

Überprüfung der Wirksamkeit eines spezifischen Gruppenprogramms bei chronischer Schmerzkrankung an der Reha-Klinik für Seelische Gesundheit

Andrea Jansche (1), Markus Schwab (2), Michaela Krassnig (1), Georg Spiel (2)
Korrespondenz: andrea.jansche@seelischereha.com

1 Reha-Klinik für Seelische Gesundheit, Grete-Bittner-Straße 40, 9020 Klagenfurt, Österreich
2 pro mente Forschung, Villacher Straße 161, 9020 Klagenfurt, Österreich

Hintergrund

Die Reha-Klinik für Seelische Gesundheit ist eine Sonderkrankenanstalt zur medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation, in der Patientinnen und Patienten während eines sechswöchigen stationären Aufenthaltes ein breit gefächertes gruppentherapeutisches Programm erhalten. Die einzelnen Module dieses Programms sind überwiegend durch den zuweisenden Leistungsträger geregelt.

Da jedoch differenzielle und indikationsspezifische Therapieangebote aktuell immer mehr an Bedeutung gewinnen, wurde im Rahmen der Qualitätsentwicklung an der Reha-Klinik ein neuer Schwerpunkt gesetzt: Ein therapeutisches Behandlungskonzept zur Förderung von Schmerzbewältigung. Das Pilotprojekt zielt darauf ab, Patientinnen und Patienten, die unter einer somatoformen Schmerzstörung leiden, bei der Bewältigung ihrer Beschwerden im Alltag zu unterstützen. Dadurch soll die Lebensqualität im Allgemeinen aber auch das psychische Befinden verbessert werden und eine weitere Chronifizierung und deren Folgen verhindert bzw. hinausgezögert sowie die berufliche und soziale Teilhabe gefördert werden.

Für eine standardisierte Indikationsstellung erfolgt bereits vor der stationären Aufnahme ein Screening anhand des Chronic Pain Grade Questionnaire (CPGQ) zur Erfassung des Schweregrades von chronischen Schmerzkrankungen (Korff et al. 1992). Patientinnen und Patienten die über einem bestimmten Cut-off-Wert liegen, werden kontaktiert und erhalten das Angebot, an der Schmerzbewältigungsgruppe teilzunehmen.

Der methodische Schwerpunkt des Therapieangebots ist die kognitive Verhaltenstherapie

mit ihrem spezifischen Methodenrepertoire, z.B. Prinzipien der Lernpsychologie (Verhaltensmodifikation), Achtsamkeitsbasierte Ansätze und Psychoedukation. Das Setting bildet eine störungsspezifische geschlossene Basisgruppe. Der Aufbau und die Sitzungsstruktur orientieren sich an einem Manual, welches an der APR Salzburg (Ambulante Psychosoziale Rehabilitation) von Michael Bach et al. konzipiert und hierfür von den Autoren persönlich zur Verfügung gestellt wurde. Die konkreten Inhalte sind in zwölf Schwerpunktsitzungen unterteilt, wobei zu Beginn vor allem umfassende Psychoedukation das zentrale Element bildet. Hierbei wird v. a. das bio-psycho-soziale Störungsmodell chronischer Schmerzen sowie deren Funktionalitäten (bspw. sekundärer Krankheitsgewinn) vermittelt, um Teilnehmenden zum einen für die psychische Komponente ihrer körperlichen Beschwerden zu sensibilisieren und zum anderen, eine fundierte Vorbereitung für die darauffolgenden Interventionen zu gewährleisten. Ziel dieser Evaluation ist es, die Wirksamkeit des implementierten Schmerzbewältigungsschwerpunktes hinsichtlich des Schmerzerlebens zu untersuchen. Folgende Forschungsfragen sollen beantwortet werden: (1) Verringert sich die subjektive Belastung durch den Schmerz während des Rehabilitationsverfahrens stärker als in den ca. sechs Monaten vor dem Aufenthalt? (2) Verringert sich die Schmerzintensität während des Reha-Aufenthalts? (3) Kommt es zu einer Verbesserung der allgemeinen Beweglichkeit während des Reha-Aufenthalts?

Methoden

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden die Evaluationsdaten von N = 85 Probanden (57 % weiblich) ausgewertet. Das Durchschnittsalter beträgt 49,1 Jahre (SD = 7,64). Die häufigsten ICD-10 Diagnosegruppen waren Affektive Störungen (F3) mit 46,8% sowie Neurotische-, somatoforme und Belastungsstörungen (F4) mit 46,8 %. Die übrigen Kategorien machten jeweils weniger als 5 % der Diagnosegruppen aus.

Um unterschiedliche Aspekte des Schmerzerlebens zu erfassen wurden drei in der Schmerzforschung verbreitete Instrumente angewandt:

Das Chronic Pain Grade Questionnaire (CPGQ; Korff, 1992) wurde zur Erfassung der Beeinträchtigung durch Schmerzen vorgegeben. Die Auswertung erfolgte anhand von Beeinträchtigungspunkten (von 0 keine Beeinträchtigung bis 6 maximale Beeinträchtigung).

Weiters wurde die Visuelle Analog Scala (VAS) vorgegeben, wobei die Teilnehmenden gebeten wurden, ihre aktuellen Schmerzen auf einer 100 mm langen Linie zu markieren (0 entspricht keinem Schmerz, 100 mm dem schlimmsten vorstellbaren Schmerz).

Als Maß für die Beweglichkeitseinschränkung wurde der Finger-Boden-Abstand-Test (FBA) durchgeführt. Hierzu beugen sich die Teilnehmenden soweit wie möglich vornüber. Der Abstand zwischen Fingerspitzen und Boden gilt dabei als Indikator für die allgemeine Beweglichkeit.

Patientinnen und Patienten die an der Schmerzbewältigungsgruppe teilgenommen haben, bearbeiteten etwa sechs Monate vor dem Rehabilitationsverfahren den CPGQ. Bei der stationären Aufnahme sowie bei der Entlassung wurden ebenfalls der CPGQ (in adaptierter Form) sowie die VAS vorgegeben und der FBA gemessen.

Da für den CPGQ Messwerte zu drei Zeitpunkten vorliegen, konnte im Sinne einer Eigenkontrollgruppe (Pospeschill, 2018) ausgewertet werden. Hierzu wird das Ausmaß der Veränderung in dem Zeitraum, in dem keine Intervention erfolgte, mit dem Ausmaß der Änderung, in dem die Intervention erfolgt, verglichen. Für die VAS und den FBA wurden die Unterschiede zu Aufnahme und Entlassung verglichen.

Abb. 1
CPGQ
Beeinträchtigungspkt.
Mittelwerte +/-1 SD

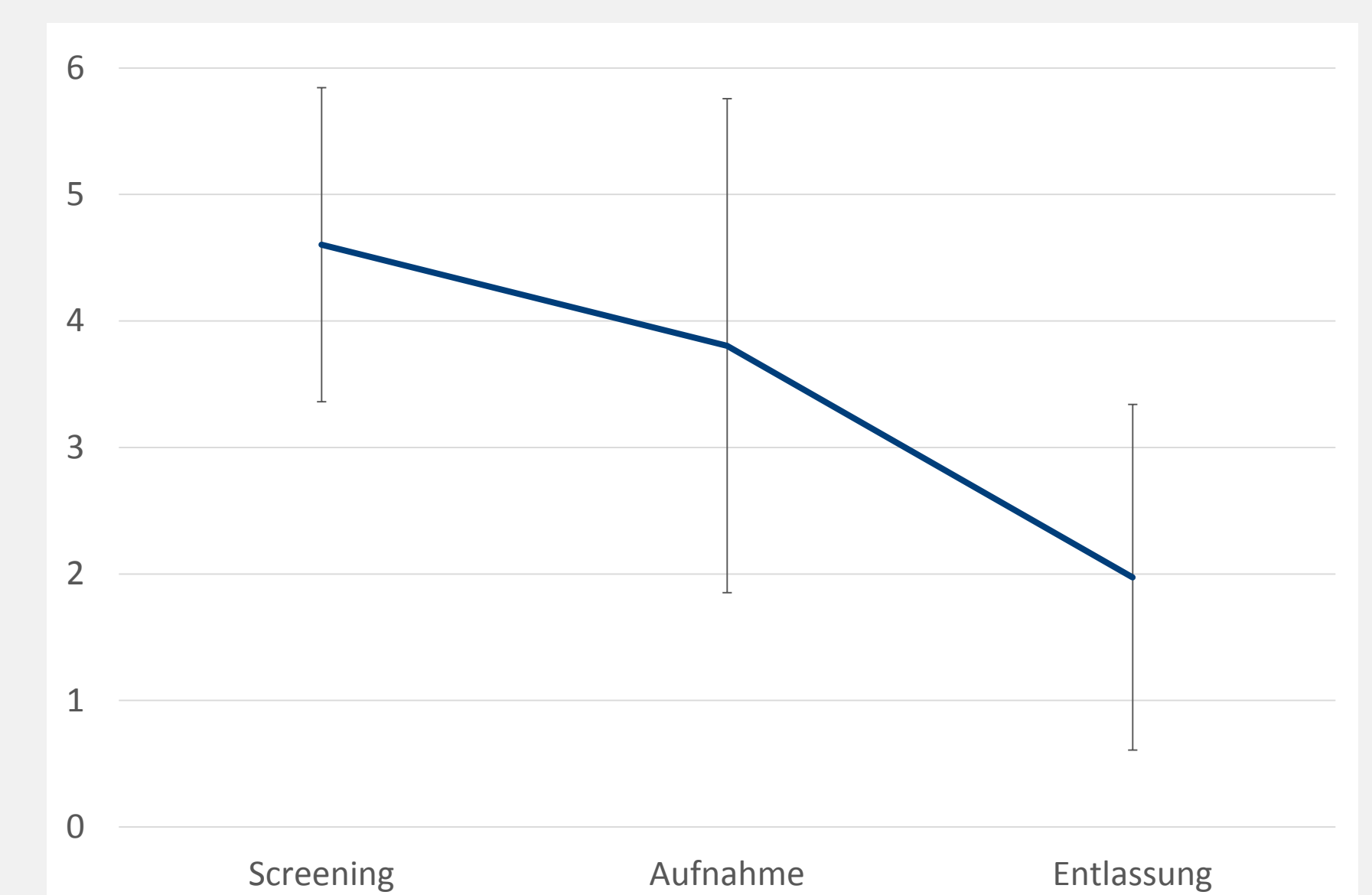


Abb. 2
VAS
Angabe in Millimeter
Mittelwerte +/-1 SD

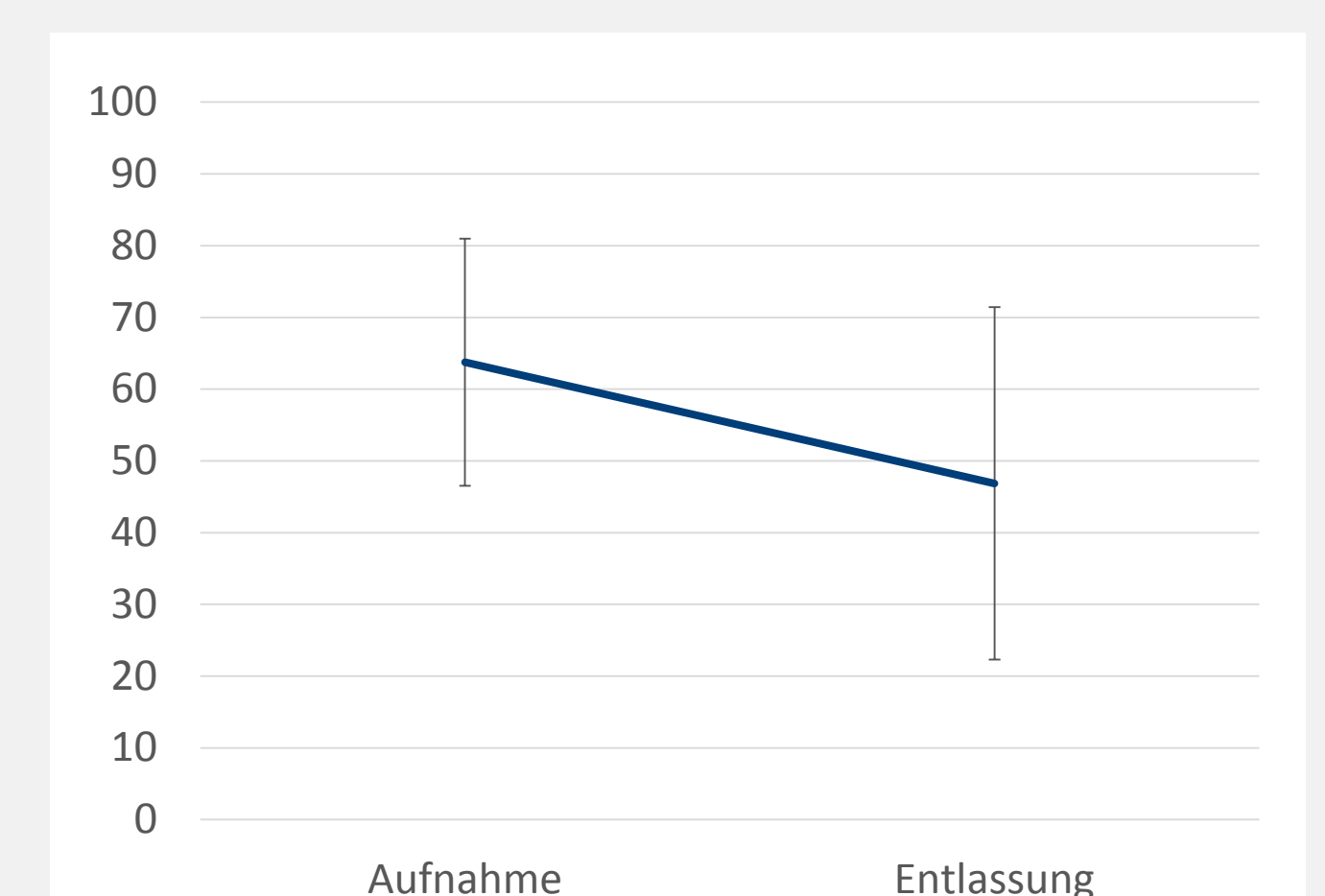
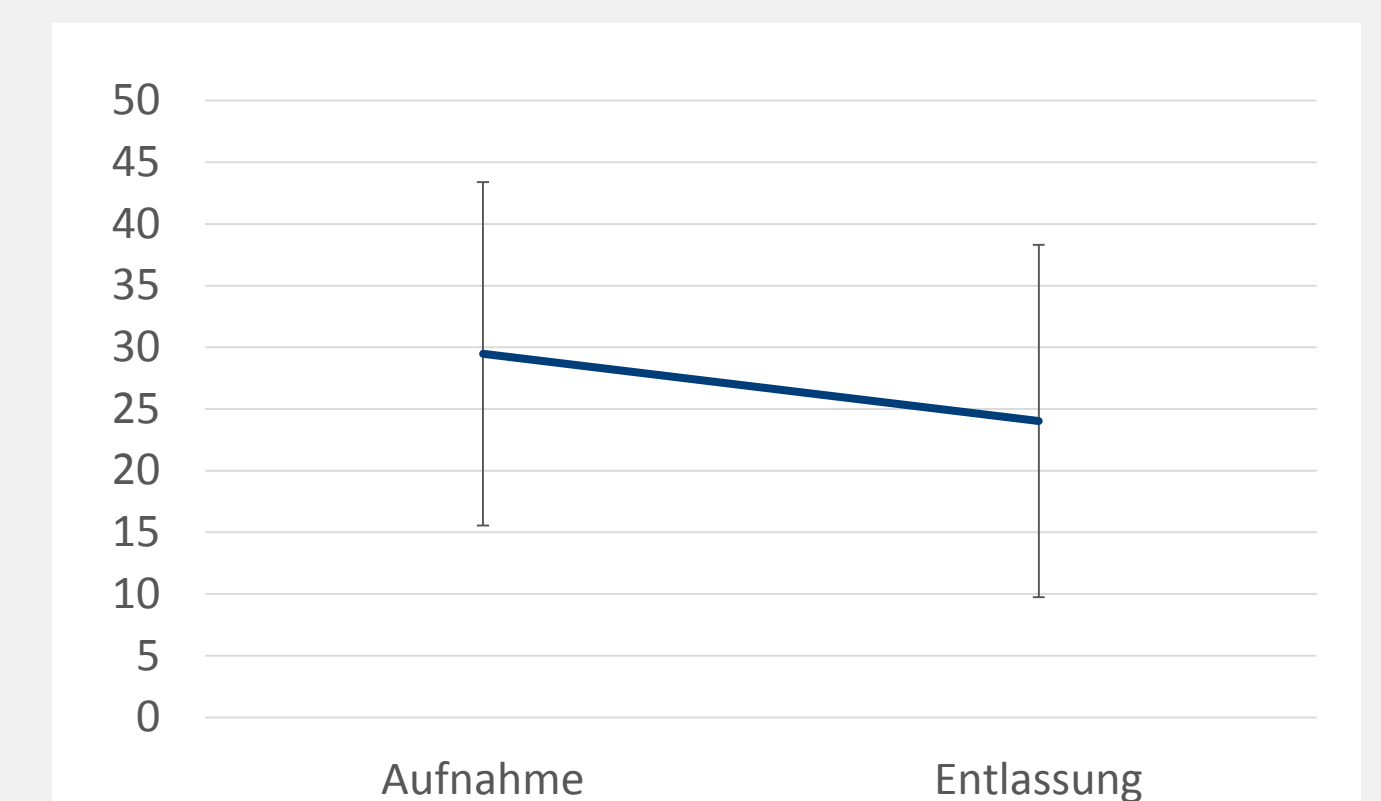


Abb. 3
FBA
Angabe in Zentimeter
Mittelwerte +/-1 SD



Ergebnisse

Die erlebte Beeinträchtigung (CPGQ) ist in der Zeit während der Intervention stärker gesunken als in der Zeit ohne Intervention ($t(52) = -2.426, p = .018$). Im Detail zeigt sich eine signifikante Differenz ($t(76) = 3.625, p < .001, ES = 0.50$) zwischen dem Screening ($M = 4.6, SD = 1.2$) und der Aufnahme ($M = 3.8, SD = 2.0$). Des Weiteren ein signifikante Verbesserung ($t(76) = 6.841, p < .001, ES = 0.92$) zwischen Aufnahme und Entlassung ($M = 1.9, SD = 1.4$). (siehe Abb. 1)

Für die VAS (Abb. 2) zeigt sich im Vergleich zwischen Aufnahme ($M = 63.8, SD = 17.2$) und Entlassung ($M = 64.9, SD = 24.6$) eine Differenz von $ES = 0.77$. Diese war statistisch signifikant ($t(36) = 4.784, p < .001$).

Für den FBA (Abb. 3) gab es ebenfalls eine signifikante Verbesserung ($t(53) = 4.122, p < .001$). Im Mittel erreichen die Patientinnen und Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung ($M = 24.0, SD = 14.3$), gegenüber der Aufnahme ($M = 29.5, SD = 13.9$) ca. 5.6 cm ($ES = 0.40$) Abstand zum Boden.

Diskussion und Ausblick

- Trotz der relativ kurzen Behandlungsdauer von sechs Wochen konnten erste vielversprechende Ergebnisse mit dem Gruppentherapieprogramm erzielt werden
- Weitere Auswertungen sollen unter der Berücksichtigung des Evaluationskonzepts erfolgen und den Einfluss der Teilnahme am Schmerzbewältigungsschwerpunkt auf weitere Aspekte der Symptombelastung und des Wohlbefindens untersuchen
- Um klare Aussagen bezüglich der Wirksamkeit der Interventionen zu treffen, sollte eine Kontrollgruppe eingeführt werden, in welche auswählbare Patientinnen und Patienten randomisiert zugewiesen werden

Referenzen

Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in psychology*, 4, 863.
Pospeschill, M. & Siegel R. (2018). Design für Einzelfälle und kleine Stichproben. In (Hrsg. M. Pospeschill & R. Siegel) *Methoden für die klinische Forschung und diagnostische Praxis* (S. 7-24). Berlin: Springer.
Von Korff, M., Ormel, J., Keefe, F. J., & Dworkin, S. F. (1992). Grading the severity of chronic pain. *Pain*, 50(2), 133-149.