

## **Akzeptanz und Durchführbarkeit des kombinierten Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings (Debora II) im Verlauf der Implementationsphase in die stationäre verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation aus der Perspektive der Interventionsgruppe unter Berücksichtigung der Depressivität.**

### **Zusammenfassung**

**Theoretischer Hintergrund.** Die Entwicklung von chronischen Rückenschmerzen ist durch viele Faktoren bedingt. Vor allem psychische Faktoren und soziale Aspekte sind von entscheidender Bedeutung bei einer Chronifizierung. Das biopsychosoziale Modell der Schmerzchronifizierung bietet einen möglichen Erklärungsansatz für die Entstehung, Beeinflussung und Aufrechterhaltung der Schmerzen. Aufgrund der Zunahme einer psychischen Komorbidität bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (CRS) ist im Rahmen der Rehabilitation die Ergänzung der bisherigen Standardbehandlung um depressionsspezifische Inhalte notwendig. Aus diesem Grund wurde das kognitiv-behaviorale Training Debora II für Rehabilitanden mit CRS und psychischer Komorbidität entwickelt. Es vereint Inhalte zur Förderung der Schmerzkompetenz mit Elementen zur Depressionsprävention und wurde der verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation implementiert. Der Implementationsprozess hat aufgrund der derzeitig bestehenden Transferproblematik einen starken Einfluss auf die Wirksamkeit einer Behandlung und die Qualität der Rehabilitation. Um die erfolgreiche Implementierung eines Trainings in die Praxis zu ermöglichen und eine langfristige Wirksamkeit erreichen zu können, ist eine stärkere Beachtung der Implementationsphase erforderlich.

**Ziel und Fragestellungen.** Ziel dieser Forschungsarbeit war es, das kognitiv-behaviorale Training Debora II während der Phase der Implementierung in die stationäre verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation formativ zu evaluieren. Diesbezüglich fand die Überprüfung der Akzeptanz und Durchführbarkeit des Trainings aus Sicht der Interventionsgruppe während der Implementationsphase statt, um anschließend mögliche Ansätze zur Optimierung für das Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstraining aufzeigen zu können. Zusätzlich wurden die erlernten gesundheitsförderlichen Handlungsweisen festgehalten.

**Methodik.** Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt. An der qualitativen Studie nahmen acht Teilnehmer (N=8; vier Männer und vier Frauen) zwischen 20 und 65 Jahren teil. Es war ein ausgewogenes Geschlechterverhältnis gegeben. Die Teilnehmer konnten in Interventionsgruppe mit Depressivität (IGdepr) und Interventionsgruppe ohne Depressivität (IG) unterteilt werden. Die Überprüfung der Akzeptanz und Durchführbarkeit erfolgte anhand qualitativer themenzentrierter,

leitfadengestützter Einzelinterviews, die im Verlauf der Implementierung zu einem frühen Zeitpunkt der Implementierung (3-6 Wochen nach der Einführung) und zu einem späten Zeitpunkt (7-8 Woche nach der Implementierung) durchgeführt und in der späteren Auswertung gegenübergestellt wurden. Die Einzelinterviews dauerten zwischen 11:11 Minuten und 30:05 Minuten. Die Auswertung der Einzelinterviews erfolgte durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002, 2015). Zur Unterstützung wurde die Auswertungssoftware MAXQDA 12 hinzugezogen.

**Ergebnisse.** Die Ergebnisse dieser Studie lassen aufgrund der überwiegend guten Teilnehmerzufriedenheit auf das Vorliegen einer Akzeptanz und Durchführbarkeit des kombinierten Schmerzkompetenz- und Depressionspräventionstrainings (Debora II) seitens der Interventionsgruppe schließen, was nahe legt, dass es sich bei dem kognitiv-behavioralen Training um eine zielgruppenspezifische Konzeption handelt, welche gut auf die Bedürfnisse von Rehabilitanden mit CRS und psychischer Komorbidität abgestimmt ist. Ferner deutet die Entwicklung des Theorie-Praxis-Verhältnisses von der anfänglich negativen Bewertung späteren positiven Beurteilung auf eine zunehmende Etablierung des Trainings in die Klinik sowie eine Steigerung der Akzeptanz bei den Rehabilitanden im Verlauf der Implementationsphase hin. Als positiv wurden die Themenauswahl und die Gruppenatmosphäre beurteilt. Ferner wurden die Möglichkeit zu Diskussionen und der Austausch mit anderen Rehabilitanden von den Befragten als besonders positiv hervorgehoben. Andererseits wurde auch der Wunsch nach Vertiefung und Wiederholung der Inhalte, einer methodischen Vielfalt (z.B. mehr Fallbeispiele oder Videos), die Berücksichtigung der Individualität sowie die Einbindung des beruflichen Kontextes geäußert. Neben der Akzeptanz und Durchführbarkeit wurden auch die erlernten gesundheitsförderlichen Handlungsweisen erfasst. Diesbezüglich ist erkennbar, dass die Befragten eine Vielzahl der berichteten erlernten Verhaltensweisen durch das kognitiv-behaviorale Training Debora II erwarben. Dazu zählen u.a. instrumentelle und mentale Methoden der Stress- und Schmerzbewältigung, wie Zeitmanagement, Prioritätensetzung, persönliche Abgrenzung oder die positive Veränderung durch Gedanken. Somit sind Hinweise für die Wirksamkeit des Trainings gegeben, welche weiter überprüft werden sollte.

**Implikationen.** Aus den gewonnenen Ergebnissen konnten verschiedene Implikationen für das Training Debora, die Rehabilitation sowie die weitere Forschung abgeleitet werden. Für das *Projekt Debora* sollte die Orientierung an den Bedürfnissen weiterhin im Vordergrund stehen, welche die Modifikation oder Neuentwicklung von Trainingsmodulen ermöglicht. Ferner sollte eine Anpassung der Inhalte und des zeitlichen Rahmens durch Einbindung des beruflichen Kontextes und Ausweitung des Kleingruppenworkshops auf 30 Minuten erfolgen, damit dem Wunsch nach mehr Gesprächen über individuelle Probleme und die

Berücksichtigung der Bedürfnisse entsprochen werden kann. Für die *Rehabilitation* sollte die Anwendung eines Screenings zur Beurteilung der Motivation und Volition der Rehabilitanden in Betracht gezogen werden, um die Maßnahme genau an die Bedürfnisse der Rehabilitanden anpassen und so zur Effektivitätssteigerung der Intervention beitragen zu können (van Hooff et al., 2014). Außerdem wurde die Ermöglichung weiterer psychologischer Gespräche zur Bearbeitung individueller Problemlagen und die aktive Einbindung von Familienmitgliedern, welche zur besseren Umsetzung gesundheitsförderlicher Handlungsweisen beitragen können (Mau & Smolenski, 2014), empfohlen. Des Weiteren sollten die Rehabilitanden bereits während ihres Aufenthaltes auf ambulante Maßnahmen der Nachsorge, Selbsthilfegruppen oder die Möglichkeit einer psychotherapeutische Weiterbehandlung aufmerksam gemacht werden, um ihnen eine intensivere Nachbetreuung ermöglichen zu können. Für die weitere *Forschung* sollte ebenfalls die Bedürfnisorientierung eine entscheidende Rolle spielen, um eine Modifizierung des Trainings an mögliche Bedürfnisveränderungen seitens der Zielgruppe vornehmen und ein evaluiertes Patientenschulungsprogramm anbieten zu können. Ferner empfiehlt es sich, eine weitere Untersuchung hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Unterschiede, welche in der Literatur (siehe Eichenberg & Brähler, 2012; Hennemann, Beutel & Zwerenz, 2018; Pieh et al., 2012) bereits existieren, anzustreben und die Sicht der Experten zu berücksichtigen. Des Weiteren wird eine quantitative Wirksamkeitsstudie empfohlen, da diese Perspektive in dieser Forschungsarbeit nicht vorliegt. Es sei angemerkt, dass diese bereits durchgeführt wird und die Ergebnisse in naher Zukunft erwartet werden.

**Schlussfolgerung.** Die Resultate dieser Untersuchung lieferten erste Indizien für die Implementierung des Schmerzbewältigungs- und Depressionspräventionstrainings Debora II in die stationäre verhaltensmedizinisch orthopädische Rehabilitation und dessen dortige Umsetzung. Durch die Implikationen wurden konkrete Ansätze zur Optimierung der Akzeptanz und Durchführbarkeit sowie zur Implementierung aufgezeigt.

Diese Forschungsarbeit trägt durch das Aufzeigen von Optimierungsansätzen zur Implementierung von Konzepten, wie Debora II, zur Verbesserung der Qualität einer Behandlung von Menschen mit CRS und psychischer Komorbidität in der stationären verhaltensmedizinisch orthopädischen Rehabilitation bei und leistet dadurch einen wichtigen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung.

**Acceptance and feasibility of the combined pain competence and depression prevention training (Debora II) in the course of the implementation phase in inpatient behavioural rehabilitation from the perspective of the intervention group, taking depressivity into account.**

## **Abstract**

**Theoretical Background.** The development of chronic back pain is caused by many factors. Above all, psychological factors and social aspects are of crucial importance in a chronification. The biopsychosocial model of pain chronification offers a possible explanation for the development, influence and maintenance of pain. Due to the increase in psychological comorbidity in patients with chronic back pain (CRS), it is necessary to add depression-specific content to the existing standard treatment as part of rehabilitation. For this reason, cognitive-behavioral training Debora II was developed for rehabilitants with CRS and mental comorbidity. It combines content to promote pain competence with elements for depression prevention and was implemented in behavioural orthopaedic rehabilitation. Due to the current transfer problems, the implementation process has a strong influence on the effectiveness of treatment and the quality of rehabilitation. In order to enable the successful implementation of a training course in practice and to achieve long-term effectiveness, greater attention must be paid to the implementation phase.

**Objectives.** The aim of this research work was to formatively evaluate the cognitive-behavioral training Debora II during the phase of implementation in inpatient behavioural rehabilitation. In this respect, the acceptance and feasibility of the training from the point of view of the intervention group was examined during the implementation phase in order to be able to subsequently point out possible approaches to optimisation for pain competence and depression prevention training. In addition, the learned health-promoting actions were recorded.

**Methods.** The qualitative research approach was chosen to answer the questions. Eight participants (N=8; four men and four women) aged between 20 and 65 participated in the qualitative study. There was a balanced gender ratio. The participants could be divided into an intervention group with depression (IGdepr) and an intervention group without depression (IG). The verification of acceptance and feasibility was carried out on the basis of qualitative topic-centred, guideline-based individual interviews, which were conducted during the course of implementation at an early stage of implementation (3-6 weeks after introduction) and at a

late stage (7-8 weeks) and compared in the later evaluation. The individual interviews lasted between 11:11 minutes and 30:05 minutes. The evaluation of the individual interviews was carried out by qualitative content analysis according to Mayring (2002, 2015). The software MAXQDA 12 was used for support.

**Results.** The results of this study indicate that the combined pain competence and depression prevention training (Debora II) is well accepted and feasible by the intervention group, which suggests that cognitive-behavioral training is a target-group-specific concept that is well adapted to the needs of rehabilitants with CRS and mental comorbidity. Furthermore, the development of the theory-practice relationship from the initially negative assessment to the later positive assessment indicates an increasing establishment of the training in the clinic as well as an increase in acceptance among the rehabilitants in the course of the implementation phase. The choice of topics and the group atmosphere were assessed as positive. The interviewees also praised the opportunity for discussion and exchange with other rehabilitants as particularly positive. On the other hand, the wish was expressed to deepen and repeat the contents, a methodical diversity (e. g. more case studies or videos), the consideration of individuality as well as the integration of the professional context. In addition to the acceptance and feasibility, the learned health-promoting actions were also recorded. In this respect, it can be seen that the respondents acquired a large number of the reported learned behaviors through cognitive-behavioral training Debora II. These include instrumental and mental methods of stress and pain management, such as time management, priority setting, personal differentiation or positive change through thought. So, there are indications for the effectiveness of the training, which should be further checked.

**Implications.** From the results obtained, various implications for training Debora, rehabilitation and further research could be derived. For the Debora project, the focus should continue to be on the needs that enable the modification or new development of training modules. Furthermore, the content and time frame should be adapted by integrating the professional context and extending the small group workshop to 30 minutes in order to respond to the desire for more discussions on individual problems and the consideration of needs. For rehabilitation, the use of screening to assess the motivation and volition of the rehabilitants should be considered in order to adapt the measure precisely to the needs of the rehabilitants and thus contribute to increasing the effectiveness of the intervention (van Hooff et al., 2014). In addition, it was recommended that further psychological conversations be facilitated to deal with individual problems and that family members be actively involved who can contribute to better implementation of health-promoting practices (Mau &

Smolenski, 2014). In addition, rehabilitants should be made aware during their stay of outpatient aftercare measures, self-help groups or the possibility of further psychotherapeutic treatment in order to enable them to receive more intensive aftercare. Need orientation should also play a decisive role for further research in order to modify the training to possible changes in needs on the part of the target group and to be able to offer an evaluated patient training programme. Furthermore, it is advisable to aim for a further investigation with regard to the gender-specific differences that already exist in the literature (Eichenberg & Brähler, 2012; Hennemann, Beutel & Zwerenz, 2017; Pieh et al., 2012) and to take the experts' view into account. Furthermore, a quantitative efficacy study is recommended, as this perspective is not available in this research work. It should be noted that this is already being carried out and the results are expected in the near future.

**Conclusions.** The results of this study provided first indications for the implementation of the pain management and depression prevention training Debora II in inpatient behavioural orthopaedic rehabilitation and its implementation there. The implications of the project showed concrete approaches for optimising acceptance and feasibility as well as for implementation.

This research work contributes to the improvement of the quality of treatment of people with CRS and mental comorbidity in inpatient behavioural orthopaedic rehabilitation by demonstrating optimization approaches for the implementation of concepts, such as Debora II, and makes an important contribution to prevention and health promotion.