

lic. phil. Roberto Brioschi

Leiter Schmerz, Psychosomatik & Onkologie

Mitglied Geschäftsleitung

RehaClinic Bad Zurzach

[r.brioschi@rehaclinic.ch](mailto:r.brioschi@rehaclinic.ch)

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

Zisp

ZURZACHER  
INTERDISZIPLINÄRES  
SCHMERZPROGRAMM

Zurzacher Schmerztherapeut (ZST)

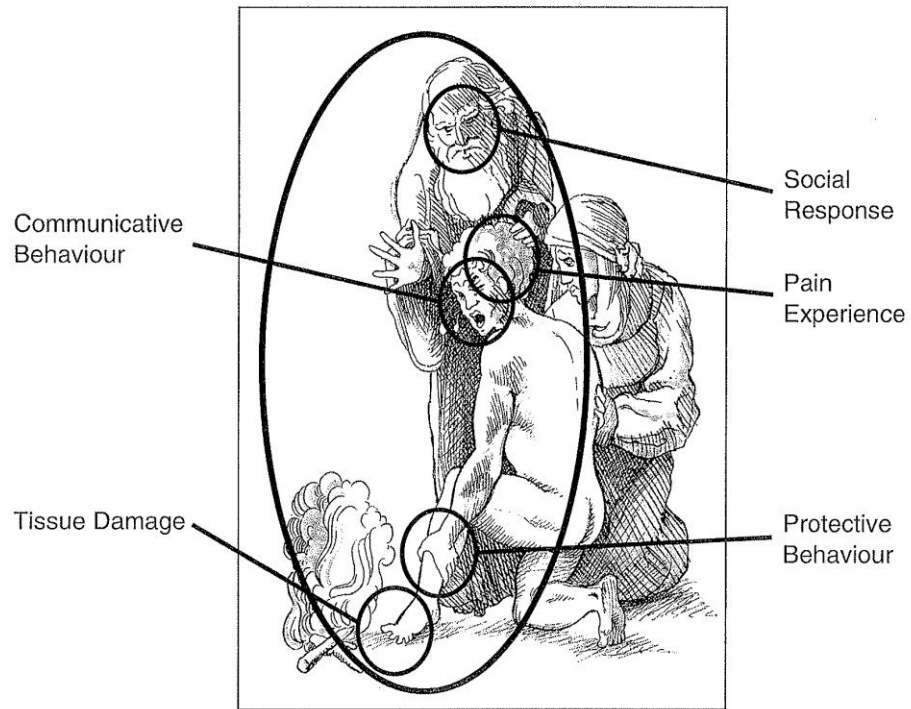


**Schmerz:  
Ist etwas kaputt?**

# **Definition: Schmerz**

**(IASP 1978/1995)**

**AN UNPLEASANT SENSORY AND  
EMOTIONAL EXPERIENCE  
ASSOCIATED WITH ACTUAL OR  
POTENTIAL TISSUE DAMAGE OR  
DESCRIBED IN TERMS OF SUCH  
DAMAGE**



**Aus: Main, Pain Management, 2008**

# **Psychosoziale Risikofaktoren bei Rückenschmerzen**

**(Linton, 2000; Buer & Linton, 2002)**

1. Psychosocial variables are clearly linked to the transition from acute to chronic pain disability.
2. Psychosocial variables generally have more impact than biomedical or biomechanical factors on back pain disability.
3. Depression, anxiety, distress and related emotions are related to pain and disability.
4. Self-perceived poor health is related to chronic pain and disability.

# **Psychosoziale Risikofaktoren bei Rückenschmerzen**

**(Linton, 2000; Buer & Linton, 2002)**

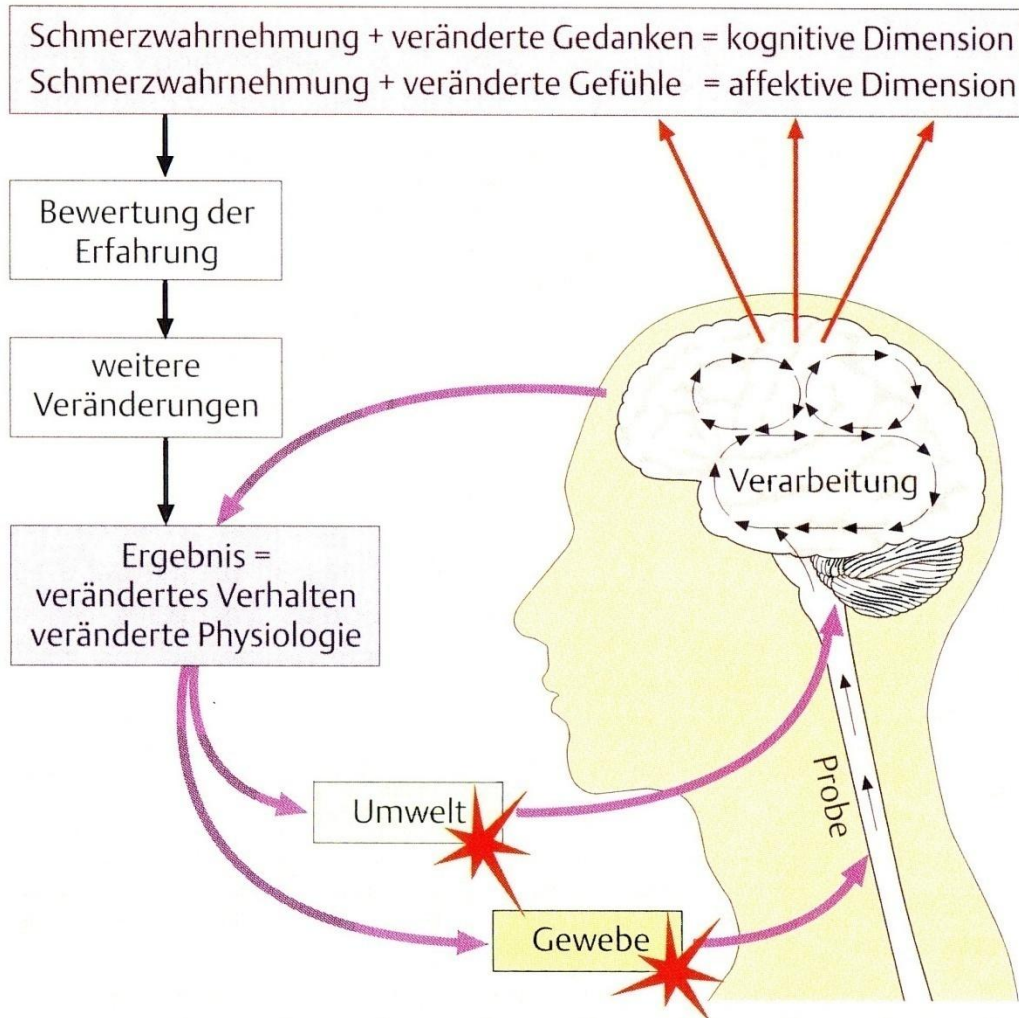
5. Cognitive factors (attitudes, cognitive style, fear-avoidance beliefs) are related to the development of pain and disability.
  - a. Passive coping is related to pain and disability.
  - b. Pain cognitions (e.g. catastrophizing) are related to pain and disability.
  - c. Fear-avoidance beliefs are related to pain and disability.

## **Psychosoziale Risikofaktoren bei Rückenschmerzen** **(Linton, 2000; Buer & Linton, 2002)**

6. Psychosocial factors may be used as predictors of the risk for developing long-term pain and disability.

Fazit: Psychosoziale Faktoren sind für den Übergang von akuten zu chronischen Schmerzzuständen entscheidender als bio-medizinische und bio-mechanische Faktoren.

# MOM-Modell



MOM: Modell des reifen Organismus bei Verletzungen: Die Situation wird durch das Gehirn bewertet. Verhalten und die Physiologie werden daraufhin Verändert (Nach Gifford)



**Pathophysiologie**

**Kognition**

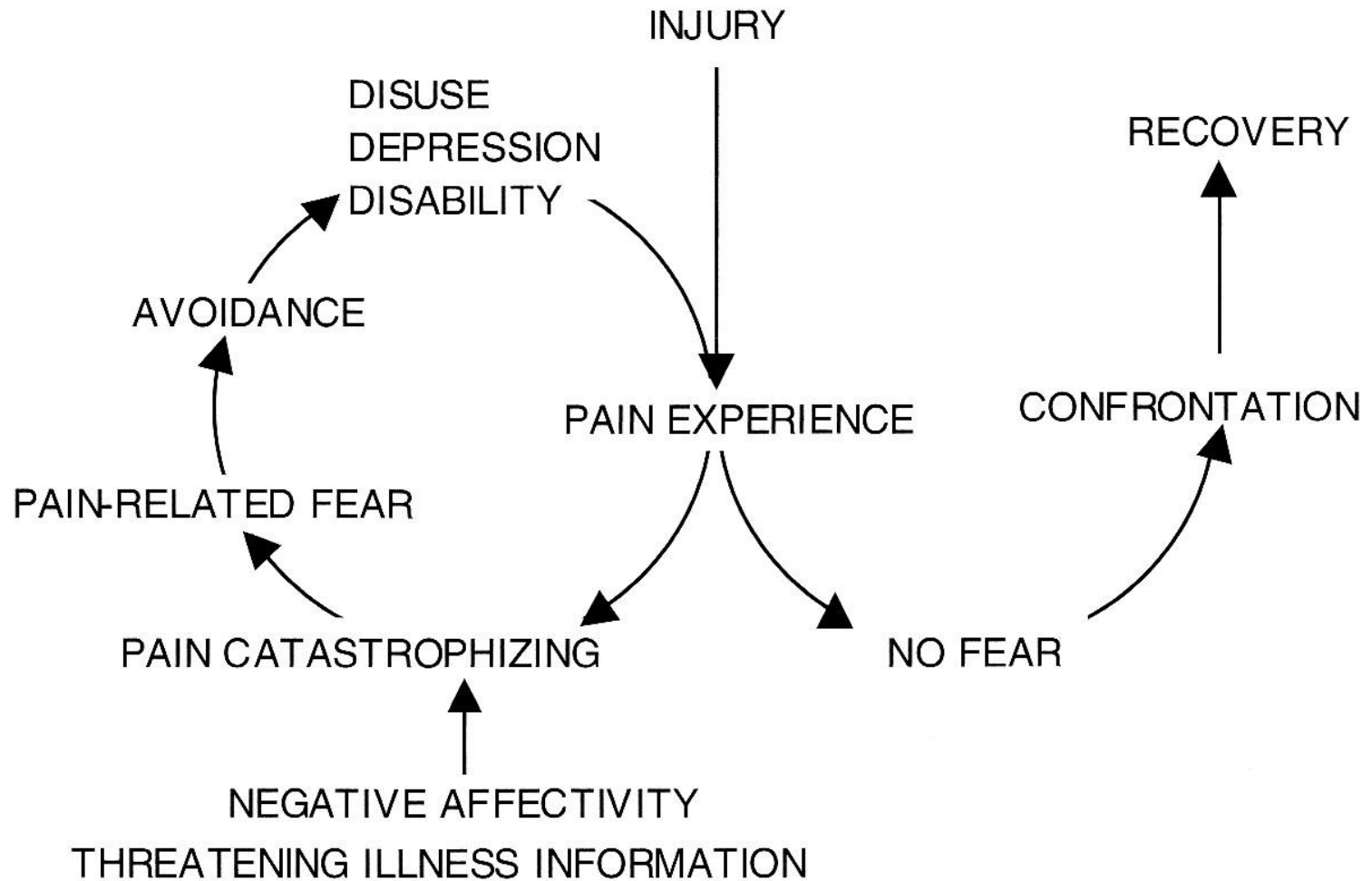
**Dimensionen  
von Schmerz-  
erleben**

**Emotion**

**Verhalten**

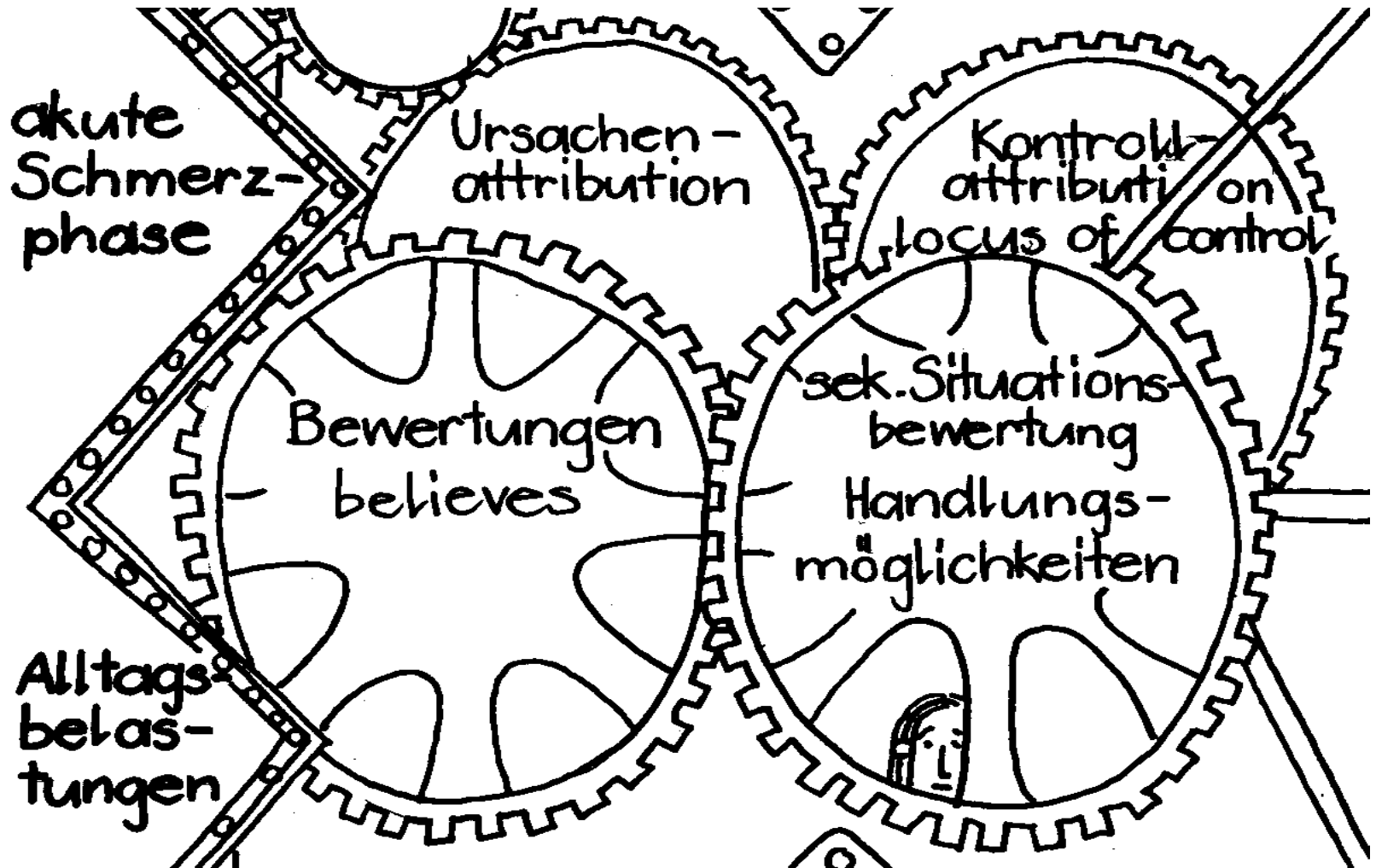
**Wahrnehmung**

# Fear-avoidance Modell (Vlaeyen Johan W.S., 2002)



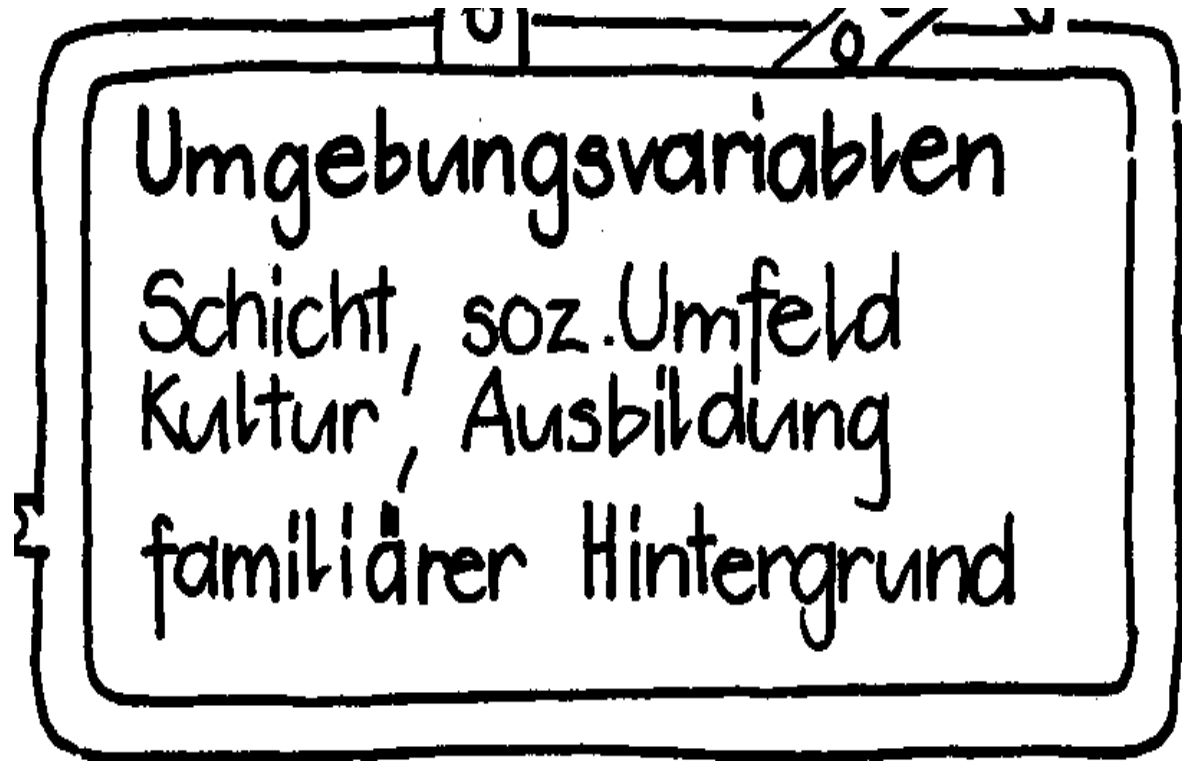
# Psychosoziale Faktoren 1

Chronifizierungsprozess



# Psychosoziale Faktoren 2

Chronifizierungsprozess



# Psychosoziale Faktoren 3

Chronifizierungsprozess

Personenvariablen

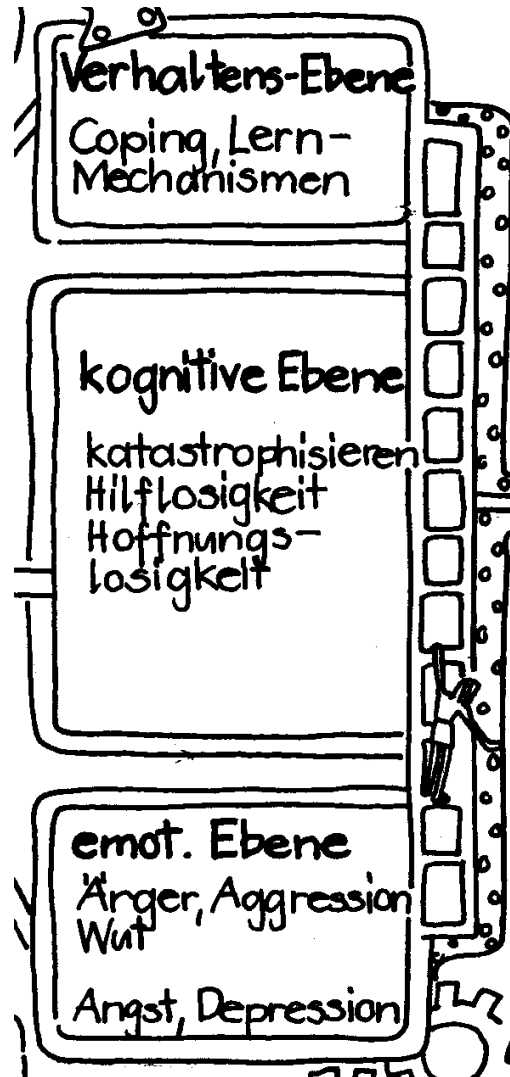
Konstitution

psychische Grundlagen

Kohärenzgefühl (SOC)

# Psychosoziale Faktoren 4

Chronifizierungsprozess



# Flag-Konzept 1

- 1. „Red flags“** (Waddell, 1998/AHCPR & CSAG 1994):  
Klare somatische/mechanische Pathologie der WS,  
neurologische oder entzündliche Pathologie etc.
- 2. „Yellow flags“** (Kendall et al., 1997):  
Attitudes & beliefs about back pain  
Behaviors, Family & Work  
Compensation issues  
Diagnostic and treatment issues  
Emotions
- 3. „Orange flags“** (Main et al. 2005)  
Psychiatric disorders (major mental illness, major  
personality disorder, drug use & forensic problems)

## Flag-Konzept 2

- 1. „Blue flags“** (Bigos, 1990):
  - Hohe Anforderungen/schlechte Kontrolle
  - Wenig soziale Unterstützung von KollegenInnen
  - Neg. Stress (Zeitdruck)
  - Arbeitsunzufriedenheit
  
- 2. „Black flags“** (Main & Burton 2000):
  - Ergonomische & physikalische Faktoren (Schweregrad, Positionen, Vibration etc.)
  - Dauer der Arbeitszeit
  - Sozial- und Gesundheitssystem
  - Berentungssystem



**Table 2.1** Flag model with implications for action

Type of flag	Recommendation for action
Red	Triage for specialist medical opinion
	Reassess if appropriate
Orange	Triage to mental health specialist
	Reassess after specialist treatment
Yellow	Biopsychosocial management
	Develop integrated approach to reactivation with removal of perceived obstacles to recovery
Blue	Identify modifiable work perceptions
	Develop integrated approach to reactivation with removal of perceived obstacles to recovery
	Consider liaison with employer in context of RTW or work retention plan
Black	Appraise significance as potential rehabilitation 'showstoppers'
	Check black flags with employer and investigate possibility of accommodation
	Reset patient expectations and develop integrated approach to reactivation <i>or</i> do not accept for treatment

**Aus: Main, Pain Management, 2008**

## Key points

- **Psychological factors have a considerable influence on pain and disability**
- **They have a stronger influence on outcome than do biomedical factors**
- **The shift from medical to biopsychosocial models of illness highlights the major importance of psychological factors**
- **The most important factors are distress, beliefs or attitudes, pain behaviour and pain coping strategies**
- **Further research is needed into the interaction amongst these factors at various stages of illness**
- **Psychological factors in response to acute pain are predictive of chronic incapacity**
- **There needs to be a redirection from investigations into the nature of pain towards obstacles to recovery**
- **Distress and confusion about previous treatment have a powerful influence on patients' reactions to pain and disability**
- **Better management of psychological reactions at early stages of treatment has the potential for reducing iatrogenic distress and preventing unnecessary chronicity, and this suggests a need to develop the integration of psychological perspectives into the clinical practice of other professions.**

# Flag-Konzept

## Checkliste Schmerz (erweiterte Anamnese)



Gibt es medizinische Risikofaktoren?  
(bitte wichtigste aufführen)

1. ....
2. ....
3. ....



Psychosoziale Risikofaktoren

1. Verhalten (Passivität, Rückzug, Medi-Konsum ...)  
.....
2. Kognition (Wissen über Krankheit, Katastrophisierung, Bewertungen, Überzeugungen ...)  
.....
3. Emotional (Befindlichkeit, Depression, Angst)  
.....
4. Bedeutung, Funktion des Schmerzes (sozio-ökonomische Situation)  
.....
5. Reaktion des Umfeldes (Familie, Partner ...)  
.....



Arbeitssituation / Aktivitäten

1. ....
2. ....
3. ....



(konkrete Fragen siehe hinten)

# Flag-Konzept



Abklärung, medizinische Massnahmen



Besprechung am interdisziplinären Rapport

## Beispiel - Fragen:



1. Was denken Sie ist die Ursache Ihrer Schmerzen ? (Attribution)

.....

2. Was hilft Ihnen momentan für Ihre Schmerzen ? (Coping)

.....

3. Wie reagiert Ihr Umfeld (Familie, Partner, Chef, ...) auf die Schmerzen ?

.....

4. Was gehen Ihnen für Gedanken durch den Kopf, wenn Sie Schmerzen haben ? (Kognitiver Anteil, Katastrophisierung)

.....

5. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie Schmerzen haben ? (Emotionaler Anteil, Befindlichkeit)

.....



6. Was für Aktivitäten üben Sie im Moment noch aus ?

.....

7. Wie geht es bei der Arbeit ?  
Sind Sie zufrieden mit der Arbeit ?

.....

8. Wollen Sie an die Arbeit zurückkehren ?

.....

# **Chronische Schmerzen**

**aus: Saner Hans, die Anarchie der Stille, Lenos 1990**

**Chronische Schmerzen sind nicht gewöhnliche Schmerzen, die bloss ein anderes Quantum an Dauer haben. Sie haben eine andere Qualität. In ihnen transzendiert der Schmerz vom vergessbaren Schmerzerlebnis zur Lebensform. Dass wir nun in Unlust leben müssen, weil das Existieren als solches weh tut und uns gebieterisch eine negative Befindlichkeit auferlegt, gibt schliesslich unserem Leben selber eine negative Qualität, die es im Grenzfall zerstört. Dennoch könnte man sich eine Existenz denken, die nichts hat als ihren Schmerz...**

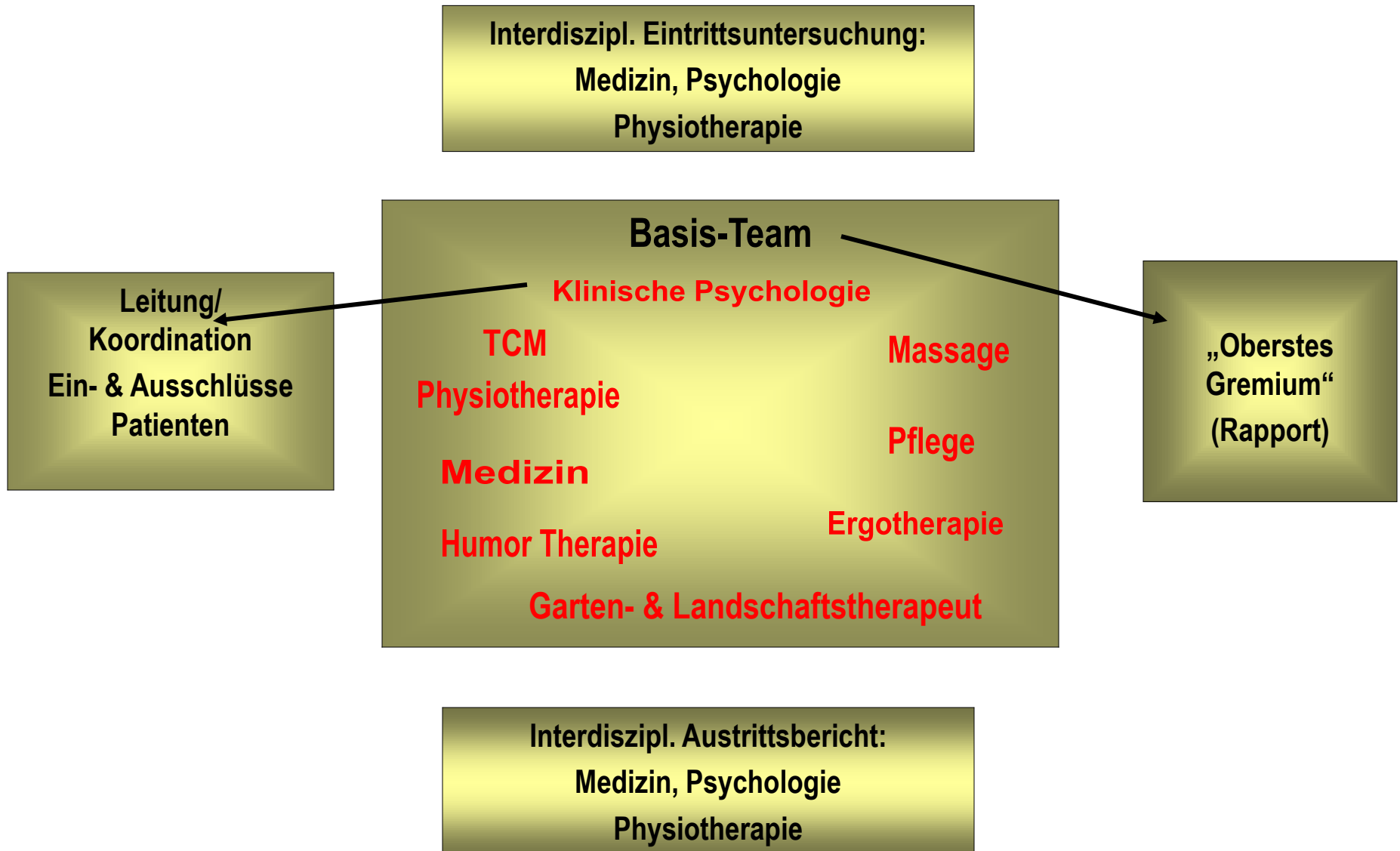
# Zurzacher Interdisziplinäre Schmerzprogramme (ZISP) Angebot

- **ZISP:** Zurzach; Stationäres Programm; 4 Wochen; 6er Gruppen; 8-9 Gruppen deutsch; 3-4 Gruppen in italienischer Sprache
- **ZISP-B:** Braunwald; Stationäres Programm; 4 Wochen; 6er Gruppen; deutsch
- **ZISP-A:** Baden; Ambul. Programm; serbokroatisch; 2 x pro Woche; insgesamt 12 Sitzungen à 2 Stunden
- **ZISP-I:** Zurzach; Stationär Einzelbehandlung; 3-4 Wochen; Zielgruppe: Senioren, Belastbarkeit tief, Terminprobleme etc.
- **ZISP-S:** Zurzach in Planung; stationär Programm für Seniorenpren; 4 Wochen; Leistungsauftrag für Geriatrie

# **ZISP: Globale Ziele**

- 1. Aufhalten des Chronifizierungsprozesses,**
- 2. Verbesserung der Lebensqualität**
- 3. Schmerzlinderung (nicht Schmerzfreiheit!)  
oder Akzeptanz**
- 4. Verbesserung der Belastungsfähigkeit**

# ZISP: Interdisziplinäres Team / Ablauf





# Interdisziplinäres Angebot

Gartentherapie \*

Chinesische Medizin  
(Qigong/Taijiquan, etc.) \*

Pflege  
(mit spezifischen Aufgaben)  
\*

Physiotherapie \*

Klinische Psychologie/  
Psychotherapie \*

Entspannungstherapie  
(progressive Muskel-  
Relaxation) \*



Humorgruppe \*

Informationen  
zum Schmerz \*

Ergotherapie \*

Ärztliche Betreuung \*

Tanztherapie/Bewegungsanalyse  
(nach Rick)

Neu: Landschaftsmedizin \*

## **Fazit: Management des Schmerzes**

- **Lernen mit dem Schmerz umzugehen (Coping, KVT) oder Akzeptanz**
- **Information**
- **Aktivierung/Bewegung**
- **Selbsthilfe (selfempowerment)**
- **Freude (Aufheben Anhedonie)**

# Evidenz: Multimodale vs. Unimodale Behandlung

## Multimodale Programme:

1. Wenig Evidenz
2. Mind. 120 Std./Prg.
3. Div. Disziplinen müssen vorhanden sein

## Folgende Disziplinen:

1. KVT (inkl. Entspannung, Edukation)
2. Bewegung/PT
3. Spezialist für Reintegration

## Unimodale Programme:

Studien zeigen keine Evidenz!

# Guidelines & Standartmanuale

(Auswahl!)

- CH: Back in Time: Kreuzschmerzen: Empfehlungen für Abklärung & Behandlung. FMH & Prof. P. Keel  
**Kommen nicht zur Anwendung, hohe Evidenz!**
- D: Häuser W. et al. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome. Pain 14 (2010) 5-10.  
**Gute Guidelines, aber Komplementärmedizin (ohne Evidenz) reingenommen**
- EULAR: EULAR evidence based recommendations for management of fibromyalgia syndrome. Ann Rheum Dis (2007).  
**Fehlen die Psychologischen Bereiche? kein Experte im Bereich Psychologie?**
- Airaksinen O. European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific LOW BACK PAIN. European Spine Journal (2006)  
<http://www.backpaineurope.org/index.html>  
**Hohe Evidenz, siehe nächste Folie)**
- CARF: Commission on Accreditation of the Rehabilitation Facilities. Medical Rehabilitation: Standart Manual (2003). Tucson, AZ.  
**Empfohlen von der IASP, siehe Artikel R. Brioschi. Multimodale Rehabilitationsprogramme.**

# European Guidelines for the Management of Chronic Non-Specific LOW BACK PAIN

## Summary of the concepts of treatment of chronic low back pain (CLBP)

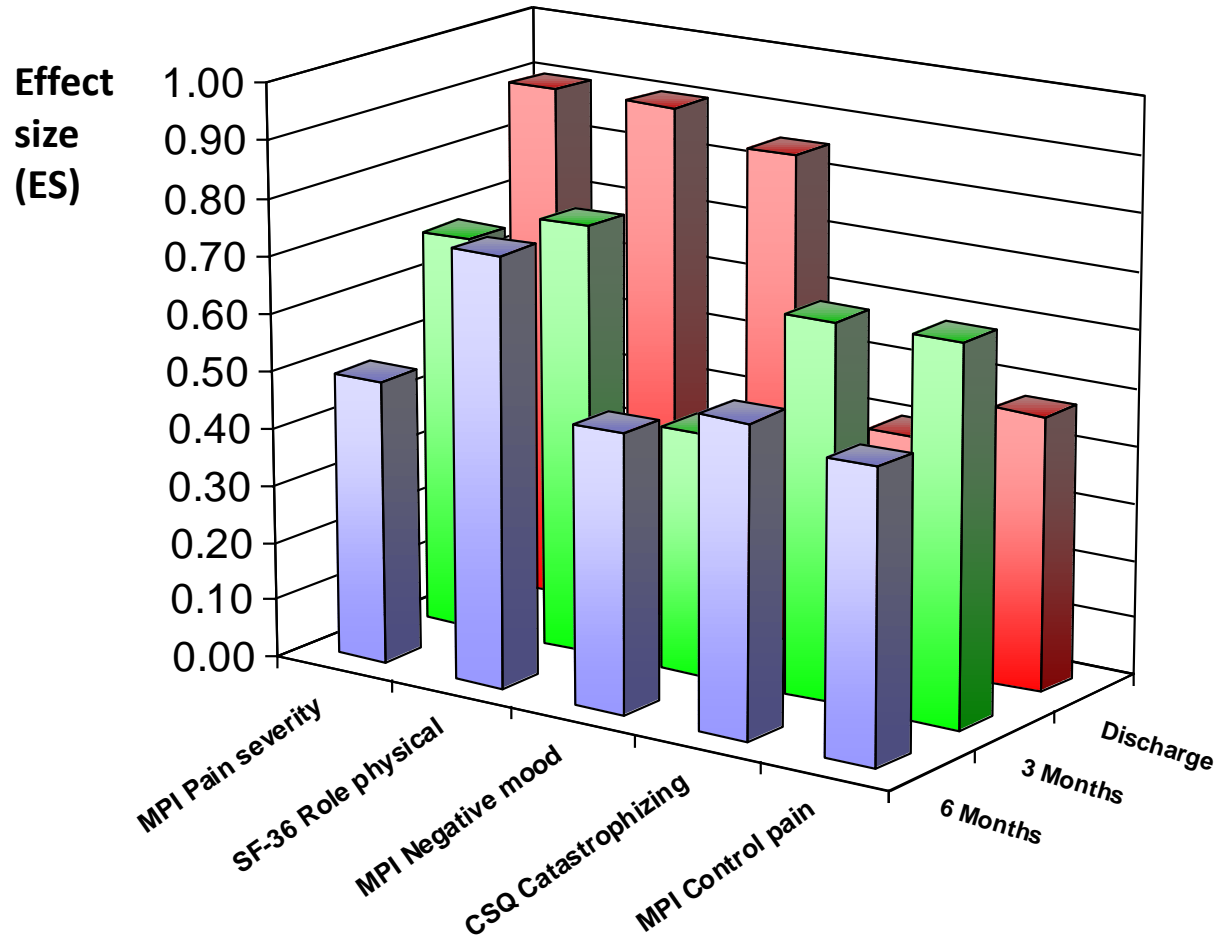
- **Conservative treatments:** Cognitive behavioural therapy, exercise therapy, brief educational interventions, and multidisciplinary (bio-psycho-social) treatment can each be recommended for non-specific CLBP. Back schools, and short courses of manipulation can also be considered. The use of physical therapy (TENS, heat/cold, traction, laser, ultrasound, short wave, interferential, massage, corsets) cannot be recommended.
- **Pharmacological treatments:** Noradrenergic or noradrenergic-serotonergic antidepressants, weak opioids and the short term use of NSAIDs, muscle relaxants and capsaicin plasters can be recommended for pain relief; strong opioids can be considered in patients who do not respond to all other treatment modalities.
- **Invasive treatments:** Acupuncture, epidural corticosteroids, intra-articular (facet) steroid injections, local facet nerve blocks, intradiscal injections, trigger point injections, botulinum toxin, prolotherapy, radiofrequency facet denervation, intradiscal radiofrequency lesioning, intradiscal electrothermal therapy, radiofrequency lesioning of the dorsal root ganglion, and spinal cord stimulation cannot be recommended for CLBP. Percutaneous electrical nerve stimulation (PENS) and neuroreflexotherapy can be considered where available. Surgery for non-specific CLBP cannot be recommended unless 2 years of all other recommended conservative treatment (inclusive multidisciplinary approaches with combined programs of cognitive intervention and exercises) have failed, or such combined programs are not available, and only then in carefully selected patients.

# Methoden: Messinstrumente

- **Soziodemographischer Fragebogen**
- **Schmerzbewältigung:**
  - Coping Strategies Questionnaire (CSQ)
- **Gesundheitsbezogene Lebensqualität:**
  - Short Form-36 (SF-36)
- **Angst und Depression**
  - Hospital Anxiety and Depression Score (HADS)
- **Schmerz und seine funktionelle und psychosoziale Beeinträchtigung**
  - Multidimensional Pain Inventory (MPI)

# Resultate:

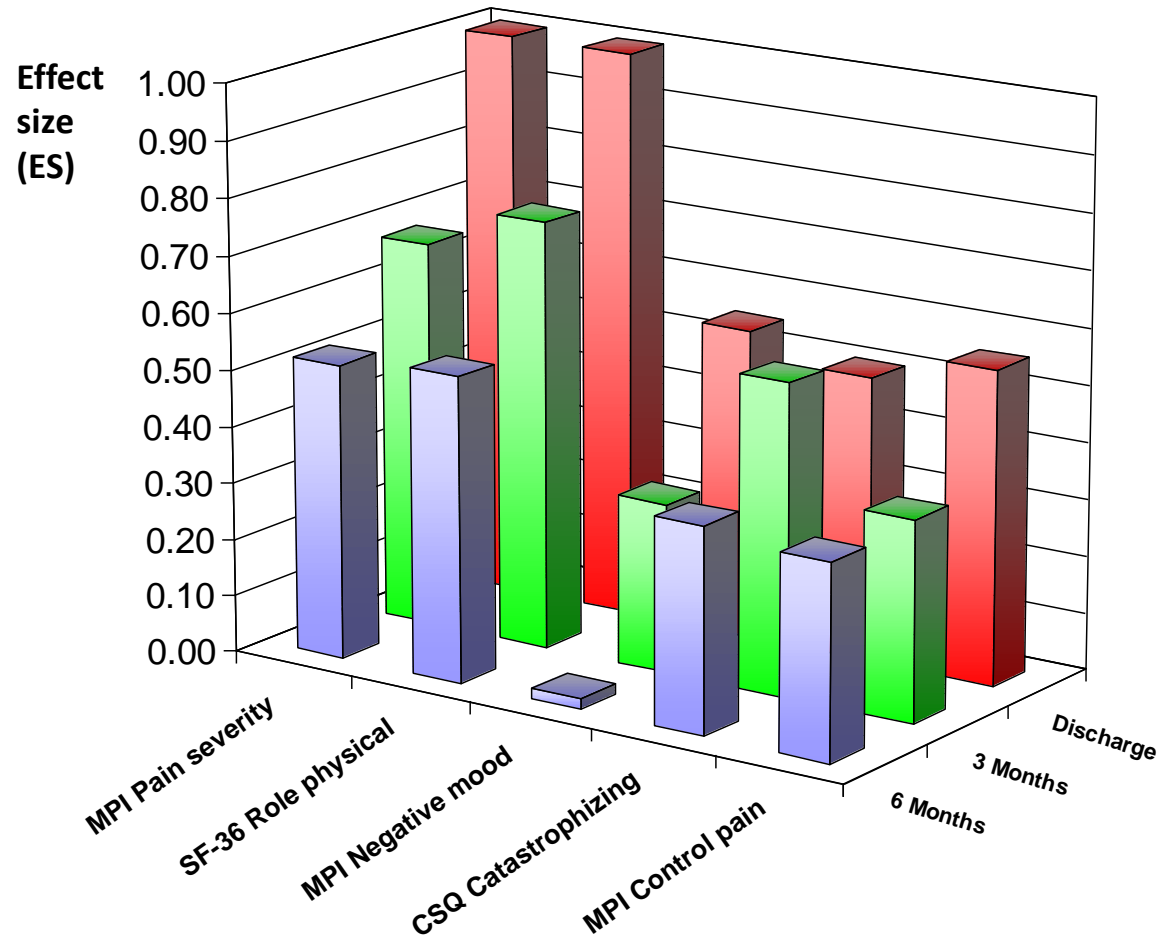
## PatientInnen mit Rückenschmerzen (n=60)



ES: Die Veränderung des mittleren Scores in Anzahl Standardabweichungen der Basisscores (ES 0.20-0.49=klein; ES 0.50-0.79=mittel; ES > 0.80=gross)

# Resultate:

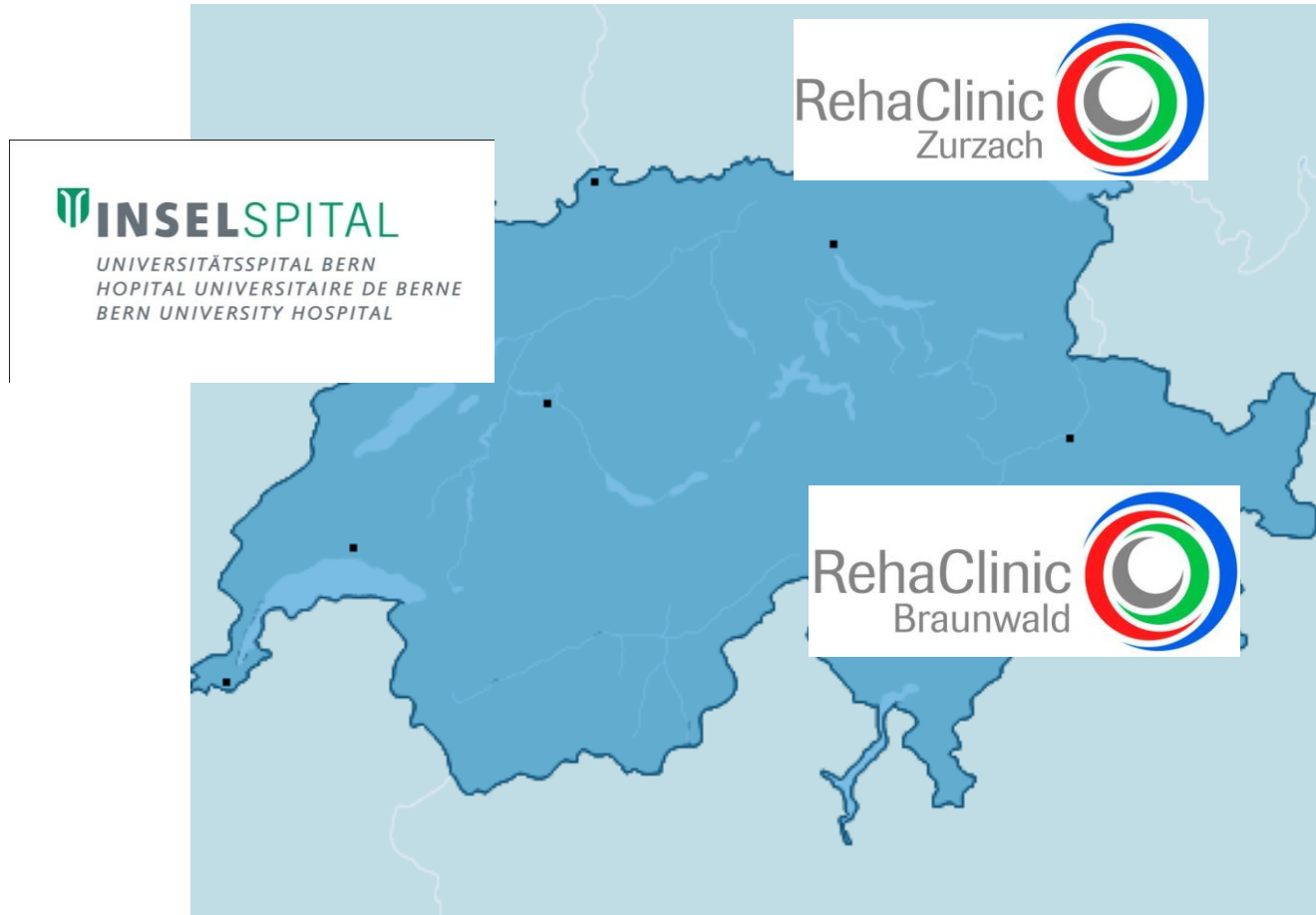
## PatientInnen mit Fibromyalgie (n=65)



ES: Die Veränderung des mittleren Scores in Anzahl Standardabweichungen der Basisscores (ES 0.20-0.49=klein; ES 0.50-0.79=mittel; ES > 0.80=gross)



# „RCT cBPsub“



# *„Unspezifische Schmerzen“:* 3 MPI-Clusters (Subgruppen)

- **Cluster: Dysfunctional (DYS)**
  - Viel Schmerz, viel Beeinträchtigung durch Schmerz, viel Angst und Depressivität, wenig Kontrolle über Schmerz, tiefes Aktivitätsniveau
- **Cluster: Adaptive Copers/ Minimizers (AC)**
  - Weniger Schmerz, weniger Beeinträchtigung durch Schmerz, weniger Angst und Depressivität, mehr Kontrolle über Schmerz, höheres Aktivitätsniveau
- **Cluster: Interpersonally Distressed (ID)**
  - Viel bestrafende Reaktionen, wenig zuwendende, unterstützende und ablenkende Reaktionen durch Ehegatten/in oder Partner/in

# Metapher



Angst-/Vermeidungsverhalten...



Durchhalten, obwohl es Weh tut...

# Interventionsgruppe: Subgruppen-spezifische Physiotherapie...

- Physiotherapie-Einzel:
  - Fokus auf funktionelle **Aktivitäten** (graded activity)

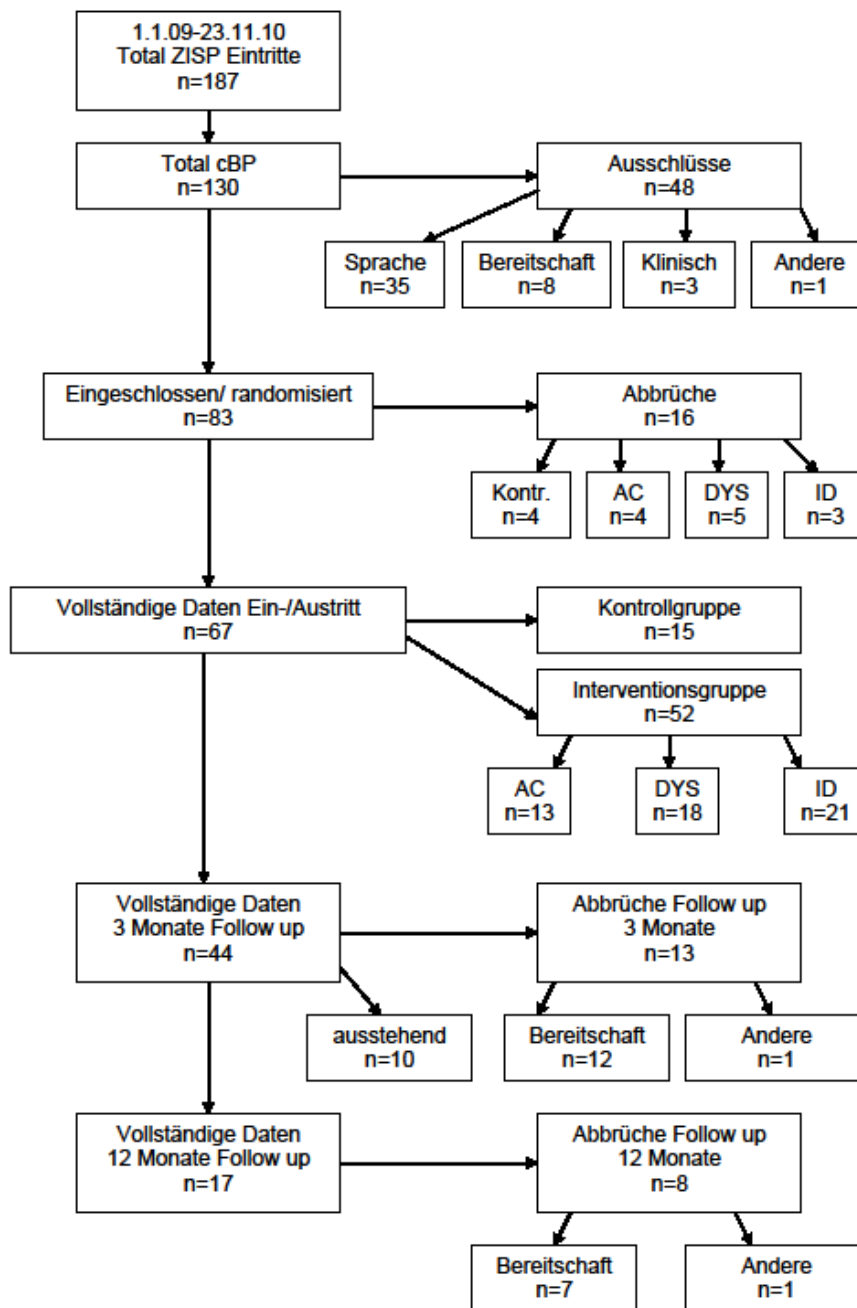


## ... und Psychologie

- Psychologie-  
Einzelgespräche:
  - **DYS**: Fokus auf Angst/  
Depression/  
Vermeidungsverhalten/  
Katastrophisieren
  - **AC**: Fokus auf ev. Overuse-  
Verhalten
  - **ID**: Fokus auf  
Paarproblematik



## Chartflow RCTcBPsub



# MERCI !!!

