

SCHMERZ NACHRICHTEN

Zeitschrift der Österreichischen Schmerzgesellschaft



DFP-Literaturstudium

Das spastische Syndrom

Freie Themen

Trigeminoautonome Kopfschmerzen

Ambulante Wirbelsäulenrehabilitation

Zervikogener Kopfschmerz

Neurodestruktive Eingriffe

OP-Indikationen eines Bandscheibenvorfalls

Community Nurse

ÖSTERREICHISCHE SCHMERZGESELLSCHAFT



Offizielles Organ der Österreichischen Schmerzgesellschaft

Ambulante Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3: Bedeutung psychologischer Interventionen

Michael Quittan · Günther F. Wiesinger

Karl Landsteiner Institut für Funktionale Gesundheit und Remobilisation, Wien, Österreich

Bei Erkrankungen der Wirbelsäule in ihren unteren (kaudalen) Abschnitten sind Kreuzschmerzen oder untere Rückenschmerzen („low back pain“, LBP) das Leitsymptom. Die Gefahr der Chronifizierung des Schmerzgeschehens ist hoch. Neueste Daten zeigen, dass im Jahr 2020 etwa 619 Mio. Menschen weltweit betroffen waren. Für das Jahr 2050 ergibt die Hochrechnung etwa 843 Mio.

Knapp 40% werden unter anderem arbeitsplatzbezogenen Faktoren zugeschrieben [1]. Umso bedeutender ist die Berücksichtigung von psychosozialen und arbeitsplatzbezogenen Risikofaktoren, da sie eine entscheidende Rolle für Prognose und Verlauf spielen [2].

Yellow Flags

Psychosoziale Faktoren, sog. *Yellow Flags*, insbesondere kognitive/emotionale und verhaltensbezogene Merkmale, können das Risiko für eine Chronifizierung von Kreuzschmerzen deutlich erhöhen und den Krankheitsverlauf entscheidend negativ beeinflussen [3].

Es existiert eine Vielzahl systematischer Übersichtsarbeiten sowie prospektiver Längsschnittstudien, die eine hohe Evidenz für Depressivität/Distress, aber auch für Aspekte der Schmerzverarbeitung und des Schmerzverhaltens als Risikofaktoren ausweisen [4, 5]. In den Untersuchungen zeigte sich nahezu übereinstimmend, dass psychosoziale Belastung per se einen Risikofaktor für eine Chronifizierung von Kreuzschmerzen darstellt. Das *Avoidance-Endurance-Model* ist eine Weiterentwick-

lung des *Fear-Avoidance-Belief-Modells* [6]. Dabei wird neben dem Angstvermeidungsverhalten auch das Erdulden, entweder als *depressiv-suppressiver Typ* oder als *depressiv-heiterer Typ*, als Bewältigungsstrategie von Kreuzschmerzen definiert. Alle diese beschriebenen Bewältigungsstrategien stellen einen Risikofaktor für die Chronifizierung der Kreuzschmerzen dar. Durch die Anwendung dieses Modells kann die Auswahl weiterer rehabilitativer Interventionen beeinflusst werden [7].

Chronische Rückenschmerzen (LBP) führen zu nachweisbaren funktionellen und anatomischen Veränderungen im Gehirn, die auf eine strukturelle Reorganisation durch das chronische Schmerzgeschehen hinweisen. In einer systematischen Übersicht wurden als betroffene Hirnareale u. a. der dorsolaterale präfrontale Kortex, der Thalamus, die Temporallappen und der primäre somatosensorische Kortex identifiziert. Auffallend ist, dass diese Veränderungen eher emotionale und kognitive Funktionen betreffen als dem Schmerzgeschehen zugehörige Funktionen [8]. Diese anatomischen und funktionellen Veränderungen können durch entsprechende schmerztherapeutische Interventionen teilweise rückgängig gemacht werden [9].

Holistischer Therapieansatz

Daher ist ein entschlossenes ganzheitliches therapeutisches Vorgehen wichtig, um eine Entwicklung in Richtung Chronifizierung hintanzuhalten. Dieser holistische Ansatz kann vorzugsweise durch die Maß-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

nahmen der medizinischen Rehabilitation erreicht werden [10].

Medizinische Rehabilitation umfasst alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Fähigkeit zur Berufsausübung sowie zur aktiven Teilnahme am normalen Leben in Familie und Gesellschaft [11]. Zu dieser Sichtweise hat die WHO mit dem Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) die konzeptive Basis gelegt. Dieses übergreifende Konzept der ICF definiert die funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit), die in ihren Komponenten (Körperfunktion und -struktur sowie Aktivität und Partizipation) abgebildet wird.

Stressreduktion und Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapeutische Interventionen verbessern negative Krankheitsgefühle und ermöglichen den Betroffenen ein positives Selbstmanagement ihrer Symptome. Das Gesundheitsbewusstsein und präventive Verhaltensweisen werden gestärkt [12].

Interventionen mit achtsamkeitsbasierter Stressreduktion oder verhaltenstherapeutischen Ansätzen zeigen einen signifikant positiven Einfluss auf die Schmerzintensität und den Schmerzverlauf. Sie verbessern nachweislich auch die funktionellen Einschränkungen von Patient:innen mit chronischem unterem Rückenschmerz. Die Interventionen erfolgen über acht Wochen mit wöchentlich je zwei Stunden. Die positiven Veränderungen im Roland-Morris-Disability-Fragebogen sind bis zu einem Jahr anhaltend zu beobachten [13]. Daher wird eine psychologische Intervention zur Behandlung von Schmerzzuständen des unteren Rückens heute eindeutig empfohlen [14].

Auch die Ergebnisse eines Cochrane-Reviews weisen bei Personen mit chronischen nichtspezifischen Kreuzschmerzen auf einen positiven Effekt psychologischer Interventionen auf Schmerzen und körperliche Funktionsfähigkeit hin. Verglichen wurden Patient:innen, die auf Wartelisten für diese psychologischen Interventionen standen. Unterschiedliche Wirksamkeiten einzelner psychologischer Metho-

den und Techniken, wie Entspannungstechniken oder verhaltenstherapeutische Ansätze zur Stressreduktion, waren nicht nachweisbar [15].

Österreichische Leitlinie

Seit 2018 fließen diese Erkenntnisse auch in das Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen ein. Empfohlen wird die Anwendung verschiedener Formen der Entspannungsverfahren und Elemente aus der Verhaltenstherapie in Kombination mit anderen Therapieverfahren im Rahmen multimodaler Behandlungsprogramme. Dabei soll die Überleitung von Therapieinhalten in selbstständig durchgeführte Aktivitäten (Verstetigung körperlicher/gesundheitsportlicher Aktivität) erfolgen, sodass erlernte Fähigkeiten selbstständig in vielen Alltagssituationen angewendet werden können.

Da das Training der schnellen und tiefen Entspannung in der Regel einige Wochen dauert, sind Entspannungstechniken nur bei längerdauernden Interventionen sinnvoll einsetzbar. Ein sekundärpräventiver Aspekt sollte dabei nicht außer Acht gelassen werden [16].

Ganzheitlicher Ansatz

Eine kürzlich veröffentlichte internationale Übersicht als Leitlinie in Zusammenarbeit mit der WHO empfiehlt als rehabilitatives Vorgehen bei LBP ein multimodales Programm, bestehend aus körperlichem Training, psychologischen Einheiten und Schulungen [17]. Die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3 folgt diesem ganzheitlichen Ansatz bereits seit Jahren [18]. Neben den körperlichen Interventionen, bestehend aus Sensomotoriktraining und medizinischem Krafttraining [19] stellen psychologische Interventionen einen weiteren Hauptbestandteil dar.

Die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3 trägt den wissenschaftlichen Erkenntnissen vollinhaltlich Rechnung. Ziele sind neben der Reduktion von Funktionseinschränkungen und Erhalt bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit auch die Kompetenzsteigerung der

Rehabilitand:innen im Umgang mit ihrer Erkrankung durch Schulung und Entwicklung von Copingstrategien. Daher ist ein integraler und für die Rehabilitand:innen verpflichtender Teil dieser ambulanten Rehabilitationsmaßnahme eine psychologische Schulung und 6 Gruppensitzungen zum Erlernen des Entspannungstrainings. Methodisch wird entweder die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen oder das autogene Training angewendet.

Korrespondenzadresse



© Mediendienst Wilke

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Quittan

Karl Landsteiner Institut für Funktionale Gesundheit und Remobilisation
Mantlergasse 34–36/4/7, 1130 Wien, Österreich
mq@rehab-hietzing.at

Interessenkonflikt. M. Quittan und G.F. Wiesinger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. GBD 2021 Low Back Pain Collaborators. Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5:e305–62.
2. Knezevic NN, Candido KD, Cohen SP, et al. Low back pain. *Lancet.* 2021;398(10294):78–92.
3. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ, Decade of the Flags' Working Group. Early identification and management of psychological risk factors („yellow flags“) in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther.* 2011;91(5):737–53.
4. 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–e20.
5. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Held U, et al. Fear-avoidance beliefs—a moderator of treatment efficacy in patients with low back pain: a systematic review. *Spine J.* 2014;14(11):2658–78.
6. Hasenbring MI, Chehadi O, Titzte C, Kreddig N. Fear and anxiety in the transition from acute to chronic pain: there is evidence for endurance besides avoidance. *Pain Manag.* 2014;4(5):363–74.

7. Fehrmann E, Fischer-Grote L, Ebenbichler G, et al. Perceived psychosocial stressors and coping resources in chronic low back pain patients as classified by the avoidance-endurance model. *Front Rehabil Sci.* 2022;3:996945.
8. Ng SK, Urquhart DM, Fitzgibbon BM, et al. The relationship between structural and functional brain changes and altered emotion and cognition in chronic low back pain brain changes: a systematic review of MRI and fMRI studies. *Clin J Pain.* 2018;34(3):237–61.
9. Seminowicz DA, Wideman TH, Stone LS, et al. Effective treatment of chronic low back pain in humans reverses abnormal brain anatomy and function. *J Neurosci.* 2011;31(20):7540–50.
10. Quittan M. Rehabilitation von Erkrankungen der unteren Wirbelsäule. *Schmerz Nachr.* 2021;21:36–8.
11. Medizinische Rehabilitation und Gesundheitsvorsorge. <https://www.pv.at/cdscontent/load?contentid=10008.577843&version=16179609866>. Zugegriffen: 23. Mai 2023.
12. Chou R, Deyo R, Brodt ED, et al. Nonpharmacologic therapies for low back pain: a systematic review for an American college of physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2017;166(7):493–505.
13. Cherkin DC, Sherman KJ, Turner JA, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;315(12):1240–9.
14. Anheyer D, Haller H, Cramer H, et al. Mindfulness-based stress reduction for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2017;166(11):799–807.
15. Henschke N, Ostelo RW, Main CJ, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002014.pub3>.
16. Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen 2018 – Kurzbezeichnung Leitlinie Kreuzschmerz 2018, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Langfassung 1. Auflage, Version 1, 2018
17. Zaina F, Côté P, Nordin M, et al. A systematic review of clinical practice guidelines for persons with non-specific low back pain with and without radiculopathy: identification of best evidence for rehabilitation to develop the WHO's package of interventions for rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2023. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2023.02.022>. Epub ahead of print
18. Quittan M. Erkrankungen der unteren Wirbelsäule: Die ambulante Wirbelsäulenrehabilitation der Phase 3. *Schmerz Nachr.* 2022;22:41–3.
19. Quittan M, Wiesinger GF. Phase 3 der ambulanten Wirbelsäulenrehabilitation: medizinisches Krafttraining. *Schmerz Nachr.* 2023;23:34–7.

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.



„Beweg Dich, Move4You“: Drachenbootrennen

ÖSG-Past-Präsidentin OÄ Dr. Waltraud Stromer nahm mit Kolleg:innen der Abteilung für Anästhesie und allgemeine Intensivmedizin des Landeskrankenhauses Horn als Vertreter der Initiative „Beweg Dich – Move4You“ am 16. Drachenbootrennen in Raabs an der Thaya teil. „Es ging uns nicht um das Gewinnen, wir wollten mit Mut für Neues und Teamgeist Vorbild sein, mit Freude an der Bewegung an diesem Rennen teilnehmen und gemeinsam als Team im Boot sitzend das Ziel erreichen“, fasst Dr. Stromer die Idee zur Initiative zusammen. Ohne vorher jemals ein Paddel in der Hand gehabt zu haben, ging es an den Start. Zwei Rennen wurden sogar gewonnen. Unter den 60 Teams am Start waren nur wenige Profis mit dabei.

Regelmäßige Bewegung kann Schmerzen lindern. Dies gilt insbesondere auch für chronische Schmerzzustände. Die Initiative „Beweg Dich/Move4you“ will dabei helfen, regelmäßige Bewegung ganz einfach in den Alltag zu integrieren. Wer sich mindestens dreimal die Woche nur eine halbe Stunde bewegt, kann Schmerzen reduzieren und chronische Schmerzen verhindern. Aber auch Betroffene mit chronischen Schmerzzuständen profitieren von regelmäßiger Bewegung.

2024 wird das 17. Drachenbootrennen stattfinden – ob Profi oder Amateur, es macht Spaß, daran teilzunehmen!

