

Persistierende Schmerzen bei Folteropfern

Les douleurs persistantes des victimes de la torture

BALZ WINTELER, DOMINIQUE MONNIN

Obwohl in der EU als auch in den USA zirka 400 000 Folteropfer leben, ist aufgrund der ungenügenden Evidenzlage keine Aussage zu «Best Practices» in der Behandlung von persistierenden Schmerzen in dieser Population möglich. Resultate einer Cochrane Review.

Persistierende (chronische) Schmerzen sind bei Folteropfern häufig [1, 2]. Verletzungen durch Folter bleiben oft lange unbehandelt. Die Betroffenen leiden an körperlichen Behinderungen und Funktionseinbussen, psychologischen Problemen sowie beeinträchtigten zwischenmenschlichen Beziehungen. Zudem erfahren im Exil lebende Folteropfer häufig soziale, gesetzliche und praktische Schwierigkeiten (Asylstatus, Rassismus, notdürftige Unterkünfte, Sprachbarrieren, Ungewissheit über das Verbleiben von Familienangehörigen und Freunden). Hinzu kommen Unsicherheit hinsichtlich Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und Angst gegenüber Autoritäten [3]. Unsere Gesundheitssysteme sind nicht wirklich auf die Behandlung von Folteropfern ausgerichtet. Entsprechend gibt es keine einheitlichen Therapieangebote [4].

L'Union Européenne et les États-Unis recensent environ 400 000 victimes de torture sur leur territoire. Mais les données sont insuffisantes pour déterminer quelles sont les meilleures pratiques pour le traitement des douleurs persistantes qu'éprouve cette population. Les résultats d'une revue Cochrane.

Les douleurs persistantes (chroniques) sont courantes chez les victimes de torture [1,2]. Les blessures causées par les tortures restent souvent longtemps sans traitement. Les personnes touchées sont atteintes de handicaps physiques et de troubles du système moteur, de problèmes psychologiques et d'une altération des relations interpersonnelles. En outre, les victimes de torture qui vivent en exil connaissent souvent des difficultés sociales, juridiques et pratiques (statut de demandeur d'asile, racisme, abris de fortune, barrières linguistiques, incertitude quant au destin des membres de la famille et des amis). De plus, elles éprouvent de l'incertitude quant au recours aux services de santé et de la crainte à l'égard des autorités [3]. Par ailleurs, nos systèmes de santé ne sont pas adaptés au traitement des victimes de la torture. Il n'existe dès lors pas d'uniformité dans les offres thérapeutiques [4].

Évaluation de trois études

Baird et al. (2017) ont évalué trois petits essais dans leur revue systématique Cochrane (88 patients). Les chercheurs ont inclus des essais contrôlés et randomisés publiés jusqu'en février 2017 [5]. Deux de ces essais ont été menés dans des centres européens de réhabilitation pour réfugié·e·s de l'International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), l'un situé au Kosovo et l'autre en Allemagne et en Suisse. Les participant·e·s à l'étude étaient surtout des hommes (57 % et 55 %) et les moyennes d'âge étaient de 42 et de 48 ans.

Le troisième essai a recueilli des données auprès d'hommes victimes de torture (âge moyen 61 ans) qui se trouvaient dans un centre de traitement en Corée.

Auswertung von drei Studien

Baird et al. (2017) konnten in ihrer systematischen Cochrane-Übersichtsarbeit drei kleine Studien auswerten, mit insgesamt 88 PatientInnen. Die Forscherinnen berücksichtigten randomisierte, kontrollierte Studien, die bis im Februar 2017 publiziert wurden [5].

Zwei der Studien wurden in europäischen Rehabilitationszentren für Flüchtlinge des «International Rehabilitation Council for Torture Victims IRCT» durchgeführt, eine im Kosovo und die andere in Deutschland und der Schweiz. Die Studienteilnehmenden waren mehrheitlich Männer (57 % respektive 55 %) mit einem Durchschnittsalter von 42 und 48 Jahren.

Die dritte Studie erhob Daten von männlichen Folteropfern mit einem Durchschnittsalter von 61 Jahren in einem Behandlungszentrum in Korea.

Die beiden europäischen Studien [6, 7] untersuchten die Wirkung von Biofeedback-basierter kognitiver Verhaltenstherapie (Monitorisierung der Muskelaktivität sowie Atem- oder Herzfrequenz, um den Erfolg der Entspannungs- und Stressmanagementtechniken darzustellen). Als Kontrollgruppen dienten PatientInnen von Wartelisten, die bisher noch keinen Kontakt mit PhysiotherapeutInnen hatten.

Die koreanische Studie [8] untersuchte die Wirkung von manueller Therapie (Fokus Dehnung und Entspannung von Muskeln). Diese wurde von PhysiotherapeutInnen mindestens zweimal pro Woche über acht Wochen durchgeführt. Die Kontrollgruppe absolvierte über die gleiche Zeitspanne Übungen zu Hause.

Leichte Abnahme von Behinderung und Leidensdruck durch manuelle Therapie

Die beiden europäischen Studien zeigten mit Abschluss der Behandlung nach 10 respektive 12 Wochen wie auch im Follow-up nach 3 respektive 6 Monaten keine relevante Verbesserung von Schmerz, Behinderung oder Leidensdruck. Auch die Studie mit manueller Therapie aus Korea ergab keine Schmerzreduktion, jedoch verminderten sich Behinderung und Leidensdruck mit Abschluss der Behandlung nach 8 Wochen leicht (sehr niedrige Qualität der Evidenz).

Les deux études européennes [6, 7] ont évalué l'effet de la thérapie cognitivo-comportementale basée sur le biofeedback (surveillance de l'activité musculaire et de la fréquence respiratoire ou cardiaque pour démontrer le succès des techniques de relaxation et de gestion du stress). Les groupes témoins étaient des patient·e·s inscrit·e·s sur des listes d'attente qui n'avaient pas encore eu de contact avec des physiothérapeutes.

L'étude coréenne [8] s'est penchée sur l'effet de la thérapie manuelle (étirement et relaxation des muscles) effectuée par des physiothérapeutes au moins deux fois par semaine pendant huit semaines. Le groupe témoin réalisait des exercices à domicile pendant la même période.

Légère réduction du handicap et de la souffrance grâce à la thérapie manuelle

Les deux essais européens n'ont montré aucune amélioration significative de la douleur, de l'incapacité ou de la détresse après 10 semaines, puis après 3 mois de suivi pour le premier essai, et après 12 semaines puis après 6 mois de suivi pour le second. L'essai sur la thérapie manuelle en Corée n'a lui non plus montré aucune réduction de la douleur. Toutefois, l'incapacité et la pression des souffrances ont légèrement diminué après 8 semaines de traitement (très faible qualité des données probantes).

Populations étudiées de très faible envergure, données incomplètes

Le nombre de participant·e·s aux essais variait entre 28 et 30. La taille statistiquement nécessaire de l'échantillon (puissance) n'a été atteinte dans aucun essai. Deux essais ont fait état d'un taux d'abandon de 18 à 20 %; les raisons n'en ont pas été clarifiées. Il manque également des données sur l'utilisation des analgésiques. Seul un essai contenait suffisamment de données de suivi pour effectuer une évaluation fiable.

Therapieangebote in der Schweiz

Auf Basis der Studie «Die Sprache der extremen Gewalt» [9] wurde 1995 in Bern das erste Therapiezentrum für Folteropfer in der Schweiz gegründet. Aufgrund der hohen Nachfrage nach den Dienstleistungen des Ambulatoriums SRK wurden 2003, 2004 und 2015 weitere Therapiestellen eröffnet. Heute existieren in der Schweiz fünf solche Zentren (Bern, Zürich, St. Gallen, Kanton Waadt, Genf).

<http://www.torturevictims.ch/>

Les offres de traitement en Suisse

Le premier centre de traitement pour les victimes de torture en Suisse a été fondé à Berne en 1995 sur la base de l'étude «La langue de la violence extrême» [9]. En raison de la forte demande pour les services de la clinique externe de la Croix-Rouge Suisse, des centres de traitement supplémentaires ont été ouverts en 2003, 2004 et 2015. Il existe aujourd'hui cinq centres de ce type en Suisse (Berne, Zurich, Saint-Gall, canton de Vaud, Genève).

<http://www.torturevictims.ch/>

Ergebnis	Anzahl Studien	Anzahl Studienteilnehmende	Statistische Methode	Effektstärke*
Schmerzlinderung	2	58	Standardisierte Mittelwertdifferenz (IV, Random, 95 % KI)	-0,05 [-1,23, 1,12]
Reduktion von Behinderungen	2	57	Standardisierte Mittelwertdifferenz (IV, Random, 95 % KI)	-0,39 [-1,17, 0,39]
Reduktion von Leid	2	58	Standardisierte Mittelwertdifferenz (IV, Random, 95 % KI)	0,07 [-0,46, 0,60]

Tabelle 1: Kognitive Verhaltenstherapie versus Warteliste. IV: inverse Varianz; Random: Random-Effects-Modell; KI: Konfidenzintervall.
* Effektstärke: 0,20–0,49 = kleiner Effekt; 0,50–0,79 = mittlerer Effekt; ≥ 0,80 = grosser Effekt.

Résultat	Nombre d'études	Nombre de participants à l'étude	Méthode statistique	Intensité de l'effet*
Réduction de la douleur	2	58	Différence moyenne normalisée (VI, random, IC 95 %)	-0,05 [-1,23, 1,12]
Réduction des handicaps	2	57	Différence moyenne normalisée (VI, random, IC 95 %)	-0,39 [-1,17, 0,39]
Réduction de la souffrance	2	58	Différence moyenne normalisée (VI, random, IC 95 %)	0,07 [-0,46, 0,60]

Tableau 1: Thérapie cognitivo-comportementale par rapport à la liste d'attente. VI: variance inverse; random: modèle Random Effects; IC: intervalle de confiance. * Intensité de l'effet: 0,20–0,49 = petit effet; 0,50–0,79 = effet moyen; ≥ 0,80 = grand effet.

Sehr kleine Studienpopulationen, inkomplette Datensätze

Die Anzahl der Studienteilnehmenden reichte von 28 bis 30. Die statistisch notwendige Stichprobengrösse (Power) wurde in keiner Studie erhoben. Zwei Studien berichteten von einer Therapieabbruchrate von 18 bis 20 %. Die Gründe dafür sind unklar. Ebenso fehlen Daten zur Einnahme von Schmerzmedikamenten. Nur in einer Studie waren genügend Follow-up-Daten für eine Auswertung vorhanden.

Empfehlungen für die Praxis

Da die direkte Evidenz für oder wider kognitive Verhaltenstherapie mit Biofeedback und manueller Therapie unzureichend ist, geben Baird et al. (2017) allgemeine Empfehlungen für die Behandlung von Schmerzen ab:

- Wichtig ist eine umfassende Beurteilung und die Identifikation der involvierten Schmerzmechanismen (speziell neuropathische Schmerzen und Sensibilisierungsmechanismen).
- Das Ziel der Schmerzbehandlung ist nicht nur Schmerzreduktion, sondern auch eine Verbesserung der Funktion und der Lebensqualität.
- Beteiligung eines multidisziplinären Teams sowohl bei der Beurteilung als auch bei der Behandlung.
- Der Patient soll gefragt werden, ob die vorgeschlagenen Behandlungen (z.B. Medikamentenverabreichung, Elektrophotherapie) Assoziationen mit seiner Foltererfahrung hervorrufen. |

Recommandations pratiques

Les arguments directs pour ou contre la thérapie cognitivo-comportementale avec biofeedback et la thérapie manuelle étant insuffisants, Baird et al. (2017) font les recommandations générales suivantes pour le traitement des douleurs des victimes de la torture:

- il est important d'évaluer et d'identifier les mécanismes de la douleur, en particulier ceux de la douleur neuropathique et de la sensibilisation;
- le but du traitement n'est pas seulement de réduire la douleur, mais aussi d'améliorer les fonctions physiques et la qualité de vie;
- il est important d'impliquer une équipe multidisciplinaire dans l'évaluation et le traitement;
- il est important de demander aux patient·e·s si les traitements proposés (p.ex. administration de médicaments, électrothérapie) évoquent des associations avec leurs expériences de torture. |

In Zusammenarbeit mit | En collaboration avec



Literatur | Bibliographie

1. Amris K, Williams A. Chronic pain in survivors of torture. *Pain: Clinical Updates* 2007; XV: 1–4.
2. Rasmussen OV. Medical aspects of torture. *Danish Medical Bulletin* 1990; 37: 1–88.
3. Burnett A, Peel M. The health of survivors of torture and organised violence. *BMJ* 2001; 322: 606–9.
4. Patel N, Kellezi B, Williams AC de C. Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 11. DOI: 10.1002/14651858.CD009317.pub2.
5. Baird E, Williams ACDC, Hearn L, Amris K. Interventions for treating persistent pain in survivors of torture. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No.: CD012051. DOI: 10.1002/14651858.CD012051.pub2.
6. Liedl A, Müller J, Morina N, Karl A, Denke C, Knaevelsrud C. Physical activity within a CBT intervention improves coping with pain in traumatized refugees: results of a randomized controlled design. *Pain Medicine* 2011; 12: 234–45.
7. Wang S-J, Bytyçi A, Izeti S, Kallaba M, Rushiti F, Montgomery E, et al. A novel bio-psycho-social approach for rehabilitation of traumatized victims of torture and war in the post-conflict context: a pilot randomized controlled trial in Kosovo. *BMC Conflict and Health* 2017; 10: 34.
8. Kim HJ, Yu SH. Effects of complex manual therapy on PTSD, pain, function, and balance of male torture survivors with chronic low back pain. *Journal of Physical Therapy Science* 2015; 27(9): 2763–66.
9. Wicker HR, Schweizerisches Rotes Kreuz, Universität Bern. Institut für Ethnologie. *Die Sprache extremer Gewalt: Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen.* Schweizerisches Rotes Kreuz 1991; 187 Seiten.



Balz Winteler, Physiotherapeut, MSc, PT OMT svomp®, Schwerpunktleiter «Musculoskelettal» und Leiter Fachentwicklung am Institut für Physiotherapie, Insel Gruppe, Inselspital, Universitätsspital Bern. Schwerpunktleiter «Musculoskelettal» im Master of Science der Berner Fachhochschule.

Balz Winteler, physiothérapeute, MSc, PT OMT svomp®; responsable du secteur «musculo-squelettique» et du secteur de développement spécialisé de l'Institut de physiothérapie de l'hôpital de l'Île, l'Hôpital universitaire de Berne. Il est également responsable du domaine musculosquelettique du *Master of Science* de la Haute école spécialisée bernoise.



Dominique Monnin, Physiotherapeut, Pruntrut JU.

Dominique Monnin, physiothérapeute, Porrentruy JU.