

Miklejewski, S. (2012). *Akzeptanz, Durchführbarkeit und Wirksamkeit eines Achtsamkeitstrainings für Patienten mit chronisch unspezifischen Rückenschmerzen.*

## Zusammenfassung

**Theorie und Fragestellung.** Etwa 80% der Bevölkerung der westlichen Industrienationen leiden mindestens einmal in ihrem Leben unter akuten Rückenschmerzen, 35 % der Schmerzpatienten entwickeln chronische Verläufe (Rothstein & Zenz, 2005). Verläuft die Behandlung des akuten Rückenschmerzes erfolglos, chronifiziert er sich. Von einer chronischen Schmerzstörung wird gesprochen, wenn die Beschwerden länger als sechs Monate bestehen (Kröner-Herwig, 2011). Eine medizinische Ursache chronischer Rückenschmerzen kann in 85 % der Fälle nicht hinreichend das Beschwerdebild erklären, so dass der Schmerz chronisch unspezifischer Natur ist (Rothstein & Zenz, 2005). Dieses chronische Schmerzleiden hat ebenfalls enorme sozioökonomische Konsequenzen, denn ein kleiner Anteil der Patienten verursacht ca. 62% der Gesamtkosten (Schmidt et al. 2007, zitiert nach Pfingsten & Hildebrandt, 2011).

Chronische Rückenschmerzen weisen kein einheitliches Krankheitsbild auf, da jede Schmerzstörung durch vielfältige biopsychosoziale Ätiologie- und Aufrechterhaltungsbedingungen determiniert wird (Kröner-Herwig, 2011). Der Prozess der Chronifizierung und Aufrechterhaltung des Rückenschmerzes ist ein komplexeres Phänomen, das am umfassendsten mit dem biopsychosozialen Genesemodell erklärt werden kann. Chronische Rückenschmerzen sind ein multidimensionales Syndrom mit verschiedensten psychosozialen Einflussfaktoren. Einen wichtigen Stellenwert nehmen kognitive und emotionale Komponenten ein, die die Entstehung und den Verlauf der chronischen Schmerzstörung entscheidend beeinflussen. Der Leidensdruck der Patienten ist hoch, im Besonderen wenn es durch Arbeitsplatzverlust und soziale Isolation zum Verlust der sozialen Rolle kommt.

Neben den ausschließlich medizinischen Behandlungsmethoden haben sich multimodale Ansätze in der Schmerztherapie als wirksam erwiesen. Diese verbinden die medizinische und psychologische Behandlungsverfahren interdisziplinär. Durch die biopsychosoziale Sichtweise bedingt nehmen psychologische Techniken und Trainings eine immer wichtigere Funktion ein. Die Schwerpunkte psychologischer Schmerztherapie werden meist zu Gunsten der Psychoedukation gesetzt, die durch klassische Verfahren wie beispielsweise PMR und AT ergänzt werden. Die Behandlung chronischer Schmerzstörungen im ambulanten Setting erfolgt heute noch viel zu selten interdisziplinär, obwohl sich multimodale Behandlungsverfahren als effektiv dargestellt haben, da die strukturqualitativen Bedingungen nicht gegeben sind.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass Schmerzakzeptanz die Schmerzbewältigung und die schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung positiv beeinflussen kann, finden achtsamkeitsbasierte Trainings in der psychologischen Schmerztherapie zunehmend Beachtung (Pfungsten, Korb & Hasenbring, 2011). Diese Trainings haben alle das Konstrukt der Achtsamkeit als Basis und werden teilweise durch störungsspezifische Elemente ergänzt. Achtsamkeit stammt aus der buddhistischen Psychologie und Lehre, in der sie eine nicht-wertende Haltung beschreibt, die durch das Präsentsein im Hier und Jetzt sowie das Beobachten innerer und äußerer Ereignisse gelebt wird (Kabat-Zinn, 2007). Die Bereitschaft und Fähigkeit, achtsam zu sein, sind unterschiedlich ausgeprägt und unabhängig von der kulturellen Herkunft. Achtsamkeit wird seit einigen Jahren erforscht und Modelle entwickelt, dennoch sind die Wirkmechanismen nicht hinreichend bekannt, da das Konstrukt sehr komplex ist.

**Methode.** Anhand einer Stichprobe von N=7 Patienten mit chronisch unspezifischen Rückenschmerzen wurde das Kursprogramm an 5 Terminen, die im wöchentlichen Abstand lagen, untersucht. Ergänzend wurden im Vorgespräch biographische Daten erhoben und die Inhalte des Trainings vorgestellt. Im individuellen Nachgespräch wurde gemeinsam mit den Teilnehmern die konkrete Umsetzung der Kursinhalte thematisiert und Änderungswünsche für nachfolgende Trainings erfragt, um der Planungsqualität gerecht zu werden. Der thematische Schwerpunkt der Intervention lag auf dem Thema Achtsamkeit, welches aus Elementen der Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 2007), der Mindfulness-Based Cognitive Therapy bei Depression (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2008), der achtsamkeitsbasierten Schmerztherapie (ABST; Tamme & Tamme, 2010), sowie der Was und Wie- Modalitäten (Linehan et al., 2005; zitiert nach Bohus & Huppertz, 2006) bestand. Ergänzend hierzu wurden die euthyme Therapie (Lutz, 1990; Koppenhöfer 2004) und ein Freudetagebuch (Reddemann, 2004) sowie ein Stressbewältigungstraining (Kaluza, 2004) berücksichtigt.

Das Ziel der Pilotstudie war es, die Auswirkungen des ambulanten Achtsamkeitstrainings hinsichtlich seiner Auswirkungen zu untersuchen. Im Rahmen der Pilotstudie wurden der Experimentalgruppe (N=7) standardisierte Fragebögen zu zwei Messzeitpunkten vorgelegt. Achtsamkeit wurde mit dem Freiburger Fragebogen zur Achtsamkeit (FFA; Buchheld, 2000) gemessen, die Schmerzbeeinträchtigung und -bewältigung wurden durch einen Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV; Geissner, 2011) erhoben sowie die psychische und physische Lebensqualität (WHOQOL-BREF; Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) erfasst. Die standardisierten Fragebögen wurden methodenbezogen durch eine Reliabilitäts- und Faktorenanalyse ausgewertet. Die ergebnisbezogene Auswertung erfolgte durch einen t-Test, der mit Hilfe des konservativeren Wilcoxon-Tests

abgesichert wurde, sowie durch die Errechnung der Effektstärke zur Bestimmung der klinischen Relevanz nach Cohens d. Die Struktur- und Prozessqualität wurde durch die Bestimmung der Akzeptanz und Durchführbarkeit evaluiert.

**Ergebnisse.** Insgesamt sprechen die Ergebnisse für die Wirksamkeit und den Nutzen des Trainings. Die geplante Durchführung konnte gut umgesetzt werden, die Patienten nahmen die Inhalte interessiert an. Im Verlauf verbesserten sich die Achtsamkeit, Schmerzbeeinträchtigung und Schmerzbewältigung, sowie die physische Lebensqualität in signifikanter Weise. Die kognitive Schmerzbewältigung verbesserte sich bei allen erhobenen Subskalen signifikant. Dagegen verbesserten sich in der behavioralen Bewältigung ausschließlich die Ruhe- und Entspannungstechniken.

**Diskussion.** Die Ergebnisse sind bezüglich der Auswirkungen aufgrund des Pilotcharakters der Untersuchung nur als erste Anhaltspunkte zu interpretieren, die einer weiteren Absicherung bedürfen. Es ist notwendig, in zukünftigen Untersuchungen größere Stichproben zu berücksichtigen und diese mit einer Kontrollgruppe zu vergleichen. Darüber hinaus müssten beide Gruppen in einer Follow-up-Befragung untersucht werden, um mittel- und langfristige Effekte erfassen zu können. Das Training ist eine sehr gut durchführbare Maßnahme mit kurzzeitiger Wirksamkeit. Die gewonnenen Erkenntnisse zeigen die Wertigkeit von Achtsamkeit und erfahrungsbasiertem Vorgehen auf und geben Anlass für weitere Forschungen in diesem Bereich.

# Abstract

**Theory and research questions.** About 80% of the population of western industrial nations are adversely affected at least once in their lives by acute back pain, 35% of whom develop a chronic back pain history (Rothstein & Zenz, 2005).

If the treatment of acute back pain does not show success, the pain may turn into a chronic state. A chronic pain disorder is diagnosed if the symptoms have persisted for more than six months (Kröner-Herwig, 2011). If the chronic-pain-disorder is non-specific, a medical cause cannot adequately explain the symptoms in 85% of the cases (Rothstein & Zenz, 2005). These chronic pain conditions also have enormous socio-economic consequences, because a small number of patients cause about 62% of total costs (Schmidt et al., 2007, from Pfingsten & Hildebrandt, 2011). The symptoms of chronic back pain cannot list clearly, because the pain disorder is determined by a variety of biological, psychological, social and biographical factors. The process of the development of a chronic back pain is a complex and individual phenomenon that can be explained best with the biopsychosocial model of genesis. Chronic back pain is a multidimensional syndrome with a variety of psychosocial factors. According to Körner-Herwig (2011) cognitive and emotional components influence the development and manifestation of the disorder. The pain experience increases for example if the patient is out of engagement, is socially isolated or has lost the professional role in society as a direct consequence of the chronic-pain-disorder.

The main focus of the psychological treatment is on psychological education combined with classical techniques like PMR and AT. The interdisciplinary treatment of chronic pain disorders in the outpatient setting is still rare, although multimodal treatments have shown to be effective. Currently the structural quality conditions for a multimodal treatment are not available.

Based on the finding that pain acceptance may affect pain management and pain-related mental impairment positively, mindfulness based trainings have gained importance in pain-relief treatment (Pfingsten, Korb & Hasenbring 2011). These training conceptions are all based on the concept of mindfulness which are sometimes supplemented by disorder-specific elements.

Mindfulness has its origins in Buddhist teachings. Being mindful, as a concept, is described as being non-judgmental, of being totally aware of the present tense and living the life in present. From this standpoint, individuals are able to observe internal and external events (Kabat-Zinn 2007). The willingness and ability to be mindful are individually developed, regardless of the cultural background. Mindfulness has been studied for some years and models have been developed, yet the mechanisms of action are not sufficiently known due to the complexity of the construct.

**Methods.** A group of seven patients with chronic and non-specific back-pain-disorder was formed. This group met once a week for a total of five weeks. Biographical information was taken from each patient prior to the start of the training module. The topic of the training was then presented to participants individually and as a group, thus enabling the patients to articulate any special needs or wishes and also advancing the planning quality.

The focus of the intervention was on the subject mindfulness, which consists of elements of the Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR, Kabat-Zinn, 2007), Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression (MBCT, Segal, Williams & Teasdale, 2008), the mindfulness-based pain management (ABST; Tamme & Tamme, 2010), and What and How-modalities (Linehan et al, 2005; cited in Bohus & Huppertz, 2006). Additionally the euthyme therapy (Lutz, 1990; Koppenhöfer 2004) and a joy diary were used (Reddemann, 2004), as well as a stress management training (Kaluza, 2004).

The aim of the pilot study was to examine the effects of the mindfulness-training. As part of the pilot study, the experimental group (N = 7) were presented standardized questionnaires to two measuring times. Mindfulness was measured with The Freiburg Questionnaire on Mindfulness (FFA; Buchheld, 2000). Pain-impairment and pain coping were measured with FESV (Geissner, 2011). Physical and psychological life-quality was recorded with WHO Quality of Living brief questionnaire (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000). The standardized questionnaire was tested and evaluated through a reliability and factor-analysis.

The outcome-based evaluation was analysed with the t-Test and validated through the conservative Wilcoxon-Test. Similarly the effectiveness was calculated to determine the clinical relevance of the results (Cohen's d). The structure and quality were evaluated, in view of acceptance and feasibility.

**Results.** Overall, the results show the validity and usefulness of the training. The planned implementation could be implemented well; the patients were interested in the content. The course improved mindfulness, impairment, and pain management, and physical quality of life in a significant way. The cognitive coping raised in all subscales significantly. However the behavioral coping improved in the subscale of relaxation techniques.

**Discussion.** These pilot-test results can only be regarded as an initial indicator. Further tests are necessary to confirm these first indications. It is also necessary, in future studies, to use a larger sampling of patients and to compare results to a control group.

Moreover, both groups should then be closely examined and subjected to a follow-up-questionnaire in order to define the immediate and long-term effects. The training showed

short-term effectiveness. The findings point to the value of mindfulness and experience-based learning and give rise to further research in this area.