Die Brügger-Therapie und das Neue Denkmodell in der Physiotherapie

Das »Fortbildungszentrum der Brügger-Therapie (FBZ)« unter der therapeutischen Leitung von Sabine Kubalek-Schröder und der ärtzlichen Leitung von Dr. med. Ralf Dehler hatte am 12./13. April 2008 in die Albertinen-Akademie nach Hamburg eingeladen. In Vorträgen und Workshops sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeregt werden, ihr therapeutisches Denken in Richtung des Neuen Denkmodells, d.h. einer integrativen Physiotherapie zu öffnen, sich mit den Ergebnissen der Schmerzforschung auseinander zu setzen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Brügger-Therapie und Kraniosakraltherapie zu erkennen und – last but not least – den Standort der Brügger-Therapie zu reflektieren.

Nach der Begrüßung durch Sabine Kubalek-Schröder und Dr. Ralf Dehler seitens des Fortbildungszentrums sowie Wolfgang Schwibbe, den Leiter der Albertinen-Akademie, hielt Antje Hüter-Becker das Grundsatzreferat zum Neuen Denkmodell in der Physiotherapie:

Modell, so die Referentin, meint u.a. ein Gedankengebäude, das innere Beziehungen und Funktionen verdeutlicht. Das Neue Denkmodell in der Physiotherapie gibt dem Fach eine Struktur und definiert seine Grundauffassungen. Die Physiotherapie präsentiert sich damit nach einer mehr als 100-jährigen Entwicklungsgeschichte als eigenständiges Fach, das sich aus der »Hilfsberufs-Rolle« der Vergangenheit zu lösen beginnt, eigene Theorien und Modelle entwirft und das tradierte Paradigma des Leib-Seele-Dualismus um eine holistische Sicht ergänzt. Diese Neuorientierung der Physiotherapie hat das Ziel, aus der Vielzahl von Krankheitsbildern und physiotherapeutischen Untersuchungs- und Behandlungstechniken eine übersichtliche Einheit zu schaffen, die nicht Anhängsel an die klinische Medizin ist, sondern die physiotherapie-spezifischen Belange abbildet. Dieser Spezifizität kann am ehesten entsprochen werden, wenn nicht das Fachgebiet der klinischen Medizin und/oder das ärztlich diagnostizierte Krankheitsbild Ausgangspunkt der physiotherapeutischen Überlegungen ist, sondern die Frage, welches die Organe und Funktionssysteme sind, die durch Physiotherapie beeinflusst werden können. Diese Frage führt zu den vier Wirkorten

1. Bewegungssystem
2. Funktionen innerer Organe
3. Bewegungsentwicklung und Bewegungskontrolle
4. Erleben und Verhalten

Die Abbildung (Abb. 1) soll das Charakteristische des Neuen Denkmodells verdeutlichen: Die vier Wirkorte müssen in jeder Behandlung vernetzt gesehen werden und – mindestens ebenso wichtig – das Erleben und Verhalten ist integraler und gleichwertiger Bestandteil jeder Untersuchung und Behandlung. Mit anderen Worten: Die Beziehungsebene zwischen Patient und Therapeut steht gleichberechtigt neben der Symptomebene. Und mit noch einmal anderen Worten: Nicht die Krankheit wird behandelt, sondern der kranke Mensch mit seiner Lebenswirklichkeit. Ohne diese Lebenswirklichkeit des zu behandelnden Menschen wäre das Modell der vier Wirkorte unvollständig. Die Abbildung 2 soll zeigen, dass beispielsweise Familie, Beruf, Freizeit, soziales und kulturelles Umfeld für Gesundheit und Gesundheitsstörung ebenso bedeutsam sein können, wie Wünsche und Vorstellungen, Hoffnungen und Erklärungen des Patienten. Sie können den Behandlungsverlauf sowie den Genesungsprozess mindestens so stark beeinflussen wie die strukturelle Störung am Bewegungssystem oder die Minderung der Bewegungskontrolle. Hiermit folgt das Neue Denkmodell einem bio-psycho-sozio-ökologischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, wie es auch in der ICF (International Classification of Functioning and Health) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgedrückt wird mit den Ebenen »Körperfunktionen, Körperstrukturen – Aktivitäten – Partizipation« ergänzt durch die Dimension der Umweltfaktoren und der persönlichen Faktoren. Das Denkmodell, zunächst ein theoretisches Konstrukt, führt damit, wenn es handlungsleitend für die Praxis eingesetzt wird, zu einer integrativen Physiotherapie.

Das Vortragsprogramm wurde fortgesetzt mit dem höchst informativen Beitrag »Aktuelle Erkenntnisse der Schmerzforschung« von Prof. Dr. med. Thomas Weiß, Friedrich-Schiller-Universität, Jena:

Die Wahrnehmung von Schmerz resultiert aus dem Prozessieren nozizeptiver Information in einem komplexen Netzwerk neuronaler Strukturen des ZNS, das auch für therapeutische Ansätze genutzt werden kann. Dabei wird der Haut- vom Muskelschmerz deutlich unterschieden (Abb. 3). Schmerz besitzt (didaktisch und neuropsychologisch) unterschiedliche Komponenten: sensorisch-diskriminative, affektive >>>

(emotionale), vegetative (autonome) und motorische Komponente. Folglich können verschiedene physiologische und psychologische Prozesse (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Erfahrung u.a.) die Schmerzerfahrung beeinflussen (Abb. 4). Die Wahrnehmung von Schmerz ist eine persönliche Erfahrung und als solche schwer messbar oder vergleichbar. Bei wiederholtem nozizeptivem Input wird das nozizeptive System aktiviert, es kommt zur affektiven Schmerzverarbeitung, die zu Angst, Erregung und Aktivierung des Hirnstamms, des Hypothalamus und der Amygdala führt. Parallel zu dieser affektiven Wirkung laufen die physiologischen Prozesse: Zytokine werden freigesetzt, die das parasympathische System ebenso aktivieren wie die Endothelzellen der Hirngefäße, die Makrophagen und die zirkumventrikulären Organe (Area postrema). Psychische und physiologische Reaktionen mit der Freisetzung von Prostaglandin treffen sich und aktivieren Hirnstamm, Hypothalamus, limbisches System und Amygdala weiter und entscheiden über das konkrete Schmerz- und Krankheitsverhalten.

Für Patienten wie Therapeuten gleichermaßen schwieriges Thema ist der Phantomschmerz nach Amputation. Hierzu gibt es verschiedene Erklärungsmodelle: 1. Periphere Mechanismen, d.h. Neurombildung, ephaptische Erregung, Muskelspannung u.a. 2. Zentrale Mechanismen, d.h. Reorganisation rezeptiver Felder, Aktivierung nozizeptiver Neurone durch A-Gamma-Fasern, Schmerzgedächtnis u.a. sowie 3. Andere Modelle, d.h. psychisches Verlusterleben, psychophysikalische Ansätze u.a. Betrachtet man die Palette der therapeutischen Bemühungen, als da sind Analgetika, Nervenblockade, Alkohol, Sedativa, Stumpfrevision, Akupunktur und Psychotherapie, so zeigt sich ein ernüchterndes Bild: Nach Shermann (Phantom Pain. Plenum: New York 1997) haben lediglich Analgetika eine vorübergehende, allerdings geringe Wirkung, alle anderen therapeutischen Interventionen versickern. Allerdings ist die aktuelle Situation nicht ganz so entmutigend, weil nämlich Reorganisationsvorgänge im Gehirn als Ursache für den Phantomschmerz ausgemacht worden sind. Nachweislich lässt sich die Phantomschmerz auslösende Reorganisation durch den Einsatz funktioneller Prothesen in einen Re-Reorganisatonsprozess umleiten, der bereits nach einem zweiwöchigen Training den Schmerz reduziert. Funkionsprothesen sind daher – auch in späteren Stadien nach Amputation – rein kosmetischen Prothesen vorzuziehen.

Abschließend wandte Weiß sich im Zusammenhang mit Ausführungen zum Placebo-Effekt der Patient-Therapeut-Interaktion zu, da das Ausmaß von Placebo-Effekten ganz bedeutsam beeinflusst wird durch die therapeutische Kommunikation. Welche Eigenschaften und Verhaltensweisen die Attraktivität des Therapeuten kennzeichnen, hat Brody (1999) in einer faktorenanalytischen Untersuchung herausgestellt:

1. Therapeut zeigt ein ausreichendes Maß an Mitgefühl und Versorgung (ausreichend im Urteil des Patienten!). 2. Er vermittelt die Überzeugung, dass die Symptome überwunden, oder doch wenigstens kontrolliert werden können. 3. Er erklärt die Erkrankung verständlich und befriedigend. Unter diesen Aspekten kann damit gerechnet werden, dass der Placebo-Effekt die Behandlung positiv beeinflusst. Allerdings ist hier die Sicht des Patienten, nicht die des Therapeuten ausschlaggebend. Als grobe Orientierung zu einem diesbezüglich hilfreichen Verhalten können folgende Empfehlungen gelten:

- Fragen Sie den Patienten nach seinem Erklärungsmodell für die Krankheit!
- Lassen Sie ihn möglichst ausreden!
- Fragen Sie nach seinen Erwartungen hinsichtlich der Therapie!

Mit diesen Fragen finden Sie Zugang zu drei Unterfaktoren:

- Sie können das Krankheitsverständnis beeinflussen.
- Sie können die Erwartungen an die Therapie verstärken bzw. verändern.
- Sie können den Glauben stärken, dass eine Veränderung der Symptomatik möglich ist.

Jürgen Lambrecht, Osteopath und Brügger-Therapeut aus Reinbek, sprach zum Thema »Cranio-Sacrale-Therapie«.

Der Referent betonte, dass die kraniosakrale Therapie nur ein Teil der Osteopathie ist und dass sich seine Ausführungen folglich auf diesen übergeordneten Rahmen beziehen. Ziel des Vortrags sei es, die Übereinstimmungen heraus zu stellen zwischen dem Denkansatzes von Brügger mit seiner Lehre von den Funktionskrankheiten des Bewegungssystems und von Still, dem Begründer der Osteopathie: Beide waren Ärzte und beide betrachteten den Menschen unabhängig von irgendwelchen Diagnosen! Zentrales Phänomen der Überlegungen von Brügger ist der NSB (nozizeptiver somatomotorischer Blockierungseffekt). Still sah die fasziale Organisation als Reaktion auf externe und interne Einflüsse als maßgebliche funktionelle Betrachtung und Ausgangspunkt für die Therapie. Die von den faszialen Spannungen abhängige Fluktuation der Körperflüssigkeiten bedeutet im jeweiligen Fall den Beginn eines Ungleichgewichts

im Stoffwechsel und somit unter Umständen den Beginn von Krankheit mit entsprechender Symptomatologie. Sehr genaue Kenntnis der Anatomie und Physiologie aller Gewebestrukturen ist die Voraussetzung für die osteopathische Annäherung, um auf der Basis des »Zuhörens« den Körper zur »Eigenarbeit« anzuregen. Der wohl entscheidende Unterschied zwischen Brügger-Therapie und Osteopathie ist die »Beschränkung« auf das Bewegungssystem bei Brügger, während die Osteopathie alle Organsysteme in Untersuchung und Behandlung integriert.

Dr. med. Ralf Dehler, Husum, rundete das Vortragsprogramm ab mit einer »Standortbestimmung in der Brügger-Therapie«.

Besteht an einer Stelle des Organismus ein Schaden (muskuläre Verkürzung, mechanisches Überlastungsödem o.a.), werden Störungssignale aktiviert, die im ZNS Schutzprogramme auslösen (Schmerz, Ausweichbewegung, Bewegungsblockierung, Parästhesien u.a.). Ziel der Schutzprogramme ist es, die Ausweitung des Schadens zu verhindern und die geschädigte Struktur zu schonen. Beeindruckend ist, dass das reaktiv entstandene Schutzprogramm häufig an einem anderen Ort des Körpers auftritt als an der eigentlichen Schadenstelle. Diese Zusammenhänge – von Dr. Brügger als NSB = nozizeptiver somatomotorischer Blockierungseffekt beschrieben – sind zentraler Bestandteil des Behandlungskonzepts bei Funktionsstörungen des Bewegungssystems. Für den Therapeuten bedeutet das, dass er in einer sehr exakten Funktionsanalyse herausfinden muss, welche Struktur geschädigt ist. Die Therapie richtet sich dann nicht nur nach dem Ort, sondern auch nach der Art des Schadens (Biegespannung in den Knochen durch einseitig belastende Körperhaltungen, Muskelverkürzungen, mechanisch überlastete Muskeln und Sehnenübergänge bzw. Zerrungen oder Stauchungen kleinerer gelenkiger Verbindungen). Diese Kernpunkte der Brügger-Therapie werden seit vielen Jahren unbestritten erfolgreich in Theorie und Praxis umgesetz. Der Referent monierte lediglich, dass es bisher – wie bei den meisten Behandlungsmethoden der physikalischen und rehabilitativen Medizin – noch keine ausreichenden wissenschaftlichen Effektivitätsstudien gibt. Dieses Manko erklärt sich aus der Tatsache, dass die Universitätsinstitute und auch deren Finanziers (Stichwort: Drittmittel überwiegend aus der Pharmaindustrie) wenig interessiert sind an den Wirkmöglichkeiten der konservativen Orthopädie. Dehler ermutigte die Theapeutinnen und Therapeuten, neue Wege zu suchen, den eindeutigen Nutzen der Brüggerschen Lehre von den Funktionskrankheiten deutlicher in den Fokus der Aufmerksamkeit von Fach- und Laienöffentlichkeit zu rücken.

In dem abschließenden Podiumsgespräch konnten Einzelheiten der Vortragsthemen anhand der Fragen aus dem Publikum vertieft werden. Die zahlreichen Workshops »Praktische Umsetzung des Neuen Denkmodells«, »Der Präventionsgedanke: Was macht Menschen krank, was hält sie gesund?«, »Infiltration in der ärztlichen Praxis«, »Patientenvorstellungen – Funktionsanalyse und Behandlung«, »Nordic Walking – Prävention unter besonderer Berücksichtigung des NSB«, »MBT-Schuhe unter dem Aspekt des Bewegungsmusters«, »Prävention nach Musik«, »Motivierte Patienten – Zufriedene Therapeuten«, »Erfolgreiche Brügger-Therapie im 20-Minuten-Takt?« sowie »Strategische Behandlungsplanung – Stagnation im Therapiefortschritt,was tun?« boten Gelegenheit, in Theorie und Praxis wesentliche Facetten der Gesamtthematik ausführlicher zu beleuchten.

Fazit: Eine gelungene Veranstaltung auf anspruchsvollem Niveau in den dazu bestens geeigneten Räumen der Albertinen-Akademie. Auf eine Fortsetzung dürfen wir gespannt sein!

Vertiefende Literatur zum Denkmodell und zur Brügger-Therapie:

Hüter-Becker, A. (1997), Ein neues Denkmodell für die Physiotherapie. Z. f. Physiotherapeuten 49, 4, 565-569

Hüter-Becker, A. (2003), Integrative Physiotherapie – Was ist das eigentlich? Z. f. Physiotherapeuten 55, 12, 2118-2121

Kubalek-Schröder, S., F. Dehler (2004) Funktionsabhängige Beschwerdebilder des Bewegungssystems. Springer, Heidelberg

Anschrift der Verfasserin:
Antje Hüter-Becker
Hollmuthstraße 20
69151 Neckargemünd