

Das biopsychosoziale (BPS-) Modell in der modernen Physiotherapie



Old Way

Das BPS-Modell entwickelte sich auf der Grundlage eines Versagens des klassischen biomedizinischen Modells¹⁶. Dieses Modell ist nicht geeignet, um multidimensionale Beschwerden (wie z.B. Schmerz) zu erklären^{1,2} und steht in Verdacht, Chronifizierungstendenzen Vorschub zu leisten^{3,4,5}.



New Way

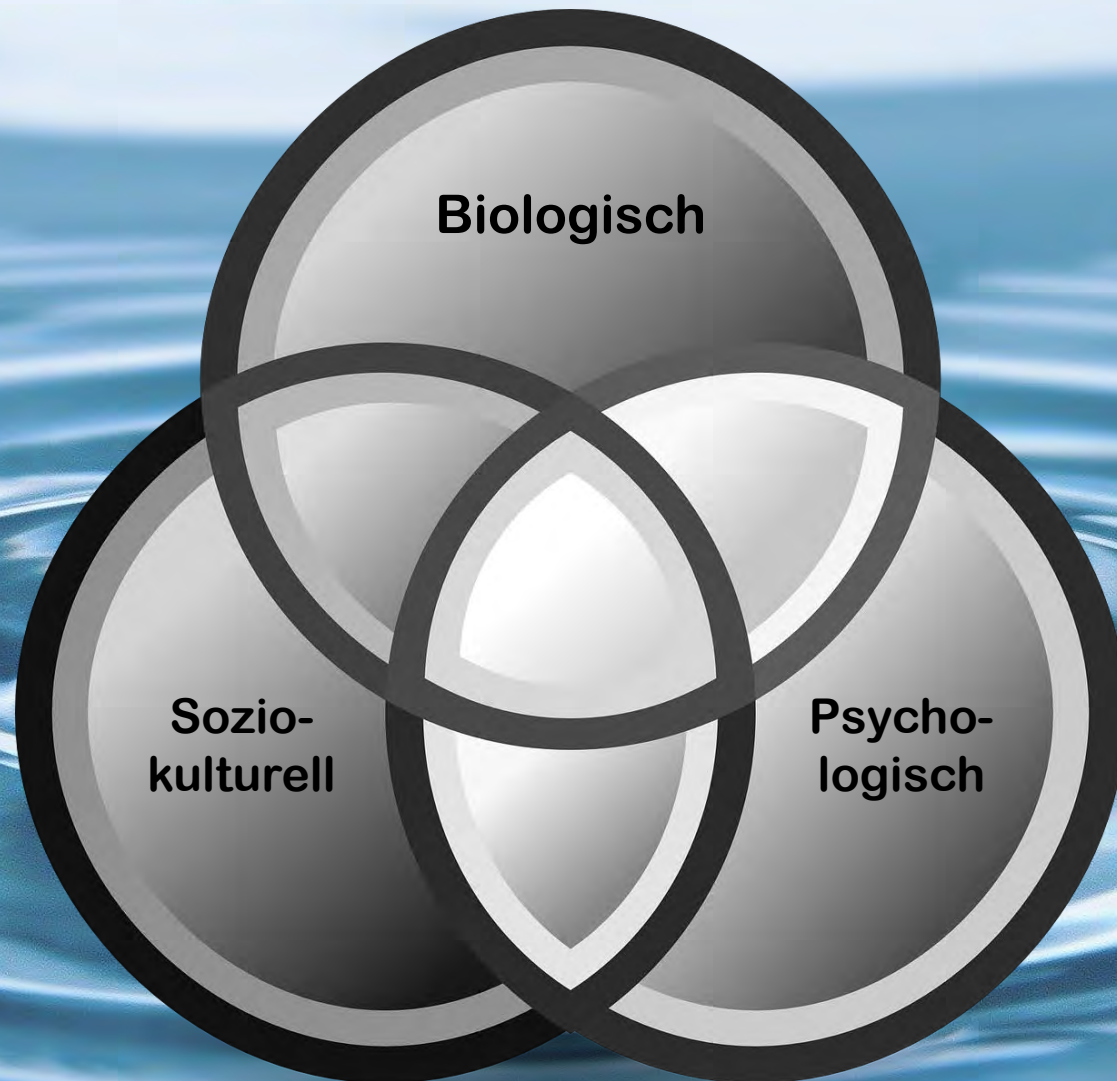
Das BPS-Modell wurde in der Folge zur Basis vieler Leitlinien bzw. einflussreicher Veröffentlichungen im Bereich der muskuloskelettalen Therapie.^{1,5-9}



...und es vollzog sich ein kultureller Paradigmenwechsel in der Physiotherapie...hin zu einer deutlich stärkeren Patientenzentrierung statt einer (traditionellen) Therapeutenzentrierung^{6,8,9,10,16}, was die praktische Grundlage für die Umsetzung des multidimensionalen BPS-Modells darstellte.¹¹

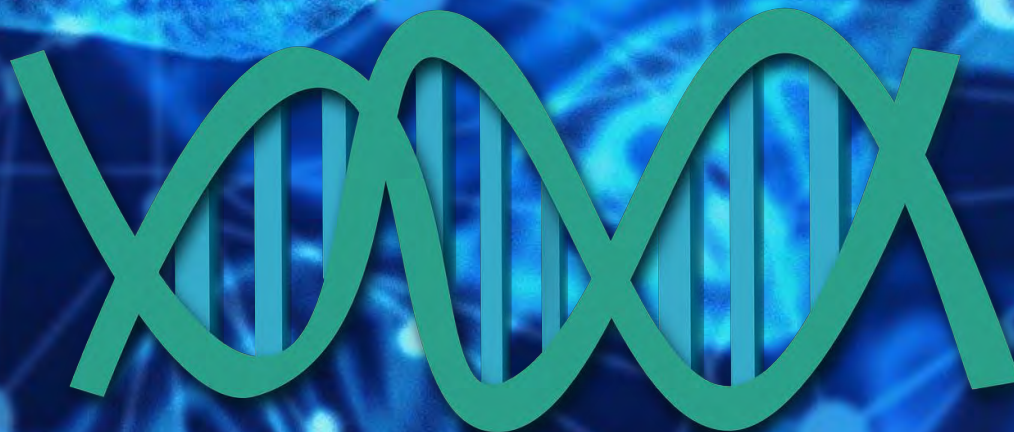


Das BPS-Modell besteht in einem modernen Verständnis nicht aus drei separaten Anteilen, die sich irgendwie überlappen und im Assessment bzw. der Therapie isoliert erfasst und behandelt werden, um der Gesamtkomplexität Rechnung zu tragen¹⁶ ...



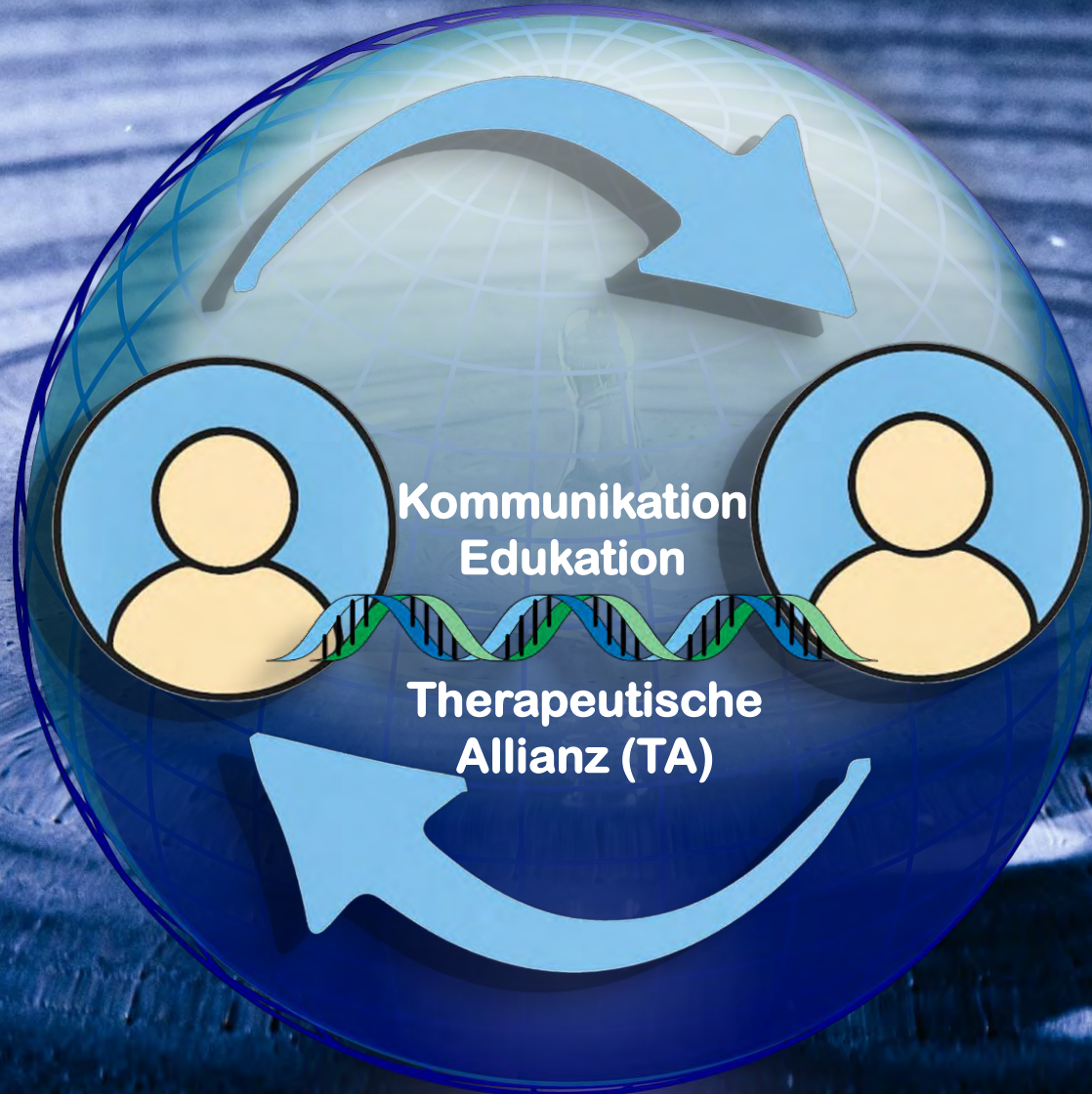
...stattdessen gibt es in diesem Modell keine festen Grenzen zwischen biologischen, psychologischen und soziokulturellen Faktoren. Ein Patient ist nicht reduktionistisch entweder „bio“ oder „psychosozial“¹⁵ und das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile¹⁶.

Die einzigartige Sequenzierung der biomedizinischen, psychologischen (kognitiven und verhaltensbezogenen) und sozialen (beruflichen) Elemente der Gesundheit eines Individuums lässt sich als Helix darstellen. Die Helix hat den Zweck, die individualisierten Phänomene zu symbolisieren, die sich aus den komplexen Wechselwirkungen zwischen diesen integralen Merkmalen ergeben.¹⁶



Kommunikation und therapeutische Allianz (TA) werden als das Gerüst der Helix dargestellt; jene Strukturen, die es ermöglichen...

Therapeutische Allianz:
Beziehung aufbauen, Gedanken, Überzeugungen & Emotionen verstehen, tiefere Einblicke gewinnen, respektvoll, auf Augenhöhe 4,9,12,13



Kommunikation:
Empathie ausdrücken, zuhören, einfache Sprache, motivierende Gesprächsführung, reflexive Fragen, Einsicht vermitteln 1-4, 6-14

Eduktion:
Verständnis, Einsicht, Coping-Strategien, individuelle Treiber ansprechen 4, 5, 9,12,13

...die Bestandteile einer komplexen, einzigartigen menschlichen Erfahrung zu erforschen.

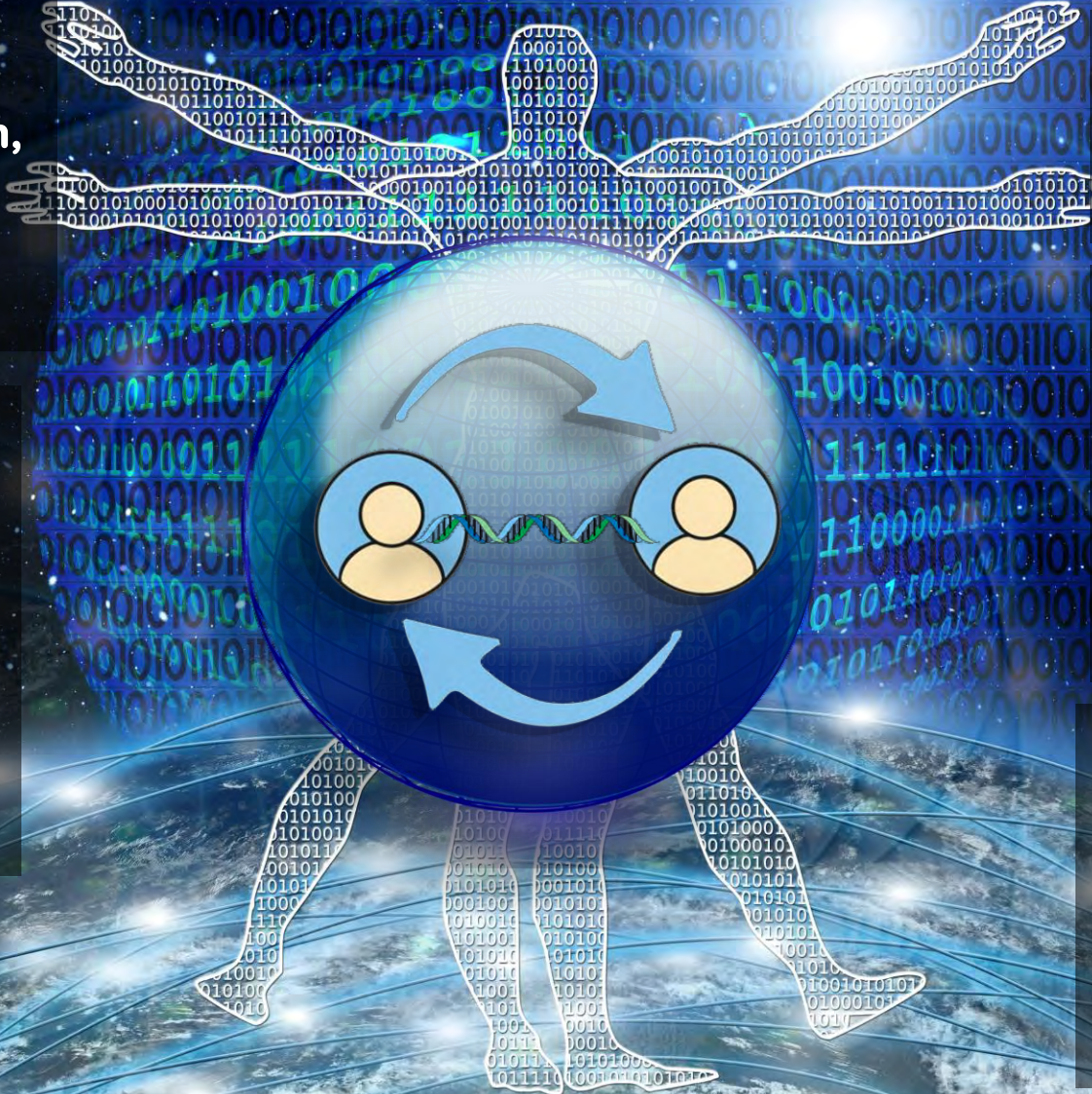
Kognitive Faktoren, wie Überzeugungen, Erwartungen, Krankheitswahrnehmung^{4,7,9,13,}

Bio-medizinische Faktoren (Clinical Reasoning, physisches u. fkt. Assessment & Behandlung)⁴⁻⁶

Psychologische Faktoren, wie Angst, Stimmung, Furcht^{2,11,12,13}

Verhaltensfaktoren (Motivation, Veränderungsbereitschaft, negatives Krankheitsverhalten)^{1,3,4,6,13}

Soziale Faktoren, wie Familie, sozio-ökonomischer Status, Arbeitsumfeld, kultureller Hintergrund^{1,2,4,6,9,14}



Aber...davon sind wir in der Praxis noch weit entfernt. Auch wenn wir durch die Integration des holistischen BPS-Modells bessere Ergebnisse erzielen¹ und die Patientenzentrierung entscheidend verbessern können^{6,11,12}, zeigen viele Studien, dass sich Therapeuten hier wenig kompetent fühlen^{1,15,16}; zwar Wissen über das Modell haben, aber es trotzdem nur schwer praktisch umsetzen können^{1,6,16,17}. Um dies zu erreichen, kann ein philosophischer Shift des Berufsbildes selbst, quasi seiner „Seele“, notwendig werden.¹⁶



1. Sanders T, Foster NE, Bishop A, Ong BN 2013 Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: Physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskeletal Disorders* 14: 65. doi:10.1186/1471-2474-14-65
2. Synnott A, O'Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O'Sullivan P, Robinson K, O'Sullivan K 2016 Physiotherapists report improved understanding of and attitude toward the cognitive, psychological and social dimensions of chronic low back pain after Cognitive Functional Therapy training: A qualitative study. *Journal of Physiotherapy* 62: 215–221. doi:10.1016/j.jphys.2016.08.002
3. Domenech J, Sánchez-Zuriaga D, Segura-Ortí E, Espejo-Tort B, Lisón JF 2011 Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: A randomised clinical trial. *Pain* 152: 2557–2563. doi:10.1016/j.pain.2011.07.023
4. Nijs J, Roussel N, van Wilgen CP, Koke A, Smeets R 2013 Thinking beyond muscles and joints: Therapists' and patients' attitudes and beliefs regarding chronic musculoskeletal pain are key to applying effective treatment. *Manual Therapy* 18: 96–102. doi:10.1016/j.math.2012.11.001
5. Oostendorp RA, Elvers H, Mikolajewska E, Laekeman M, van Trijffel E, Samwel H, Duquet W 2015 Manual physical therapists' use of biopsychosocial history taking in the management of patients with back or neck pain in clinical practice. *Scientific World Journal* 2015: 170463. doi:10.1155/2015/170463
6. Foster NE, Delitto A 2011 Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: Integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice - Challenges and opportunities. *Physical Therapy* 91: 790–803. doi:10.2522/ptj.20100326
7. Langendoen J 2004 The patient-centredness of evidence-based practice. A case example to discuss the clinical application of the bio-psychosocial model. *Manual Therapy* 9: 228–233. doi:10.1016/j.math.2004.05.004
8. Singla M, Jones M, Edwards I, Kumar S 2015 Physiotherapists' assessment of patients' psychosocial status: Are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. *Manual Therapy* 20: 328–334. doi:10.1016/j.math.2014.10.004

9. Solvang PK, Fougner M 2016 Professional roles in physiotherapy practice: Educating for self-management, relational matching, and coaching for everyday life. *Physiotherapy Theory and Practice* 32: 591–602. doi:10.1080/09593985.2016.1228018
10. Cowell I, McGregor A, Murtagh G, O’Sullivan P, O’Sullivan K, Poyton R, Schoeb V 2016 ‘What do you think is going on’: Analysis of how physiotherapists’ explore patients’ back pain beliefs: A conversation analytic approach. *Manual Therapy* 25: 114–115. doi:10.1016/j.math.2016.05.207
11. Langendoen J 2004 The patient-centredness of evidence-based practice. A case example to discuss the clinical application of the bio-psychosocial model. *Manual Therapy* 9: 228–233. doi:10.1016/j.math.2004.05.004
12. Wijma AJ, van Wilgen CP, Meeus M, Nijs J 2016 Clinical biopsychosocial physiotherapy assessment of patients with chronic pain: The first step in pain neuroscience education. *Physiotherapy Theory and Practice* 32:368–384. doi:10.1080/09593985.2016.1194651
13. Jones M, Edwards I, Gifford L 2002 Conceptual models for implementing bio-psychosocial theory in clinical practice. *Manual Therapy* 7: 2–9. doi:10.1054/math.2001.0426
14. van Erp RM, Huijnen IP, Köke AJ, Abbink FE, den Hollander M, Smeets RJ 2017 Development and content of the biopsychosocial primary care intervention ‘Back on Track’ for a subgroup of people with chronic low back pain.
15. Singla M, Jones M, Edwards I, Kumar S 2015 Physiotherapists’ assessment of patients’ psychosocial status: Are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. *Manual Therapy* 20: 328–334. doi:10.1016/j.math.2014.10.004
16. Daluiso-King G, Hebron C. Is the biopsychosocial model in musculoskeletal physiotherapy adequate? An evolutionary concept analysis [published online ahead of print, 2020 Jun 16]. *Physiother Theory Pract.* 2020;1-17. doi:10.1080/09593985.2020.1765440
17. Overmeer T, Boersma K, Main CJ, Linton SJ 2009 Do physical therapists change their beliefs, attitudes, knowledge, skills and behaviour after a biopsychosocially orientated university course? *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15: 724–732. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.01089.x