliche Bedürfnisse, unterschiedliche Schmerzmechanismen und beitragende Faktoren (Interventionselemente), die sein Schmerzerleben beeinflussen. Die Annahme, dass eine einzige Intervention (oder Technik) allen Menschen helfen wird, ist allzu simpel – und respektlos. Obwohl eine übermäßige Variabilität in der Behandlung nicht sinnvoll ist, wird die Fähigkeit, Behandlungen anzupassen, ein Markenzeichen der personalisierten Medizin und eine potenziell wertvolle Ressource für alle klinisch Tätigen [6]. Jeder Mensch braucht das, was er braucht, und es ist Aufgabe der Physiotherapeut*innen, herauszufinden, was genau seine Bedürfnisse sind.

In diesem Kapitel geht es darum, wie man einer Person vermitteln kann, was die manuelle Therapie tut und wie sie funktioniert. Dieses Kapitel soll dabei helfen, Informationen in ehrlicher Weise zu vermitteln, damit die Patient*innen effektiv in den Entscheidungsprozess über die Behandlung einbezogen werden können. Da in den vorhergehenden

den Kapiteln die wichtigsten Komponenten einer effektiven Kommunikation besprochen wurden, werden wir uns hauptsächlich darauf konzentrieren, was man der betroffenen Person denn nun sagen kann.

4.6.2 Was ist manuelle Therapie?

Fachleute der manuellen Therapie verfügen über eine Reihe von Interventionsmethoden zur Behandlung von Schmerzen und Behinderungen. Seit Jahrzehnten und Jahrhunderten wenden sie Techniken der manuellen Therapie an, um eine Vielzahl von Beschwerden zu behandeln. Es besteht eine bemerkenswerte Uneinheitlichkeit in der Definition der manuellen Therapie und in der Frage, was sie in den verschiedenen medizinischen Disziplinen und Philosophien bewirken soll. Die National Institutes of Health (NIH) definieren die manuelle Therapie als die passive Anwendung mechanischer Kräfte auf die Außenseite des Körpers in therapeutischer Absicht, oft als Teil der Schmerzbehandlung (z. B. bei Kreuzschmerzen), der Rehabilitation oder des allgemeinen Wohlbefindens und der Krankheitsprävention [14]. Beispiele für manuelle Therapiemaßnahmen sind passive Dehnung, Mobilisation, Manipulation, Muskulararbeitstechniken

und passive Mobilisation mit aktiver Bewegung (► Tab. 4.5).

4.6.3 Patient*innenzentrierte Haltung

Der patient*innenzentrierte Ansatz ist ein Ansatz in der Gesundheitsversorgung, bei dem die individuellen Bedürfnisse, Präferenzen und Werte der Person im Mittelpunkt stehen [7]. Wer einen patient*innenzentrierten Ansatz verfolgt, erkennt an, dass es sich beim Gegenüber um einzigartige Individuen mit eigenen Hintergründen, Überzeugungen und Umständen handelt, und versucht daher, sie aktiv in ihre Entscheidungen bezüglich der Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Dieser Ansatz geht über die bloße Behandlung eines medizinischen Problems hinaus und betrachtet die ganze Person. Die wichtigsten Grundsätze der patient*innenzentrierten Versorgung sind:

- Respekt vor den Werten der Person
- Informationsaustausch
- gemeinsame Entscheidungsfindung
- ganzheitlicher Ansatz bei der Wahl der Versorgung
- Verbesserung des Zugangs und der Kontinuität der Versorgung

Tab. 4.5 Techniken der manuellen Therapie und ihre Definition.

Anwendung	Definition
passives Dehnen	Passive Technik, bei der eine Zugkraft auf das Gewebe ausgeübt wird, um die Dehnbarkeit der Länge (und den daraus resultierenden Bewegungsumfang) des Zielgewebes zu erhöhen.
Mobilisierung	Eine passive Technik zur Wiederherstellung der vollen, schmerzfreien Gelenkfunktion durch rhythmische, sich wiederholende passive Bewegungen im Rahmen der Toleranz einer Person in willkürlichen und/oder akzessorischen Bereichen.
Manipulation	Eine genau lokalisierte oder global angewandte einzelne, schnelle und entschiedene Bewegung mit kleiner Amplitude, die auf eine sorgfältige Positionierung der Person folgt.
Muskel-Energie-Technik	Eine manuell unterstützte Methode der Dehnung/Mobilisierung, bei der eine Person auf Wunsch ihre Muskeln aktiv einsetzt, während sie eine gezielte Vorposition gegen eine deutlich ausgeführte Gegenkraft beibehält.
passive Mobilisierung mit einer aktiven Bewegung	Eine passive Technik, die aus einer rhythmischen, sich wiederholenden passiven Bewegung im willkürlichen und/oder akzessorischen Bereich entsprechend der Toleranz der Person besteht und gleichzeitig mit einer aktiven Bewegung der Person in derselben Region durchgeführt wird.

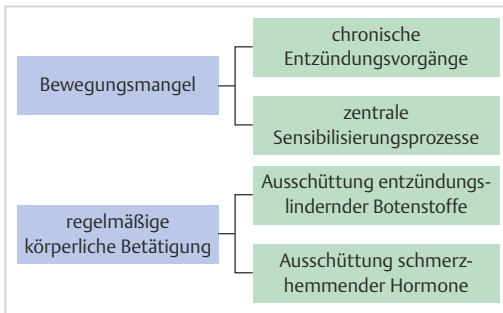


Abb. 5.4 Folgen von Bewegungsmangel und regelmäßiger körperlicher Aktivität.

Die Grafik zeigt, dass Bewegungsmangel chronische Entzündungsprozesse und zentrale Sensibilisierungsprozesse auslösen kann. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, wirksame Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität zu entwickeln. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Bewegungsmangel ein Faktor ist, der über verstärkte Entzündungsprozesse und die Ausschüttung schädlicher Botenstoffe die Schmerzentstehung auslösen kann. Es ist wichtig zu betonen, dass regelmäßige körperliche Aktivität genau diese Entzündungsprozesse reduzieren und schmerzlindernde Substanzen im Körper freisetzen kann.

5.1.6 Schlafmangel

Ausreichend Schlaf ist für jeden Menschen wichtig. Dabei spielt nicht nur die Zeit, die wir im Bett verbringen, eine Rolle. Auch die Frage nach der optimalen Schlafdauer ist von grundlegender Bedeutung. In einer 2015 veröffentlichten Studie analysierten Fachleute die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse über die empfohlene Schlafdauer. Dabei wurde übereinstimmend festgestellt, dass die benötigte Schlafdauer vom Alter der Men-

schen abhängt [30]. Die optimale Schlafdauer für Erwachsene liegt bei 7–9 Stunden pro Nacht. Wie viel Schlaf in welchem Alter ungefähr sinnvoll ist, kann im Detail der ► Tab. 5.2 entnommen werden.

Eine Schlafdauer von unter 7 Stunden pro Nacht steht in direktem Zusammenhang mit längeren Arbeitszeiten und Übergewicht [44], mit dem metabolischen Syndrom, einem Diabetes und einem Hypertonus. Darüber hinaus wird Schlafmangel mit vermehrter Kortisolausschüttung, verminderter kognitiver Leistungsfähigkeit, depressiven Symptomen und häufigeren Suizidversuchen in Verbindung gebracht [39]. In einer 2015 veröffentlichten Studie wurde die Schlafqualität von 268 Menschen mit lang anhaltenden Schmerzen und 774 schmerzfreien Personen mithilfe von Fragebogen evaluiert [56]. Dabei wurde die Häufigkeit von nicht erholsamem Schlaf und schlechter Schlafqualität untersucht. Schmerzfreie Personen gaben zu 37,11 % an, nach dem Schlaf nicht erholt zu sein, während dies 81,67 % der Menschen mit anhaltenden Schmerzen sagten. Dieser Unterschied bestätigte sich auch bei den Angaben zur allgemein empfundenen Schlafqualität. Eine geringe Schlafqualität, die durch häufiges Aufwachen und Schwierigkeiten beim Einschlafen charakterisiert ist, gaben 23,02 % der schmerzfreien Personen und 60,01 % der Menschen mit lang anhaltenden Schmerzen an. Eine subjektiv empfundene schlechte Schlafqualität steht also in direktem Zusammenhang mit lang anhaltenden Schmerzen. In einer Studie mit insgesamt 240.820 Personen aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen wurden Daten zu Schlaf und Schmerzen ausgewertet. Im Vergleich zu Menschen ohne Schmerzen konnte für Menschen mit moderaten, starken und extremen Schmerzen eine Odds Ratio für schwere Schlafprobleme von 3,65 (3,24–4,11), 9,35 (8,19–10,67) und 16,84 (13,91–20,39) Punkten ermittelt werden [66]. Menschen mit Schmerzen haben also häufiger Schlafprobleme als Menschen

Tab. 5.2 Empfohlene Schlafdauer in Stunden pro Nacht.

Alter	0–3 Monate	1–2 Jahre	6–13 Jahre	14–17 Jahre	18–64 Jahre	≥ 65 Jahre
empfohlene Schlafdauer in Stunden	14–17	11–14	9–11	8–10	7–9	7–8