

**Cognitive Behavioural Therapy und
Acceptance and Commitment Therapy
in der Ergotherapie bei chronischen Schmerzen**

Bachelorarbeit an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW),
Departement Gesundheit

Verfasst von:

Esther Rothenberger
Matrikelnummer: S06-864-888
Bordackerstrasse 1a
8610 Uster
Ergotherapie, ER06a

Monica Bruderer
Matrikelnummer: S06-539-845
Carl-Spitteler-Strasse 51
8053 Zürich
Ergotherapie, ER06a

Betreut durch:

Barbara Aegler ET MSc.
Dozentin Ergotherapie
Departement Gesundheit

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft
Technikumstrasse 71, Postfach, CH-8401 Winterthur

Tel. 058 934 63 23
Email barbara.aegler@zhaw.ch
www.gesundheit.zhaw.ch

18. Juni 2009

Dank

Die Autoren danken ihrer Betreuerin Frau Barbara Aegler für die fachlich kompetente Betreuung und herzliche Begleitung. Den Familienangehörigen sei für ihre Geduld und beständige Unterstützung während der gesamten Arbeit gedankt.

Inhaltsverzeichnis

Dank	i
Inhaltsverzeichnis	ii
Zusammenfassung	iv
Abstract	v
1 Einleitung.....	1
1.1 EINFÜHRUNG IN DIE THEMATIK.....	1
1.2 HERLEITUNG DER FRAGESTELLUNG	4
1.3 ZIEL DER BACHELORARBEIT	4
1.4 METHODISCHES VORGEHEN.....	5
1.4.1 Literaturbeschaffung.....	5
1.4.2 Der Schreibprozess	7
1.4.3 Bedeutung ergotherapeutischer Modelle und Prozesse	7
2 Die Verhaltenstherapie und ihre Formen.....	9
2.1 DIE GESCHICHTE DER VERHALTENSTHERAPIE	9
2.2 DIE ACT	10
2.3 RATIONALE FRAME THEORY	10
2.3.1 Ziel der ACT.....	10
2.4 BEHANDLUNGSMERKMALE DER ACT	11
2.4.1 Klinische Methoden	12
2.5 CBT BEI CHRONISCHEN SCHMERZEN	13
2.5.1 Assessments	13
2.5.2 Komponenten der CBT	14
2.5.3 Wirkung und Effektivität der CBT	17
2.6 ACT BEI CHRONISCHEN SCHMERZEN	20
2.7 SCHMERZAKZEPTANZ	20
2.7.1 Faktoren, welche die Funktionsfähigkeit vermindern	21
2.7.2 Faktoren, welche die Funktionsfähigkeit verbessern	22
2.7.3 Weitere Faktoren, welche die Funktionsfähigkeit beeinflussen	24
2.7.4 Methodik bei ACT-Studien.....	27

3	Ergotherapie bei der Behandlung von Klienten mit chronischen Schmerzen	28
3.1	ERGOTHERAPIE IM MULTIDISZIPLINÄREN TEAM	28
3.2	DAS CMOP-E	28
3.3	DAS CPPF	30
3.4	DIE ERGOTHERAPIE BEI CHRONISCHEN SCHMERZEN MIT CBT-INHALTEN	33
3.5	DIE ACT IN DER ERGOTHERAPIE BEI CHRONISCHEN SCHMERZEN	38
3.5.1	Ergotherapie-relevante ACT-Merkmale	39
3.5.2	Integration der Merkmale in das CPPF	43
4	Zusammenfassung der Resultate und Ausblick.....	46
	Literaturverzeichnis	48
	Abbildungsverzeichnis	53
	Tabellenverzeichnis.....	54
	Eigenständigkeitserklärung.....	55
	Anhang	56
	ANHANG A.....	56
	ANHANG B.....	62
	ANHANG C	191

Zusammenfassung

Da immer mehr Menschen an chronischen Schmerzen leiden, braucht es auch in der Ergotherapie wirkungsvolle Behandlungsmethoden. Häufig werden Betroffene in einem interdisziplinären Team behandelt. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze sind bekannte Bestandteile solcher multidisziplinären Schmerzprogramme. Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Cognitive Behavioural Therapy (CBT) und die Acceptance and Commitment Therapy (ACT) bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen zu vergleichen. Ferner soll untersucht werden, welche wirkungsvollen Inhalte beider Therapieformen in Zukunft vermehrt in die Ergotherapie implementiert werden können, um die Betätigungsperformanz der Betroffenen zu verbessern. Wissenschaftliche Studien zu diesen beiden Ansätzen wurden mittels Literaturrecherche nach definierten Schlüsselwörtern gesucht. Aus der Summe aller Treffer wurden 22 Publikationen selektioniert, welche für diese Thematik am relevantesten erschienen und die spezifizierten Qualitätsanforderungen erfüllten.

Diverse Studien zeigen, dass CBT-Komponenten bereits in der Ergotherapie umgesetzt werden. Weitere Studien belegen, dass ACT bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen wirkungsvoll ist. Eine mögliche Umsetzung von ACT-Komponenten in der Ergotherapie ist aktuell nicht beschrieben. Bestimmte ACT-Komponenten würden sich allerdings für eine Anwendung in der Ergotherapie bei der Behandlung von Schmerz betroffenen eignen. Ergotherapie relevante ACT-Komponenten könnten als Ergänzung zu den bestehenden ergotherapeutischen Behandlungsmassnahmen bei Menschen mit chronischen Schmerzen dienen. Die zukünftige Implementierung der ACT in die Ergotherapie kann durch vermehrte Forschung in diesem Bereich unterstützt werden. Der Forschung kommt deshalb eine zentrale Rolle zu, um die Wirksamkeit in Bezug auf die Betätigungsperformanz einem breiten Publikum klar aufzuzeigen.

Abstract

There is a growing number of people suffering from chronic pain in society. In order to treat chronic pain patients successfully, occupational therapy is in need of effective treatments. Multidisciplinary treatments are often used when working with chronic pain sufferers and cognitive-behavioural approaches are well established parts of such treatments. The aim of this thesis is to compare the Cognitive Behavioural Therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) when working with chronic pain patients. Furthermore, CBT and ACT are investigated in order to identify relevant and effective factors for a possible implementation in occupational therapy with the aim of enhancing the occupational performance of clients. A database research was conducted searching for CBT and ACT. 22 publications were included after investigating their methodological quality and relevance for the task defined above.

Results show that CBT-factors are currently used in occupational therapy with chronic pain patients. In addition, results point out that ACT is an effective tool when treating chronic pain sufferers. No results were found investigating ACT in occupational therapy. However, specific components of ACT are highly compatible with central occupational therapy beliefs and therefore ideal for an implementation in occupational therapy. Components of ACT, which are relevant to occupational therapy, could add to the current occupational therapy treatment for chronic pain patients. More research is needed to investigate an implementation of ACT-factors in occupational therapy and to explore the efficacy of ACT-components in occupational therapy with the aim of enhancing the occupational performance of clients.

1 Einleitung

Dieses Kapitel beginnt mit der Einführung in die Thematik, gefolgt von der Herleitung der Fragestellung, dem Ziel der Bachelorarbeit und dem methodischen Vorgehen.

1.1 Einführung in die Thematik

Nach Aegler und Satink (2008) leiden immer mehr Menschen an chronischen Schmerzen. Die beiden Autoren dieser Arbeit kennen im persönlichen Umfeld einige Betroffene, die zum Beispiel an Polyarthritits, anderen rheumatischen Erkrankungen, wiederkehrenden aktivierten Arthrosen und ständigen Kopf- und Rückenschmerzen leiden. Oft sind die Leidtragenden schon über Jahre durch diese Schmerzen belastet, was zu vielen Einschränkungen im Alltag geführt hat. Häufig sind sie nicht mehr in der Lage, alltägliche Aktivitäten zufrieden stellend auszuführen. Während der Ergotherapieausbildung wurden die Autoren bei der praktischen Arbeit in den verschiedenen Bereichen Handtherapie, Psychiatrie, Geriatrie, Neurologie oft mit Klienten¹ konfrontiert, die chronische Schmerzen hatten. Die Betroffenen zu unterstützen, war keine einfache Aufgabe. Deshalb wollten die Autoren der Frage nachgehen, welchen Beitrag die Ergotherapie bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen, gestützt auf evidenzbasierter Literatur, leisten kann. In diesem Kapitel wird zuerst auf den Schmerz und auf seine Auswirkung eingegangen, um die Problematik verständlicher zu machen. Danach wird kurz darauf eingegangen, was eine erfolgreiche Behandlung beinhaltet und welche Rolle die Ergotherapie dabei einnimmt.

Schmerz

Thews, Mutschler und Vaupel (1999) sagen:

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das in der Regel durch eine Gewebeschädigung ausgelöst wird“. (S. 640)

Nach Thews et al. (1999) wird der Körper durch den Schmerz vor Dauerschäden bewahrt. Der akute Schmerz klingt nach der Auflösung der auslösenden Schädigung ab.

¹ In dieser Arbeit wird ausschliesslich die männliche Form von Begriffen wie zum Beispiel Leser, Klient und Ergotherapeut verwendet, wobei die weibliche darin eingeschlossen ist.

Er ist in der Regel gut lokalisierbar und von der Reizintensität abhängig. Diese Schmerzform hat eine Warnfunktion. Von chronischem Schmerz spricht man erst, wenn der Schmerz länger als ein halbes Jahr besteht. Die chronischen Schmerzen können gegenüber der Schädigung in den Vordergrund geraten und ein eigenständiges Krankheitssyndrom hervorrufen. Diese Schmerzform kann entweder ein Dauerschmerz oder ein ständig wiederkehrender Schmerz sein. Bei den chronischen Schmerzen werden non-maligne beziehungsweise gutartige von den malignen oder bösartigen (tumorbedingt) unterschieden. Diese Bachelorarbeit beschränkt sich auf non-maligne² chronische Schmerzen.

Nach Thews et al. (1999) wird Schmerz nicht nur über den Ort, die Dauer und die Intensität empfunden. Er hat auch eine emotionale Komponente. Diese affektiven Reaktionen sind individuell verschieden. Sie sind von der Lebenssituation, von der Erziehung und von sozialen Einflüssen abhängig (Thews et al., 1999).

Chronischer Schmerz und seine Auswirkungen

Nach McCracken und Yang (2006) leiden Menschen mit chronischen Schmerzen über Jahre, ohne eine Erleichterung zu erfahren. Schmerz kann im Alltag zum Hauptfokus der Alltagsbemühungen werden, so dass die Leittragenden weniger Zeit den Angehörigen, den Freunden, der Arbeit, der Gesundheit und der persönlichen Entwicklung widmen.

Nach McCracken und Samuel (2007) kann chronischer Schmerz für die Betroffenen mit einer signifikanten Störung der Tagesaktivität zusammenhängen. Diese Störung ist bei allen Leidenden verschieden und kommt auf ihr Schmerzverhalten an, ob und wie sie physische und soziale Aktivitäten bewältigen. Aktivitätsmuster bei chronischem Schmerz entstehen durch die Verschiedenheit des Schmerzes aber auch durch kognitive, emotionale und soziale Faktoren. Deshalb ist das primäre Ziel der interdisziplinären und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätze bei Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, die physischen und sozialen Aktivitäten zu verbessern.

² Im Folgenden ist mit chronischen Schmerzen immer die non-maligne/gutartige Form gemeint.

Erfolgreiche Behandlung von chronischem Schmerz

Nach Aegler und Heigl (2008) ist durch mehrere Studien erwiesen, dass interdisziplinäre kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme die beste Evidenz für eine erfolgreiche Behandlung von Klienten mit chronischen Schmerzen zeigen. Die Ergotherapie ist nach der Vereinigung „International Association for the Study of Pain“ (IASP) neben der Medizin, der Psychologie, der Physiotherapie, der Pflege und eventuell der Sozialarbeit klar im Behandlungsteam vertreten (Aegler & Heigl, 2008).

Nach Aegler und Satink (2008) weiss man, dass die Beteiligung an bedeutungsvollen Betätigungen die Schmerzwahrnehmung und demzufolge die Beeinträchtigung und die Partizipation am Alltagsleben verbessert. Betätigungen sind Kernelemente der Ergotherapie (Townsend & Polatajko, 2007; Reichel, 2005; Kielhofner, 2004).

Die Ergotherapie und ihre therapeutischen Inhalte

Der Kanadische Verband von Ergotherapeuten (CAOT) definiert die Ergotherapie als:

„Occupational therapy is the art and science of enabling engagement in everyday living, through occupation; of enabling people to perform the occupations that foster health and well-being; and of enabling a just and inclusive society so that all people may participate to their potential in the daily occupations of life.“ (Townsend & Polatajko, 2007, S. 89).

Die Grundlage der Ergotherapie bildet die Betätigung (occupation) und ihren Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen (Townsend & Polatajko, 2007; Reichel, 2005). Dabei bilden die Annahmen, dass Betätigung ein intrinsisches menschliches Bedürfnis ist, dass Betätigung einen potentiellen therapeutischen Wert besitzt, dass sie dem Leben Bedeutung verleiht und dass sie individuell ist, den Kern dieses Einflusses (Townsend & Polatajko, 2007; Reed & Nelson-Sanderson, 1999). Neben dem Tätigsein an sich zählen die subjektive Wichtigkeit von Betätigung für Klienten und die daraus entstehende Zufriedenheit zu den Kerninteressen der Ergotherapie (Townsend & Polatajko, 2007).

Weitere wichtige Elemente der ergotherapeutischen Praxis sind zudem die Klientenzentriertheit (Townsend & Polatajko, 2007; Kielhofner, 2004), das Ausführen bedeutungsvoller Betätigung (Kielhofner, 2004), Respekt vor dem individuellen Wert von Betä-

tigung im Leben (Kielhofner, 2004), die Wichtigkeit des aktiven Miteinbeziehens des Klienten und der Selbstbefähigung (empowerment) des Klienten (Kielhofner, 2004).

Zu den Inhalten der Ergotherapie bei der Behandlung von Klienten mit chronischen Schmerzen zählen unter anderem das Aufklären des Klienten, die Zielerarbeitung, Kommunikationstraining, Pacing von Aktivitäten, die Reduzierung von Hilfsmitteln, Ergonomie, Stress- und Zeitmanagement und das Ermöglichen von sozialen Kontakten (Higman, 2007).

1.2 Herleitung der Fragestellung

Aufgrund der Kenntnis, dass eine interdisziplinäre kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen am effektivsten ist (Aegler & Heigl, 2008), beschränkt sich diese Bachelorarbeit auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze. Zuerst musste ein Überblick über die verschiedenen Behandlungen dieser Art gewonnen werden. Es wurde entschieden, sich auf die Cognitive Behavioural Therapy (CBT) und Acceptance and Commitment Therapy (ACT) zu beschränken. Damit verglich man die bekannte Methode CBT mit der neueren Methode ACT. Chronische Schmerzen sind in allen Alterskategorien der Bevölkerung vertreten. Man begrenzte sich jedoch auf Menschen im erwerbsfähigen Alter. Daraus entstand folgende Fragestellung:

Wie unterscheidet sich das ergotherapeutische Vorgehen bei der Behandlung von Menschen mit non-malignen chronischen Schmerzen im erwerbsfähigen Alter nach der CBT und nach der ACT mit dem Ziel der Verbesserung der Betätigungsperformanz der Klientel?

1.3 Ziel der Bachelorarbeit

Diese Bachelorarbeit hat zum Ziel, einen Überblick über die beiden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsformen CBT und ACT zu geben. Deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede in Bezug auf das oben beschriebene Klientel wird aufgezeigt. Zudem wird dargestellt, inwiefern die CBT und die ACT in der Ergotherapie mit dem Ziel der Verbesserung der Betätigungsperformanz bereits umgesetzt werden.

Ergänzend wird aufgezeigt, wie wirkungsvolle Inhalte der CBT und ACT in Zukunft vermehrt in die ergotherapeutische Praxis implementiert werden können.

1.4 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel werden zuerst das methodische Vorgehen der Literaturbeschaffung mit ihren Ein- und Ausschlusskriterien und das Vorgehen beim Schreibprozess erklärt. Dazu wird die Bedeutung der Verwendung ergotherapeutischer Modelle und Prozesse aufgeführt.

1.4.1 Literaturbeschaffung

In einem ersten Schritt wurde eine Literaturrecherche mittels der Datenbanken CINAHL, AMED, COCHRANIE, MEDLINE, OTDBASE und PSYCHINFO durchgeführt (Abbildung 1). Die Begriffe „non-malignant“, „chronic pain“, „cognitive behavioral therapy“, „acceptance and commitment therapy“, „occupational performance“ und „occupational process“ und deren Synonyme wurden als „keywords“ verwendet. Es wurden nur Publikationen eingeschlossen, die zwischen 1990 und 2008 publiziert worden sind. Die Probanden mussten im erwerbsfähigen Alter sein.

Die Kombination der Suchbegriffe wurde zu Beginn breit gehalten, so dass zu einem Begriff möglichst viele Publikationen erfasst wurden. Der erste Suchlauf bestand aus den Schlüsselbegriffen „chronic pain“, „persistent pain“ und „constant pain“. Die zweite Suche beinhaltete Schlüsselbegriffe wie „non-malignant“, „benign“ oder „harmless“. Beide Suchläufe wurden miteinander verknüpft und daraus resultierten Publikationen zu non-malignen chronischen Schmerzen. Nach „Acceptance and Commitment therapy“, „ACT“, und „Acceptance and Commitment theory“ wurde in der nächsten Suche gefiltert. Diese Ergebnisse wurden mit jenen aus der verknüpften Suche verbunden. Diese Arbeitsweise ermöglichte, dass viele relevante Publikationen gefunden wurden. Dieselbe Methodik wurde auch für die Literaturbeschaffung zur CBT angewendet. Die so identifizierte Literatur wurde anhand des Titels und des „Abstracts“ in einer ersten Phase beurteilt. Falls diese Filterung nicht eindeutig ergab, ob die Studie für die Fragestellung relevant war, wurde zusätzlich die „Conclusion“ gelesen. Die so gefundene Literatur ist im Anhang A aufgelistet (34 Studien, 4 Systematic Reviews und


Methode	- Keywords	<ul style="list-style-type: none"> - Kombination der Keywords - Eingrenzung der Publikationsjahre - Eingrenzung des Alters der Probanden - lesen der Titel, Abstract & eventuel Conclusion 	- erste vollständige Durchsicht der Manuskripte	<ul style="list-style-type: none"> - CRF bei Studien - Zusammenfassung bei Systematic Review und Metaanalysen - Zusammenfassung bei Artikeln <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> - bei zu tiefer Relevanz für Fragestellung Publikation ausgrenzen - zusätzliche Publikationen aus Referenzlisten der selektionierten Publikationen aquirieren
resultierende Anzahl Publikationen	>1000	<p style="text-align: center;">49</p> <p>- Liste in Anhang A</p>	33	22
				<ul style="list-style-type: none"> - gekennzeichnet mit (*) im Anhang A - CRF im Anhang B - zusammengefasst in Matrixform im Anhang C

Abbildung 1. Methodisches Vorgehen für Evaluation der Literatur zu Kapitel 2.

Metaanalysen & 11 Artikel). Eine erste vollständige Durchsicht der Manuskripte reduzierte diese 49 Publikationen auf 33. Von diesen 33 Publikationen wurden die „Critical Review Forms“ gemäss Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch und Westmorland (1998) und Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch und Westmorland (2007) ausgefüllt, falls es sich um Studien handelte. Die Systematic Reviews und Metaanalysen und Artikel wurden zur systematischen Beurteilung zusammengefasst. In einem nächsten Schritt wurden die Resultate in den „Critical Review Forms“ und Zusammenfassungen genutzt, um Literatur mit zu tiefer Relevanz für diese Arbeit auszugrenzen. Zusätzlich wurde Litera-

tur über die Referenzlisten der bereits evaluierten Publikationen gefunden, die ebenfalls mittels „Critical Review Form“ bzw. Zusammenfassung beurteilt wurde. Daraus resultierten 22 Publikationen, welche Studien, Systematic Reviews und Metaanalysen und Artikel umfassen. Diese 22 sind in der Liste im Anhang A mit dem Symbol (*) gekennzeichnet und werden für die Beschreibung der CBT und ACT im Kapitel 2 benutzt. Die übrigen Publikationen dienen als Literatur für die gesamte Arbeit.

Die „Critical Review Forms“ zu den im Kapitel 2 verwendeten Studien sind im Anhang B dargestellt. Zu allen 22 Publikationen wurde eine Übersichtsmatrix erstellt (Anhang C). Die Übersichtsmatrix charakterisiert die 22 Publikationen mit:

- Autoren,
- Erscheinungsjahr,
- Studientyp / Design,
- Titel,
- Gütekriterien,
- Relevante Inhalte für Fragestellung,
- Grenzen der Studie.

1.4.2 Der Schreibprozess

Basierend auf der umfangreichen Literaturbeschaffung und dem daraus gewonnenen Wissen wurde die Struktur der vorliegenden Arbeit diskutiert und bestimmt, wobei die Struktur der Disposition als Grundgerüst diente. Während des Schreibens wurden Texte gegengelesen, um via Feedback die Inhalte zu überprüfen und zu verbessern. Aufkommende Fragen wurden im Team diskutiert und gelöst. Dieses kritische Vorgehen hatte auch zur Folge, dass zusätzliche Literatur für die Kapitel 1 und 3 beschafft werden mussten. Nach Abschluss des eigentlichen Schreibprozesses wurde die Bachelorarbeit hinsichtlich Konsistenz und Verständlichkeit geprüft und verbessert. Die Verständlichkeit des Textes wurde auch mit Hilfe von Drittpersonen getestet.

1.4.3 Bedeutung ergotherapeutischer Modelle und Prozesse

Im Kapitel drei werden das „Canadian Model of Occupational Performance and Engagement“ (CMOP-E) (Townsend & Polatajko, 2007) und das dazugehörige „Canadian

Practice Process Framework“ (CPPF) (Townsend & Polatajko, 2007) verwendet. Diese ergotherapeutischen Konstrukte sollen den Übertrag der vorwiegend psychologischen Inhalte auf die Ergotherapie unterstützen. Aus der Vielzahl ergotherapeutischer Modelle wurde das CMOP-E ausgewählt, weil es in der Praxis nicht unbekannt ist und weil man sich mit den Inhalten dieses Modells identifizieren kann. Um einen einheitlichen und übersichtlichen Theorie-Praxis-Transfer zu gewährleisten, wurde ein ergotherapeutischer Prozess mit dem gleichen theoretischen Hintergrund ausgewählt.

2 Die Verhaltenstherapie und ihre Formen

Im folgenden Kapitel werden die Entwicklung der Verhaltenstherapie und ihre verschiedenen Formen beschrieben. Dabei wird auf die CBT und ACT näher eingegangen.

2.1 Die Geschichte der Verhaltenstherapie

Nach Hayes (2004) wird die Geschichte der Verhaltenstherapie in drei Phasen, so genannte Wellen, eingeteilt.

Die Ursache der ersten Phase war der Mangel an wissenschaftlicher Evidenz für die vorherrschenden klinischen Konzepte (Hayes, 2004). Er erwähnt zudem, dass die Therapeuten glaubten, die theoretischen Grundlagen der Verhaltenstheorie müssten wissenschaftlich basiert und die verwendeten Instrumente spezifisch und strikt getestet sein. In der Praxis allerdings hielt man sich nach ihm wenig an diese Grundsätze. Aus dieser Diskrepanz heraus steuerten nach Hayes (2004) die Verhaltenstherapeuten eine verstärkt evidenzbasierte Arbeitsweise an. Als Folge fokussierte sich die Verhaltenstherapie ausschliesslich auf die zwei Aspekte, das problematische Verhalten und die Emotionen (Hayes, 2004). Durch diesen Fokuswechsel wurde die bisherige breite Sichtweise auf den Menschen eingeengt. Grundlegende Themen, wie zum Beispiel die Schwierigkeiten des Menschseins, wurden abgelehnt und uninteressant (Hayes, 2004).

In der zweiten Phase wurden neben dem Verhalten und den Emotionen die Kognition und das soziale Lernen wichtig (Hayes, 2004). In dieser Zeit entwickelte sich die CBT aus der reinen Verhaltenstherapie. Nach Morley, Eccleston und Williams (1999) legte diese den Hauptfokus auf die Änderung der kognitiven Aktivität, um Veränderungen im Verhalten, im Denken und in den Emotionen zu erreichen.

Die dritte und aktuelle Phase baut auf den vorangegangenen Phasen auf (Hayes, 2004). Zu den bestehenden Inhalten der CBT wurden die ganzheitliche Sicht auf den Menschen und dessen Kontext wichtige Elemente (Hayes, 2004). Gängige Therapieformen der dritten Phase sind nach Öst (2008): die ACT, die Dialectical Behaviour Therapy (DBT), das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), die Functional Analytic Psychotherapy (FAP), die Integrative Behaviour Couple Therapy

(IBCT) und die Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Sonntag (2005) zählt zudem die integrative Familientherapie (IFT) und die Verhaltensaktivierung des späten Neil Jacobson auf. Gemeinsamkeiten dieser Therapieformen sind unter anderem Elemente wie Achtsam sein, Akzeptanz, Defusion (Entknüpfung), Werte, Beziehungen und die Klient-Therapeut-Beziehung (Öst, 2008).

2.2 Die ACT

Die Geschichte der Verhaltenstherapie zeigt deutlich auf, wie der Wandel im Feld der Psychologie von statten ging. Aufeinander aufbauend entwickelten sich aus den frühesten Ursprüngen von psychologischen Therapien durchaus unterschiedliche Therapierichtungen und therapeutische Methoden. Im Folgenden wird näher auf die ACT eingegangen.

Die ACT gehört zu den jüngsten Therapieformen der kognitiven Verhaltenstherapie, was ihre momentane Aktualität, gerade in der Literatur, widerspiegelt. Nach Hayes (2004) basiert die ACT auf dem philosophischen Hintergrund des Funktionalen Kontextualismus. Zentrale Aspekte des Funktionalen Kontextualismus liegen auf der ganzheitlichen Perspektive eines Erlebnisses. Für dessen Verständnis und Funktion spielt der Kontext eine wichtige Rolle (Hayes et al., 2003).

2.3 Rationale Frame Theory

Die theoretische Grundlage der ACT ist die Rationale Frame Theory (RFT) (Hayes et al., 2003; Sonntag, 2005). Die RFT untersucht nach Sonntag (2005) die menschliche Sprache und Kognition und deren Einfluss auf die psychopathologischen Verhaltensweisen des Menschen.

2.3.1 Ziel der ACT

Das philosophisch formulierte Ziel der ACT ist, den Klienten zu lehren, nicht veränderbare Umstände oder solche, die er nicht zu ändern braucht, zu belassen. Zudem soll er lernen, wie er wandelbare Umstände verändern kann (Hayes et al., 2003). Nach Sonntag (2005) unterscheidet sich die ACT von der CBT dadurch, dass sie die sprachlichen Prozesse des Menschen markant für deren Probleme verantwortlich macht. Dies wird in

der Therapie beachtet. Die CBT berücksichtigt hingegen solche grundlegende sprachliche Prozesse nicht (Sonntag, 2005). McCracken und Vowles (2008) erklären, dass sich die ACT auf den Aufbau von positiven und flexiblen Verhaltensmustern konzentriert und weniger auf das Beseitigen von Symptomen.

2.4 Behandlungsmerkmale der ACT

Nach Sonntag (2005) kennzeichnen die ACT folgende sechs Behandlungsmerkmale: Akzeptanz und Bereitwilligkeit, kognitive Defusion, Achtsamkeit, Selbst-als-Kontext, Wertschätzen und engagiertes Handeln. Diese Komponenten sind eng miteinander verbunden und beeinflussen sich gegenseitig (Sonntag, 2005).

Akzeptanz und Bereitwilligkeit

Bei der Akzeptanz geht es darum, „die Kontrollbemühungen gegenüber Gefühlen und anderen inneren Erlebnissen aufzugeben“ und „[...] um die Bereitwilligkeit, alle Vermeidungsmanöver zu unterlassen“ (Sonntag, 2005, S.171).

Kognitive Defusion

Von kognitiver Fusion wird nach Sonntag (2005) gesprochen, wenn sich das persönliche Erleben mit den Begebenheiten, mit denen es in Zusammenhang gebracht wurde, verbindet. Verhindert diese Verbindung eine Handlung, muss sie aufgehoben werden. Diese Aufhebung wird kognitive Defusion genannt.

Achtsamkeit

Sonntag (2005) beschreibt das Achtsam sein als seelischen Prozess. Dabei werden gegenwärtige Gedanken, Emotionen und Empfindungen erfasst und beschrieben, ohne sie zu bewerten.

Selbst-als-Kontext

Selbst-als-Kontext ist nach Sonntag (2005) eine Art des Selbsterlebens. Mit Hilfe des Selbst-als-Kontext sollen Klienten lernen, negative Selbstannahmen und somit auch negative Verhaltensweisen zu reduzieren (Sonntag, 2005).

Wertschätzen und engagiertes Handeln

Beim Wertschätzen und beim engagierten Handeln geht es darum, zu lernen, dass der Lebensinhalt nach den eigenen Vorstellungen gestaltet wird. Werte geben dem Handeln einen Sinn und eine Richtung (Sonntag, 2005).

Unter dem engagierten Handeln wird das Erstellen eines Handlungsrepertoires verstanden, welches anpassungsfähig und effektiv ist. Dieses ist wichtig, um das Leben wertvoll gestalten zu können. Auf diesem Weg stösst der Klient immer wieder an Hindernisse, die von ihm eine Entscheidung verlangen. Dabei wird er gezwungen, sein Handeln zu überdenken und anzupassen.

2.4.1 Klinische Methoden

Angewandte klinische Strategien sind nach Sonntag (2005) Metaphern, natürliche Paradoxien, Erlebnis orientierte Übungen und die funktionale Sprechweise. Im Folgenden werden die einzelnen Strategien eingehender erklärt.

Metaphern

Der Therapeut benutzt Metaphern, um dem Klienten gewisse Verhaltensweisen konkreter aufzuzeigen (Sonntag, 2005). Der Autor versteht unter der Wirkung von Metaphern, dass die Klientel weg von starrem Regelverhalten zu mehr Flexibilität und Offenheit gegenüber Erfahrungen kommen.

Natürliche Paradoxien

Der Therapeut zeigt dem Klienten in dessen Sprachgebrauch natürliche Paradoxien auf. Damit sind Widersprüche innerhalb der Sprache gemeint. Als Beispiel eines solchen Widerspruches benützt Sonntag (2005) die Aufforderung: „Seien Sie doch mal spontan“. Solche Appelle haben auf Menschen gelegentlich die gegenteilige Wirkung. Durch das Aufzeigen der natürlichen Paradoxien soll der Klientel dieser Widerspruch bewusst werden.

Erlebnisorientierte Übungen

Der Klient wird durch Erlebnis orientierte Übungen im vertrauten therapeutischen Rahmen mit Situationen konfrontiert, die in ihm Flucht- oder Vermeidungsverhalten auslö-

sen. Dabei wird der Zusammenhang zwischen den Gefühlen, Gedanken und Handlungen mit dem Klienten analysiert (Sonntag, 2005).

Radikal funktionale Sprechweise

Als letztes geht Sonntag (2005) auf das Ziel der radikal funktionalen Sprechweise ein. Diese versucht, das starre Verhaltensmuster des Klienten zu enthärten. Der Therapeut macht durch das gezielte Nachfragen dem Klienten die Beziehung zwischen seiner Sprache und seinem Verhalten bewusst (Sonntag, 2005). Folgende Frage bringt Sonntag (2005) als Beispiel: „Zu welchem Zweck erzählen Sie mir das?“

2.5 CBT bei chronischen Schmerzen

Folgend werden die Inhalte der CBT und deren Wirksamkeit bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen aufgezeigt.

2.5.1 Assessments

Nach Geisser und Roth ist es wichtig, die Perspektive des Klienten in Bezug auf die Diagnose und die Krankheitsursache zu erörtern (1998; zit. nach Linton & Hellsing, 1998, S. 3). „Cognitive-behavioural assessments“ erleichtern nicht nur die Problemidentifikation, sondern helfen auch bei der Interventionsentscheidung (Keefe, Jacobs & Edwards, 1997).

Folgende Bereiche sind Bestandteile dieser Assessments: Schmerzerfahrung wie Lokalisation, Dauer, Qualität, Intensität und Veränderlichkeit von Schmerz und Schmerzeinschätzung (Keefe et al., 1997; Morley et al., 1999), aber auch Schmerzüberzeugungen und -erwartungen (Keefe et al., 1997). Stimmung/Affekt (Morley et al., 1999), Bewältigungsfertigkeiten wie zum Beispiel Übergeneralisieren und Katastrophieren (Keefe et al., 1997) oder kognitives Bewältigen und Bewertung (Morley et al., 1999) zählen ebenfalls dazu. Psychophysiologische Antworten wie Muskelspannung und Spastik (Keefe et al., 1997) und biologische/körperliche Fitness (Morley et al., 1999) sind weitere Bestandteile. Ferner gehören Schmerzverhaltensweisen wie zum Beispiel Reduktion von Tagesaktivitäten und mehr Medikamenteneinnahme (Keefe et al., 1997; Morley et al., 1999) dazu. Soziale und Umwelt bezogene Umstände, wie ein überbe-

sorgter Partner und persönliche Faktoren, welche den Schmerz und das Schmerzverhalten beeinflussen (Keefe et al., 1997) sind weitere Inhalte. Nach Morley et al. (1999) sind auch die soziale Rollenfunktion und der Gebrauch von Gesundheitssystemen Bestandteile der Assessments.

Nach Keefe et al. (1997) kommen informale und formale Assessmenttechniken zum Einsatz. Eine Technik sind halbstrukturierte Interviews. Anhand dieser erhält man wertvolle Informationen über die Einstellung, die Bewältigungsstrategien und die Erwartungen der Klienten. Solche Interviews dienen auch als Informationsquelle für psychophysiologische Schmerzantworten wie zum Beispiel Muskel bezogene Symptome. Um das Schmerzverhalten zu erörtern, wird ebenfalls ein halbstrukturiertes Interview routinemässig ausgeführt. Dadurch werden der Lebensstil und die Schwierigkeiten bei Aktivitäten zu Hause, bei der Arbeit oder in der Freizeit erfahren. Um das generelle Aktivitätsniveau zu messen, werden Klienten täglich über die „up-time“ (die Dauer, die sie nicht beim Liegen verbringen) erfragt. Beobachtungen bei Bewegungen sind ebenfalls bedeutsam (Keefe et al., 1997).

Nach Morley et al. (1999) wurden in vielen Studien mehrere Assessments für einen Bereich verwendet. Sie schreiben, dass Messinstrumenten mit mehreren Items gegenüber solchen mit nur einem Element den Vorzug gegeben wurde, weil die erstgenannten zuverlässiger sind. Die Tabelle 1 zeigt Bereiche und mögliche dazu gehörende Assessments, die beim Messen von Klienten mit chronischen Schmerzen eingesetzt werden.

2.5.2 Komponenten der CBT

Linton und Hellsing (1998) sagen, dass CBT-Programme unter anderem wegen sehr unterschiedlichen Techniken stark variieren. Einige Interventionen basieren auf dem Lehren der Klienten von Bewältigungsstrategien.

Nach Keefe et al. (1997) sind CBT-Programme in zwei Phasen, in die rationale Phase und in die Fertigkeitstrainingsphase, eingeteilt. In der ersten Phase werden Klienten über den Schmerz und über deren Rolle, welche sie bei der Schmerzkontrolle spielen können, aufgeklärt. In der zweiten Phase werden die Klienten über die Grundlagen von Schmerzkontrollfertigkeiten instruiert und gelehrt, wie sie diese in schwierigen

Tabelle 1 (Teil 1). CBT-Assessments.

Domäne	Assessment (Abkürzung)	Referenz
<p>Schmerzerfahrung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensität, Empfindung, Unannehmlichkeit - Intensität, Stress, Beeinträchtigung - Intensität, Beeinträchtigung, Funktionieren - Intensität, Dauer, Schmerzkontrolle, Schmerzmedikamenteneinnahme 	<ul style="list-style-type: none"> - McGill pain questionnaire (MPQ) - Visual analogue scales of intensity (VAS) - 101 (0-100) numerical rating scales (NRS) - Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ) - Düsseldorf Disability Scale (DDS) - Pain Disability Index (PDI) - Multidimensional Pain Inventory (MPI) Pain Severity scale (PS), Interference (I) - Pain diary - Pain Helplessness Index (PHI) - Pain-related self-statements scale (PRSS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Morley et al. (1999) - Morley et al. (1999) und White et al. (2008) - Morley et al. (2008) - White et al. (2008) - Basler et al. (1997) - Newton-John et al. (1995) - Burns et al. (2003) - Newton-John et al. (1995) - Burns et al. (2003) - White et al. (2008) und Basler et al. (1997)
Schmerzüberzeugung, Erwartungen	<ul style="list-style-type: none"> - Pain Beliefs and Perceptions Inventory (PBAPI) - Pain Beliefs Questionnaire (PBQ) 	<ul style="list-style-type: none"> - Keefe et al. (1997) - Newton-John et al. (1995)
<p>Schmerzverhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktivitätslevel, gegangene Distanz - Schmerz basierte Angst - Lifestyle, Tägliche Aktivitäten (zu Hause, bei der Arbeit, in der Freizeit) - Nonverbale Körperhaltung und Mimik 	<ul style="list-style-type: none"> - Five-minute walk test - 12-min walk test - 2-min stair climb test - 2-min sit to stand test - timed 20-m walk - The Pain anxiety Symptoms Scale (PASS) - Daily activity diary by Fordyce (1976) - Beobachtungen: Direct observation methods 	<ul style="list-style-type: none"> - Morley et al. (2008) - White et al. (2008) - White et al. (2008) - White et al. (2008) - White et al. (2008) - Burns et al. (2003) - Keefe et al. (1997) - Keefe et al. (1997) und Morley et al. (1999)

Tabelle 1 (Teil 2). CBT-Assessments.

Domäne	Assessment (Abkürzung)	Referenz
Selbstwirksamkeit bezogen auf Schmerz	Pain self efficacy questionnaire (PSEQ)	Morley et al. (2008)
Stimmung/Affekt, Depression, Stress, Angst	<ul style="list-style-type: none"> - Beck depression inventory (BDI) - Spielberger State-Trait anxiety Inventory (STAI, STAI-S) - Depression anxiety and Stress Scale (DASS) - Hospital anxiety and depression scale (HADS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Newton-John et al. (1995) und Morley et al. (1999) - Newton-John et al. (1995) und Morley et al. (1999) - White et al. (2008) - Morley et al. (2008)
<ul style="list-style-type: none"> - Kognitive Bewältigung und Bewertung (appraisal) - Bewältigungsaspekte - Bewältigungsfertigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - Coping strategies questionnaire (CSQ) and subscales, e.g. catastrophization (CSQ-cat.), passive and active coping - The Pain Catastrophizing Scale (PCS) - Pain Coping Inventory (PCI) - Heidelberg Coping Scale (HCS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Morley et al. (1999, 2008) und Newton-John et al. (1995) - Burns et al. (2003) - Kraaimaat et al. (1995) - Basler et al. (1997)
Soziale Rollenfunktion	<ul style="list-style-type: none"> - Sickness impact profile (SIP), MPI-Interference, ratings of interference (VAS) - Düsseldorf Disability Scale (DDS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Morley et al. (1999) - Basler et al. (1997)
Psychophysiologische Antworten	<ul style="list-style-type: none"> - Pain-tension diary - Electromyogram (EMG) 	<ul style="list-style-type: none"> - Newton-John et al. (1995)
Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> - General Activity Level Scale (GALS) from the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) - Multidimensional Pain Inventory (MPI), General Activities (GA) subscale 	<ul style="list-style-type: none"> - Newton-John et al. (1995) - Burns et al. (2003)
Arbeit	Vocational questionnaire	White et al. (2008)

Schmerzsituationen, anwenden können. Beim Training zur Schmerzbewältigung werden Verhaltensfertigkeiten, physiologische Selbstkontrollfertigkeiten und kognitive Fertigkeiten geübt. Nach Keefe et al. (1997) sind der Aktivität-Pause-Zyklus und Übungen, die stufenweise gesteigert werden (Pacing) Bestandteile des Trainings der Verhaltensfertigkeiten. Die Planung von bedeutungsvollen Aktivitäten gehört auch dazu. Zu den psychophysiologischen Bewältigungsfertigkeiten gehören das Electromyographic Biofeedback (EMGBF), die progressive Muskelentspannung und Zwerchfellatemübungen. Nach Keefe et al. (1997) werden bei den kognitiven Fertigkeiten zur Schmerzbewältigung den Betroffenen verschiedene Techniken gelehrt, um Schmerz basierte Gedankenmuster zu ändern. Eine davon ist zum Beispiel das Loslösen vom Schmerzgedanken. Methoden sind Zähltechniken, mentale Vorstellungen und kognitives Restrukturieren (Keefe et al., 1997).

Als Komponenten des CBT-Programms bei der Behandlung von chronischen Schmerzen erwähnen Morley, Williams und Hussain (2008), ähnlich wie Keefe et al. (1997), das Lehren vom Umgang mit dem Schmerz, vom Loslösen des Schmerzgedankens, von Medikamenten und vom Schlaf. Fitnessübungen und Übungen für die minimale Muskelkraft sind weitere Teile dieses Programms. Zu dieser Behandlung gehört nach Morley et al. (2008) das Zielsetzen beim Pacing von Aktivitäten. Zudem sind Psychologiesitzungen Elemente der Therapie. Sie dienen der Problemlösung und der Veränderung des negativen Verhaltens (Morley et al., 2008).

2.5.3 Wirkung und Effektivität der CBT

Schmerz

CBT wird nach Linton und Hellsing (1998) zur Schmerzreduktion bereits in verschiedenen Reviews als ziemlich effektiv gesehen. Interessant ist allerdings, dass Messungen von Schmerz bei nur einem Drittel bis einem Fünftel der Klienten klinisch signifikante Ergebnisse erreichen (Morley et al., 2008).

Nach Morley et al. (1999) weist die CBT im Vergleich zu anderen aktiven Behandlungen signifikante Verbesserungen in den Bereichen Schmerzerfahrung, Bewertung und Schmerzverhaltensäußerung auf.

Ferner sieht man nach Basler, Jäkke und Kröner-Herwig (1997) nach der CBT sehr deutliche positive Effekte bei der Schmerzkontrolle. Die Schmerzintensität verändert sich jedoch nicht klinisch signifikant (Basler et al., 1997). Nach Newton-John, Spence und Schotte (1995) sind aber die CBT und das EMGBF unter anderem effektiv bei der kurzzeitigen Verbesserung der Schmerzintensität. Dieses Ergebnis ist nach sechs Monaten unverändert (Newton-John et al., 1995).

Die Studie von White, Beecham und Kirkwood (2008) zeigt, dass chronischer Schmerz für die meisten Teilnehmenden eine Barriere bei der Eingliederung in die Arbeit oder bei der Steigerung des Pensums darstellt. Durch die CBT wird diese Schmerzbarriere signifikant reduziert.

Beeinträchtigung

McCracken, Vowles und Gauntlett-Gilbert (2007) sagen:

„Behavioral and cognitive-behavioral treatments for chronic pain are based on the idea that altering an individual's responses to their condition can reduce disability and suffering“. (S. 339)

Unterstützt wird diese Aussage von Basler et al. (1997), Newton-John et al. (1995) und White et al. (2008). Alle drei zeigen auf, dass Klienten nach einer CBT unter anderem weniger beeinträchtigt sind, obwohl sie weiterhin mit Schmerzen leben müssen. Bei der Studie von Morley et al. (2008) hingegen ist bei den meisten Messungen von Beeinträchtigung auch vier Wochen nach der CBT keine Veränderung festgestellt worden.

Angst

Um die Hilflosigkeit aufgrund der Schmerzen, um das Katastrophieren und die Schmerz basierte Angst der Betroffenen zu verringern, ist eine frühe Behandlung wichtig. Diese ist signifikant mit einer späteren Behandlung zur Reduktion der Beeinträchtigung und der Schmerzintensität verknüpft (Burns, Glenn, Bruehl, Harden & Lofland, 2003). Auch Newton-John et al. (1995) erwähnen eine Angstreduktion nach sechs Monaten.

Stress

Die Studie von Morley et al. (2008) zeigt, dass bei Messungen von Stress einen Monat nach der CBT keine Veränderung festgestellt worden ist. White et al. (2008) sagen aber aus, dass Klienten von einer Stressreduktion profitieren.

Depression

Nach Newton-John et al. (1995) sind CBT und EMGBF für Verbesserungen des Depressionslevels effektiv. Derselbe Level besteht auch noch nach einem halben Jahr.

Aktivitätsniveau

Unterschiedliche Reviews, so Linton und Hellsing (1998), zeigen, dass die CBT zur Erhöhung des Aktivitätsniveaus ziemlich wirksam ist. Eine Ausnahme bildet nach Morley et al. (2008) der 5-Minuten Gehstest, bei dem nur sechs Prozente der Betroffenen signifikante Veränderungen erzielt haben.

Wiedereingliederung in die Arbeit

Die Studie von White et al. (2008) zeigt, dass die Teilnehmenden zurück an die Arbeit gegangen sind, die Arbeitsstunden erhöht oder die Absicht geändert haben, zurück zur Arbeit zu gehen. 50% sind nach der CBT in Richtung Vollzeitarbeit zurückgekehrt. Eine kleinere Gruppe hat sich verschlechtert und ist nicht wieder reintegriert worden. Der Familienstand scheint bei der Wiedereingliederung in die Arbeit wichtig zu sein (White et al., 2008). Mehr Betroffene, die nicht in einer Partnerschaft leben oder verheiratet sind, haben sich in der Gruppe der Vollzeitarbeit wieder gefunden (White et al., 2008).

Medikamentengebrauch

Keefe et al. (1997) schreiben in ihrem Artikel, dass viele an chronischem Schmerz Leidende nach dem CBT-Kurs ihre Medikamenteneinnahme signifikant reduziert haben. Klienten, die am CBT-Programm teilnehmen, sollen zusätzlich für das Schmerzmanagement oder den emotionalen Stress Medikamente einnehmen dürfen. Vorteile dieser Behandlungskombination ist, dass nach dem Empfinden der Klienten Medikamente mehr nützen (Keefe et al., 1997).

Kognitive Bewältigung

Die CBT bewirkt positive Veränderungen beim Bewältigungsverhalten (Kraaimaat, Brons, Geenen & Bijlsma, 1995; Basler et al., 1997). Das unterstützen auch Morley et al. (1999), indem sie darstellen, wie die CBT im Vergleich zu anderen aktiven Behandlungen im Bereich der kognitiven Bewältigung und Bewertung signifikant grössere posi-

tive Veränderungen erzielt. Newton-John et al. (1995) bestätigen, dass diese Verbesserungen auch sechs Monate nach der CBT erhalten sind.

In der Studie von Geisser und Roth (1998; zit. nach Linton & Hellsing, 1998, S. 3) wird gesagt, dass es wesentlich ist, die Perspektive des Klienten, die Diagnose und Ursache zu identifizieren und ihn darüber zu informieren. Somit kann Stress, der durch Unwissenheit über die Diagnose und Ursache ausgelöst wird, vermieden werden. Durch die Information wird Stress reduziert, was einen positiven Einfluss auf die funktionellen Ergebnisse der Betroffenen hat (Linton & Hellsing, 1998).

2.6 ACT bei chronischen Schmerzen

Chronische Schmerzen stehen oft im Zusammenhang mit einer eingeschränkten Fähigkeit, Handlungen oder Aktivitäten auszuführen (McCracken & Samuel 2007; McCracken, 2007; Vowles, McCracken & Eccleston, 2008). Nach Fordyce et al. und Linton und Hellsing wird eine erfolgreiche Durchführung von Handlungen nicht allein durch den empfundenen Schmerz bestimmt (1984; 1985; zit. nach McCracken & Samuel, 2007, S. 119), sondern ist als ein Produkt von kognitiven, emotionalen und sozialen Faktoren zu betrachten (McCracken & Samuel, 2007).

2.7 Schmerzakzeptanz

McCracken und Samuel (2007, S.340) definieren Akzeptanz als „[...] willingness to experience pain without attempts to control it, and as persisting with healthy activities while pain is present, but doing so in a manner that is free from influences of the pain itself.“

Der Kern von Schmerzakzeptanz ist ein aktiver Prozess (McCracken, Vowles & Eccleston, 2004b), welcher von Betroffenen verlangt, dass sie ihre Funktionsfähigkeit und Teilhabe an erfreulichen und stärkenden Alltagsaktivitäten beibehalten, obwohl sie dabei weiterhin Schmerzen empfinden werden (McCracken et al., 2004b). Schmerzakzeptanz bedeutet also nicht weniger Schmerz zu empfinden, sondern meint, einen besseren Umgang mit dem Schmerz, gerade im Hinblick auf die allgemeine Funktionsfähigkeit der Leittragenden, zu haben (McCracken, 1998).

Bedeutsame Faktoren der Akzeptanz von chronischen Schmerzen sind nach Risdon, Eccleston, Crombez und McCracken (2003): die Kontrolle über sein Leben zu übernehmen, von einem Tag zum nächsten zu leben und eigene Grenzen zuzugeben. Ferner kommen hinzu: das Empowerment (Selbstbefähigung), wo der Schmerz mit seinem Einfluss und seinen Grenzen als gewöhnlicher Schicksalsschlag des Lebens betrachtet wird, aber auch die Fähigkeit, den Verlust des Selbst akzeptieren zu können. Ebenfalls bedeutsame Faktoren für die Schmerzakzeptanz sind: Es gibt mehr im Leben als Schmerzen und Kämpfe keine Kämpfe, die du nicht gewinnen kannst. Als letzte wichtige Grösse wird die spirituelle Stärke genannt. Damit ist die Einstellung gemeint, dass chronischen Schmerzen eine positive und spirituelle Bedeutung zukommt, welche die Betroffenen im Leben mit den Schmerzen unterstützen.

Ein weiterer Kern der Schmerzakzeptanz liegt im Fokus auf andere Lebensbereiche als Schmerz (Risdon et al., 2003). Zudem soll sich der Leidende nicht als Person mit Schmerzen definieren (Risdon et al., 2003). Akzeptanz ist das Hinnehmen oder Zugeben, dass eine Heilung von chronischen Schmerzen unwahrscheinlich ist. Diese Akzeptanz soll aber nicht als eine Schwäche der Person, als eine Unterlegenheit oder als das Ende eines bedeutungsvollen Lebens angesehen werden (Risdon et al., 2003). Dabei benennen die Autoren die Schwierigkeit, wie Akzeptanz von chronischen Schmerzen erreicht wird. Schmerzakzeptanz, so Risdon et al. (2003), ist mehr als eine Anpassung der Umwelt oder ein Leben im Hier und Jetzt.

2.7.1 Faktoren, welche die Funktionsfähigkeit vermindern

Die kognitiven und emotionalen Prozesse im Zusammenhang mit Schmerzen sind vielfältig und komplex. Aktuelle Schmerzmodelle schenken dem Schmerz an sich zuviel Aufmerksamkeit (McCracken, 2007). Dies führt zu Einschränkungen im Verhalten des Betroffenen und verstärkt die Aufmerksamkeit auf den Schmerz, aber weniger den Umgang mit ihm (McCracken, 2007).

McCracken (2007) zeigt in einer Studie auf, dass höhere Werte von Schmerzaufmerksamkeit auf grössere kognitive Schwierigkeiten besonders in Bezug auf eine Schmerz basierte Angst hinweisen. Des Weiteren geht eine erhöhte Schmerzaufmerksamkeit und eine tiefere Schmerzakzeptanz mit einer schlechteren Funktionsfähigkeit

einher (McCracken, 2007). Forscher und Mediziner haben in den letzten Jahren den Zusammenhang zwischen der Schmerzaufmerksamkeit und den Beeinträchtigungen im Leben durch Schmerz festgestellt (McCracken, 2007). Die Schwierigkeit, diesen Zusammenhang abzuschwächen, liegt in der Herausforderung, therapeutische Methoden zu entwickeln, welche Schmerz und Schmerzaufmerksamkeit voneinander trennen oder solche, welche die Aufmerksamkeit vom Schmerz weg auf etwas anderes lenken (McCracken, 2007). Die Ergebnisse von McCracken (2007) weisen darauf hin, dass dieser Ansatz der Schmerzaufmerksamkeit, gerade was Menschen mit chronischen Schmerzen betrifft, eine breitere Perspektive benötigt.

Weitere kognitive Aspekte wie Katastrophieren (Vowles et al., 2008) oder ein Kontrollverhalten (McCracken & Samuel, 2007) haben zusätzlich negative Auswirkungen auf die Handlungs- und Funktionsfähigkeit von Schmerzleidenden. Letzteres steht signifikant positiv mit Schmerz, physischen und anderen Beeinträchtigungen, mit Depression und einem Vermeidungsverhalten in Beziehung (McCracken & Samuel, 2007). Betroffene also, die versuchen den Schmerz zu kontrollieren, präsentieren eine schlechtere Funktionsfähigkeit (McCracken & Samuel, 2007) bezüglich des Aktivitätsniveaus, bezüglich der physischen Beeinträchtigung und der Angst (McCracken & Samuel, 2007). Ebenso zu beachten ist, dass auch das Pacing, so McCracken und Samuel (2007), mit dem Vermeidungsverhalten korreliert. Pacing beinhaltet strukturierte Aktivitäten, wo die Pausen in die Durchführung integriert oder wo Aktivitäten gezielt langsam durchgeführt werden, mit dem Ziel, die Schmerzintensität gering zu halten (McCracken & Samuel, 2007). McCracken und Samuel (2007) unterscheiden zwei Funktionen von Pacing mit der Begründung, dass die erste Funktion, Pacing als Schmerzreduktion, durchaus einem Vermeidungsverhalten ähnelt. Die zweite Funktion, Pacing als Mittel zur Verminderung des Einfluss von Schmerz auf die Aktivität, verspricht nach Williams und Wheatley eine bessere Durchführung von Aktivitäten (2006; zit. nach McCracken & Samuel, 2007, S.124).

2.7.2 Faktoren, welche die Funktionsfähigkeit verbessern

Die Akzeptanz von Schmerzen scheint mit einer besseren Funktionsfähigkeit im Alltag einherzugehen (McCracken & Samuel 2007; McCracken, 2007). Deshalb ist es wichtig,

alltägliches Verhalten, welches Akzeptanz von Schmerzen repräsentiert, zu identifizieren (McCracken & Samuel, 2007). Eine höhere Schmerzakzeptanz steht mit weniger Schmerzintensität, weniger Schmerz basierter Angst und Vermeidung, mit geringerer Depression, geringeren physischen und psychosozialen Beeinträchtigungen und mit einer längeren up-time in Verbindung (McCracken, 1998). Die Akzeptanz von Schmerzen gleicht teilweise den Effekt vom Katastrophieren auf die Merkmale Depression, Schmerz basierte Angst und Beeinträchtigung aus (Vowles et al., 2008). Die Bereitschaft, Schmerzen zu empfinden, wird von McCracken und Samuel (2007) als Abwesenheit von Vermeidungs- oder Kontrollverhalten gesehen.

Ein hohes Aktivitätsniveau bei gleichzeitig geringem Vermeidungsverhalten zeigt die beste Funktionsfähigkeit auf (McCracken & Samuel, 2007). Auch „activity persistence“ (Aktivitätsausdauer) steigert die Funktionsfähigkeit, da sie signifikant positiv mit up-time und negativ mit physischen und psychosozialen Beeinträchtigungen, Depression und Vermeidung korreliert (McCracken & Samuel, 2007). Zusammenfassend sagen McCracken und Samuel (2007), dass Betroffene, die auf Schmerzen mit dem Weiterführen von Aktivität unter Zulassung dieser Schmerzen reagieren, eine bessere physische, psychosoziale und emotionale Funktionsfähigkeit aufweisen.

Ein weiterer Aspekt, der die Funktionsfähigkeit von Menschen mit chronischen Schmerzen unterstützt, ist das auf den eigenen Werten basierende Handeln (McCracken & Vowles, 2008). Damit ist das Handeln nach individuellen Zielen und Wünschen gemeint (Hayes et al., 2003).

Verhaltensmuster, welche Schmerzakzeptanz und das Handeln nach den eigenen Wertvorstellungen integrieren, stehen positiv mit der emotionalen, physischen und sozialen Funktionsfähigkeit in Beziehung (McCracken & Vowles, 2008). Das Handeln nach der eigenen Wertvorstellung ist signifikant negativ mit der Beeinträchtigung, der Depression und der Schmerz basierten Angst verbunden (McCracken & Yang, 2006). Ferner zeigen McCracken und Yang (2006), dass eine verbesserte Funktionsfähigkeit der Betroffenen mit einem grösseren Erfolg im Handeln nach den eigenen Wertvorstellungen in Beziehung steht. Stimmen ausserdem die Bereiche, in denen auf eigenen Werten basierendes Handeln bedeutsam ist, mit den Bereichen überein, in denen die-

ses Handeln erfolgreich ist, verbessert diese Kongruenz zusätzlich die Funktionsfähigkeit der Leittragenden (McCracken & Yang, 2006).

Der wichtigste Bereich ist die Familie, gefolgt von den folgenden bedeutsamen Bereichen Gesundheit, Freunde, Arbeit und Entwicklung und Lernen (McCracken & Yang, 2006). Gleichzeitig, so die Autoren, wird der Bereich Familie als jener mit dem erfolgreichsten Handeln nach der eigenen Wertvorstellung genannt. Der Bereich Freunde wird signifikant erfolgreicher eingeschätzt als der Bereich Gesundheit (McCracken & Yang, 2006), welcher an vorletzter Stelle der gesamten Rangliste steht. Zusammenfassend formulieren McCracken und Yang (2006), dass der Bereich Familie für Betroffene am bedeutsamsten und am erfolgreichsten in Bezug auf das Handeln nach eigenen Wertvorstellungen ist. Im Bereich Gesundheit ist den Klienten sehr wichtig, nach den eigenen Werten handeln zu können, allerdings wird dieses Wissen in der Praxis wenig umgesetzt (McCracken & Yang, 2006).

2.7.3 Weitere Faktoren, welche die Funktionsfähigkeit beeinflussen

McCracken und Samuel (2007) teilen das Aktivitätsverhalten von Menschen mit chronischen Schmerzen in vier Kategorien. Sie unterscheiden dabei die „avoiders“ (Vermeider), die „medium cycler“ (mässige Fahrer), die „extreme cycler“ (extreme Fahrer) und die „doers“ (Macher) (McCracken & Samuel, 2007).

Beschreibung der vier Kategorien

McCracken und Samuel (2007) beschreiben die vier Kategorien folgendermassen: die Gruppe der avoiders ist durch ein ziemlich hohes Vermeidungs- und Pacing-Verhalten und durch ein geringes Konfrontationsverhalten charakterisiert. Die medium und extreme cycler zeigen indessen beide ein hohes Konfrontationsverhalten auf. Hingegen ist dieses bei den extreme cycler oft mit einem ausgeprägten Pacing- und Vermeidungsverhalten gekoppelt. Im Vergleich dazu sind bei den medium cycler neben dem niedrigen Konfrontationsverhalten auch das Pacing- und das Vermeidungsverhalten moderat. Die doers zeichnen sich durch einen hohen Level an Aktivität aus. Trotz der Konfrontation mit Schmerzen bleibt bei den doers das Pacing- und Vermeidungsverhalten auf einer geringen Stufe.

Das Vermeidungsverhalten, so McCracken und Samuel (2007), wird durch ein Unterlassen von Aktivitäten gekennzeichnet, die dem Betroffenen Schmerzen bereiten und durch eine allgemeine Inaktivität aufgrund der Schmerzen. Das Konfrontationsverhalten hingegen beinhaltet einen hohen Durchhaltewillen. Eine Aktivität wird trotz Schmerzen ausgeführt und dies stets im Bewusstsein, dass sich diese als Folge verstärken können (McCracken & Samuel, 2007).

In einer eingehenderen Untersuchung der Gruppen fanden McCracken und Samuel (2007) heraus, dass der Gruppe der avoiders ein hoher Anteil Männer und der Gruppe der medium cycler ein vergleichsweise kleiner Anteil Männer angehören.

Des Weiteren zeigt die Untersuchung, dass sich Klienten, die sich über Schmerzen in der unteren Region des Rückens beklagen, am häufigsten in der Gruppe der avoiders wieder finden. Die Anzahl der Ausbildungsjahre ist in der Gruppe der medium cycler signifikant höher im Vergleich zur Gruppe der avoiders (McCracken & Samuel, 2007).

Die Gruppen unterscheiden sich signifikant in Bezug auf die Schmerzen, die up-time, die Schmerz basierte Angst, die physische Beeinträchtigung und die Akzeptanz von Schmerzen. Keine Unterschiede zeigen sich in den Bereichen der psychosozialen Beeinträchtigung und der Depression (McCracken & Samuel, 2007).

In allen Bereichen, ausser in der up-time, berichten die extreme cycler die grössten Probleme. Die medium cycler und die doers hingegen notieren am wenigsten Schwierigkeiten. Auffällig ist, dass bei den beiden letztgenannten Gruppen die Schmerzakzeptanz signifikant höher ist als bei den extreme cycler oder den avoiders. Medium cycler berichten über weniger Schmerzen als die extreme cycler, wobei in den anderen Gruppen diesbezüglich keine Unterschiede gefunden wurden. Die Gruppe der doers hat eine längere up-time im Vergleich zu den anderen Gruppen. Des Weiteren berichten die doers über weniger Schmerz basierte Angst und weniger physische Beeinträchtigungen im Vergleich zu den avoiders, den medium cycler und den extreme cycler.

McCracken und Samuel (2007) unterstreichen die Komplexität der verschiedenen Verhaltensmuster Vermeidung, Pacing und Konfrontation. Diese Merkmale der Be-

tätigungsperformanz, so McCracken und Samuel (2007), sind stark mit dem Individuum verbunden.

Vermeidungsverhalten

Im Allgemeinen besagen die Resultate von McCracken und Samuel (2007), dass Aktivitätsvermeidung mit einem niedrigeren Level von physischer Aktivität, mit einer grösseren physischer Beeinträchtigung und einer grösseren Angst korrespondieren. Ferner geben sie an, dass ein hohes Aktivitätsniveau bei gleichzeitig geringem Vermeidungsverhalten die beste Funktionsfähigkeit vorhersagt (McCracken & Samuel, 2007).

McCracken und Samuel (2007) meinen, dass das Vermeidungsverhalten eine Komponente der Schmerz basierten Angst sei. Die Akzeptanz von Schmerzen ist jedoch bedeutend negativ mit dieser Vermeidung verbunden. Auch untermauern sie die Annahme, dass die Akzeptanz von Schmerzen mit weniger Beeinträchtigung und einer allgemein besseren Funktionsfähigkeit von Menschen mit chronischen Schmerzen einherginge.

Die Resultate der Studie, so McCracken und Samuel (2007), sollen die Aufmerksamkeit auf Behandlungsmassnahmen lenken, welche darauf abzielten, Vermeidungsverhalten zu reduzieren.

Das Geschlecht

Das Geschlecht scheint ein signifikanter vorhersagender Faktor für psychosoziale Beeinträchtigung zu sein (McCracken, 1998). Frauen äussern häufig mehr Beeinträchtigungen als Männer (McCracken, 1998). Ferner berichten Frauen über eine tiefere Schmerzgrenze und Schmerztoleranz als Männer (Keogh, Bond, Hanmer & Tilston, 2005).

In einem Vergleich von Schmerzbewältigungs-Instruktionen nach dem Akzeptanz orientierten (ACT) und Kontrolle orientierten (CBT) Ansatz berichten Keogh et al. (2005), dass der sensorische Schmerz bei der Akzeptanz orientierter Bewältigungs-Instruktion als niedriger empfunden wurde als bei der Kontrolle orientierten (Keogh et al., 2005). Frauen dokumentieren mehr affektive Schmerzen, wenn sie nach dem Kontrolle orientierten Ansatz instruiert wurden im Vergleich zum Akzeptanz orientierten. Bei

Männern wurde kein Unterschied bezüglich der beiden Instruktionsarten festgestellt (Keogh et al., 2005).

Mit diesen Ergebnissen unterstreichen Keogh et al. (2005), wie wichtig es ist, die unterschiedlichen Geschlechter in Bezug auf mögliche Schmerzmanagement-Interventionen zu berücksichtigen.

Generell sind die individuellen Bedürfnisse und Ansichten der Betroffenen zu beachten. Manche Klienten profitieren sicherlich von den gängigen Behandlungsmethoden, wo andere eher aus einem Akzeptanz orientierten Behandlungsansatz Gewinn ziehen (McCracken, 1998).

2.7.4 Methodik bei ACT-Studien

Öst (2008) vergleicht in einer Metaanalyse die Methodik von randomisierten-kontrollierten Studien (RCT) über die CBT mit RCT's anderer Therapien der dritten Welle. Dabei zeigt sich klar, dass die untersuchten Therapien der dritten Welle, dazu gehören die ACT, die DBT, die CBASP, die FAP und die IBCT, deutlich schwächer in der Methodik sind (Öst, 2008). Die durchschnittliche Wirksamkeit der CBT und der Therapieformen der dritten Welle ist moderat. Öst (2008) sagt des Weiteren, dass bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Therapiemethode der dritten Welle die Kriterien für eine empirisch gestützte Behandlung (empirically supported treatment, ESP) erfülle.

Die grössten Schwierigkeiten bei einer Durchführung von Studien über Therapien der dritten Welle präsentiert sich in den verwendeten Erfassungs- und Messinstrumenten (Keogh et al., 2005; McCracken & Yang, 2006; McCracken & Samuel, 2007; McCracken et al., 2007; McCracken, 2007; Vowles et al., 2008; McCracken & Vowles, 2008). Auch die Komplexität der zu messenden Variablen, wie zum Beispiel die Variable Handlungsmuster, belasten das methodische Vorgehen (McCracken & Samuel, 2007). Ferner ist die Population der Studien nicht selten zu spezifisch, als dass sie eine Generalisierung zulassen würde (McCracken, 2007; McCracken & Yang, 2006).

3 Ergotherapie bei der Behandlung von Klienten mit chronischen Schmerzen

Dieses Kapitel beschreibt die praktische Umsetzung der CBT und ACT in der Ergotherapie bei Klienten mit chronischen Schmerzen anhand des CPPF.

3.1 Ergotherapie im multidisziplinären Team

Bei der Behandlung von Klienten mit chronischen Schmerzen ist ein multidisziplinäres Schmerzmanagementprogramm wichtig. Verschiedene Studien nach Hazard, Fenwick, Kalisch, Redmond, Reeves, Reid und Frymoyer und nach Nicholas, Wilson und Goyen (1988, 1991; zit. nach McCracken & Gross, 1998, S.179) zeigen, dass multidisziplinäre Behandlungen bei chronischen Schmerzen nützlich sind. Sie helfen den Klienten, weniger Schmerz und weniger Stress zu erfahren und die tägliche Aktivität zu steigern. Nach der Metaanalytischen Review nach Flor, Fydrich und Turk (1992; zit. nach McCracken & Gross, 1998, S.179) weisen 68% der Klienten nach der multidisziplinären Behandlung eine Arbeitsrückkehr und eine Reduktion bei der Medikamentenkonsumention und bei der Nutzung des Gesundheitswesens auf.

Die Ergotherapie ist klar im interdisziplinären Schmerz-Team vertreten (Aegler & Heigl, 2008; Higman, 2007). Eine gute Absprache im interdisziplinären Team ist dabei nach Aegler und Heigl (2008) wegen Überschneidungspunkten mit anderen Disziplinen wesentlich. Damit soll geklärt werden, welche Fachperson welche Inhalte mit dem Klienten angeht, damit konkret auf das gemeinsame Rehabilitationsziel hingearbeitet werden kann. Ein regelmässiger Austausch zur Evaluation ist ebenfalls unentbehrlich.

3.2 Das CMOP-E

Das von Townsend und Polatajko (2007) beschriebene CMOP-E (Abbildung 2) ist eine weiter entwickelte Form des bereits bekannten „Canadian Model of Occupational Performance“ (CMOP). Die Kanadische Vereinigung der Ergotherapeuten (Canadian Association of Occupational Therapists, CAOT) stellte das CMOP erstmals 1997 der Öffentlichkeit vor.

Das CMOP, so Townsend und Polatajko (2007), legt besonderen Wert auf die Betätigungsperformanz, weil diese als wichtiges Konstrukt der menschlichen Betätigung

angesehen wird. Im Modell ist diese weniger ein einzelnes, separates Konstrukt, mehr zeigt das CMOP alle Interaktionen auf, welche letztendlich in der Betätigungsperformanz resultieren (Townsend & Polatajko, 2007).

Zu den Konstrukten, die Teil dieser Interaktion sind, gehört die Person mit affektiven, kognitiven und physischen Komponenten (Townsend & Polatajko, 2007). Ferner ist die Umwelt mit den kulturellen, institutionellen, physischen und sozialen Subkomponenten Bestandteil dieser Interaktion. Als Brücke zwischen den Konstrukten Person und Umwelt dient die Betätigung, so Townsend und Polatajko (2007). Die Autoren nennen drei unterschiedliche Gründe für Betätigung. Diese sind Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Kurz gefasst, agiert die Person in der Umwelt durch Betätigung (Townsend & Polatajko, 2007).

Diesem Grundkonzept von Betätigungsperformanz führten Townsend und Polatajko (2007) ein weiteres Konstrukt hinzu, das „Engagement“. Die Houghton Mifflin Company definiert den Begriff „engage“ als alles, was der Mensch unternimmt „[to] involve oneself or become occupied; participate“ (2004; zit. nach Townsend & Polatajko, 2007).

Ergotherapie interessiert sich für die menschliche Betätigung, deren individuelle Wichtigkeit für den Klienten und für die Zufriedenheit, welche Betätigungsperformanz einem Individuum bringen kann (Townsend & Polatajko, 2007). Zudem interessiert sich die Ergotherapie auch für die, von der Interaktion zwischen der Person, der Betätigung und der Umwelt zur Verfügung gestellten Möglichkeiten für Betätigungsengagement (Townsend & Polatajko, 2007).

Mit dieser Erweiterung wurde aus dem CMOP das CMOP-E mit folgender neuen Berufsdefinition (Townsend & Polatajko, 2007):

„Occupational therapy is the art and science of enabling engagement in everyday living, through occupation; of enabling people to perform the occupations that foster health and well-being; and of enabling a just and inclusive society so that all people may participate to their potential in the daily occupations of life.“

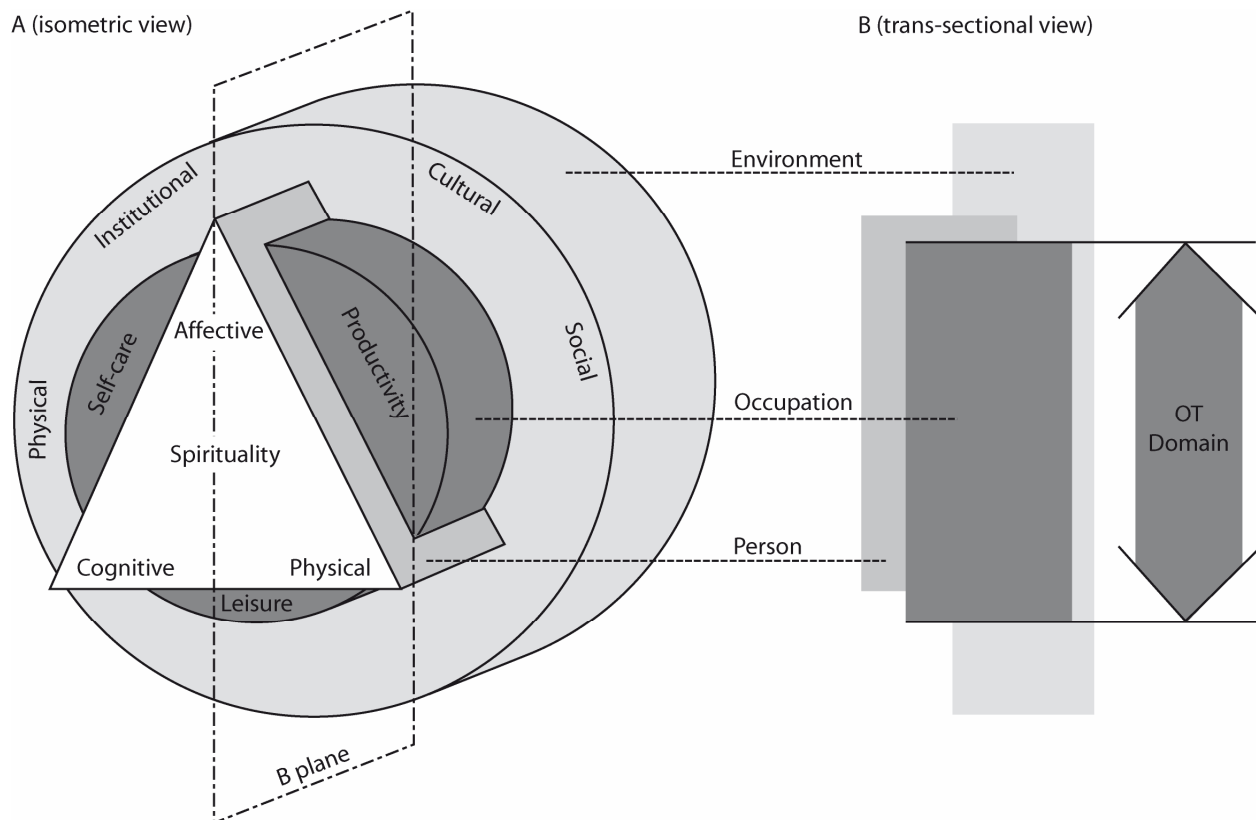


Abbildung 2. CMOP-E: A (isometrische Ansicht), B (Längsschnitt) gemäss Townsend und Polatajko (2007).

3.3 Das CPPF

Das CPPF (Abbildung 3) stammt wie das CMOP-E aus der Feder vom CAOT. Das CPPF legt den ergotherapeutischen Prozess der Evaluation – Intervention - Outcome in acht konkreten Schritten (action points) mit ihren möglichen Alternativen dar (Townsend & Polatajko, 2007). Der Prozess startet mit „Enter/Initiate“, gefolgt von „Set the stage“, „Assess evaluate“ und „Agree on objectives, plan“. Der fünfte Schritt ist „Implement plan“, der sechste „Monitor/modify“, der siebte „Evaluate outcome“ und der achte „Conclude/Exit“ (Townsend & Polatajko, 2007). Alternativen im Ablauf dieses Prozesses bieten sich bei den Schritten drei und vier, mit der Möglichkeit, direkt zu Schritt acht Conclude/Exit zu gelangen. Die zweite Alternative, so Townsend und Polatajko (2007), bietet sich beim siebten Schritt, wo der Therapeut allenfalls wieder bei Schritt drei ansetzt.

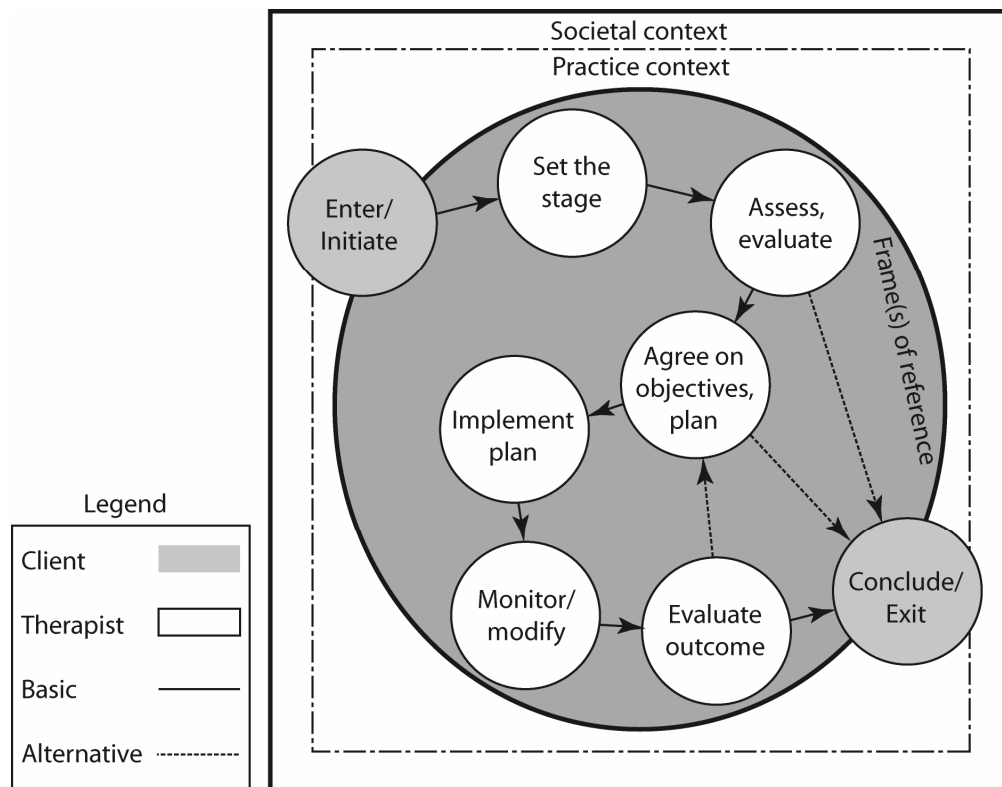


Abbildung 3. Das CPPF gemäss Townsend und Polatajko (2007).

Im Folgenden werden die acht Schritte des CPPF kurz erläutert.

1. Enter/Initiate

Bei diesem Schritt geht es darum, einen positiven Erstkontakt zwischen dem Ergotherapeuten und dem Klienten zu schaffen, um herauszufinden, ob der praktische Prozess weiter verfolgt wird und um das Einverständnis zur Zusammenarbeit zu gewinnen. Zudem wird mit dem Klient ein Gespräch, über sein Leben in Bezug auf Betätigungen, über seine Bedürfnisse und Hoffnungen geführt. Es geht um die primäre Auseinandersetzung mit möglichen Betätigungsherausforderungen und ergotherapeutischen Problemstellungen (Townsend & Polatajko, 2007).

2. Set the stage

Dieser zweite Schritt beinhaltet Grundlagen bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut, den Rollen und der Verantwortung des Einzelnen. Hier wird der Klient gebeten, seine Werte, Überzeugungen, Annahmen, Erwartungen und Wünsche

zu erläutern. Eine gemeinsame Basis wird gelegt. Erwartungen werden schriftlich festgehalten. Die prioritären Betätigungsprobleme und möglichen Ziele werden gemeinsam identifiziert (Townsend & Polatajko, 2007).

3. Assess/evaluate

Beim dritten Schritt wird eine gründliche Erfassung des Klienten, seiner persönlichen, umweltbedingten und betätigungsbezogenen Faktoren, welche seiner Betätigungsperformanz zu Grunde liegen, gemeinsam vorgenommen (Townsend & Polatajko., 2007).

4. Agree on objectives and plan

Der Ergotherapeut und der Klient planen gemeinsam das weitere Vorgehen. Aufgrund der Assessmentergebnisse werden elementare Betätigungsprobleme identifiziert. Im vierten Schritt werden die Betätigungsziele und der Plan unter der Berücksichtigung der Rahmenbedingungen (zeitliche, räumliche, Umwelt bezogene, materielle) zusammen ausgehandelt (Townsend & Polatajko, 2007).

5. Implement plan

Auf die Planung folgt die Umsetzung. Damit sind die eigentlichen ergotherapeutischen Interventionen in Zusammenarbeit mit dem Klienten gemeint (Townsend & Polatajko, 2007).

6. Monitor and modify

Erfolg soll durch das Beraten, das Zusammenarbeiten, das Lehren und durch das Verpflichten des Klienten erzielt werden. Durch das Evaluieren soll der Plan angepasst werden, falls dies nötig wird. Die daraus resultierenden Veränderungen können zu einer erneuten Erfassung und Planung führen (Townsend & Polatajko, 2007).

7. Evaluate outcome

Hier werden die Betätigungsherausforderungen erneut evaluiert und mit den Ergebnissen aus den anfänglichen Assessments verglichen. Diese Resultate werden dokumentiert und dienen schliesslich auch als Empfehlungen für das weitere Vorgehen (Townsend & Polatajko, 2007).

8. Conclude/exit

Dies steht an letzter Stelle des CPPF. Da wird der Therapieabschluss und somit die Beendigung der Interaktion zwischen dem Klienten und dem Therapeuten besprochen. Der Abschluss-, beziehungsweise der Übergabebericht wird verfasst (Townsend & Polatajko, 2007).

Diese acht Prozessschritte finden im praktischen und sozialen Kontext statt (Townsend & Polatajko, 2007). Ein zentraler Punkt des praktischen Kontextes ist, so die Autoren, die Bezugsrahmen. Diese durchdringen mit ihren theoretischen Inhalten alle Schritte des CPPF. Der praktische Kontext an sich bezieht sich auf die Klient-Therapeut-Beziehung unter dem Einfluss der persönlichen und umweltbedingten Faktoren beider Individuen (Townsend & Polatajko, 2007).

Die acht Schritte sind in die jeweiligen Bezugsrahmen eingebettet, welche wiederum Teil des praktischen Kontextes sind. Der praktische Kontext hingegen liegt im umfänglicheren sozialen Kontext mit seinen kulturellen, institutionellen, physischen und sozial-umweltbedingten Elementen und wird durch diese beeinflusst (Townsend & Polatajko, 2007).

Das CPPF ist, so Townsend und Polatajko (2007), als Werkzeug für Ergotherapeuten in der direkten Arbeit mit dem Klienten zu verstehen. Townsend und Polatajko (2007) definieren das erwünschte Resultat des CPPF als „[...] the client's goal attainment or successful enhancement of occupational performance and engagement.“

3.4 Die Ergotherapie bei chronischen Schmerzen mit CBT-Inhalten

Mögliche Inhalte der Ergotherapie bei der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen werden anhand der acht Prozessschritte des oben beschriebenen CPPF nach Townsend und Polatajko (2007) aufgezeigt.

1. Enter/Initiate

In der Studie von Aegler und Satink (2008) werden die drei Probleme „Ausführen ist ein laufender Anreiz“, „Sich an Pausen zu gewöhnen ist nicht leicht“ und „die Herausforderung, die Tätigkeit zu beenden“ bei der Betätigungsperformanz mit Schmerzen genannt. Betätigungen, welche die Klienten gerne ausführen, machen sie nur, wenn der

Schmerzlevel tief ist (Aegler & Satink, 2008). Nach Birkholtz, Aylwin und Harman (2004a) können Über- und Unteraktivität zu psychosozialen Problemen bei Menschen mit chronischen Schmerzen führen.

Nach Huwiler und Klipstein (1996) sind psychosoziale Faktoren im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz bei der Chronifizierung entscheidend. Monotone Arbeit, hohe Belastungen und Zeitdruck und Arbeitsplatzunsicherheit nennen die beiden Autoren als solche Einflüsse. Ebenfalls gehören das Fehlen von sozialer Unterstützung durch Arbeitskollegen und schlechte Arbeitszufriedenheit dazu. Andere wichtige Faktoren sind die Furcht vor Schmerzen und eine belastende familiäre Situation. Ein vorhandener Arbeitsplatz und Verständnis des Arbeitgebers sind jedoch Ressourcen. Nach Klipstein, Huwiler und Widmer (2001) verringert sich die Prognose für eine Wiedereingliederung in die Arbeit mit der Dauer der Arbeitsabsenz drastisch.

2. Set the stage

Ergotherapie sei effektiv, wenn der Klient und der Ergotherapeut die gleiche Vision hätten, meint die Ethnologin und Ergotherapeutin und selbst an chronischen Schmerzen leidende Neville-Jan (2003) in ihrer Autoethnographie. Zusammenarbeit, Empathie, Respekt, Zuhören und Reflektieren sind wichtig, um die Geschichten der Klienten in der Welt der Beschäftigung und des Schmerzes zu verstehen, sagt Neville-Jan (2003). Weiter meint die Autorin, dass Verhaltensstrategien nicht mit einer authentischen und respektvollen Beziehung konsistent sind, weil sie die Absicht haben, das Sprechen über den Schmerz zu limitieren. Eine empathische Beziehung mit dem Therapeuten ist aber wesentlich, um die Hoffnung aufrecht zu erhalten und die Verzweiflung wegen des chronischen Schmerzes zu vermeiden.

Nach Huwiler und Klipstein (1996) fordert das zielorientierte Arbeiten, das Leiten durch Funktion statt durch Schmerz bei Betroffenen ein Umdenken. Dieser Ansatz ist eine riesige Herausforderung für die Therapeuten bezüglich Klientenführung, ihrer Fähigkeit zur Kommunikation und einer echten, einfühlsamen und wertschätzenden Einstellung den Klienten gegenüber. Dies entscheidet neben der geeigneten Klientenselektion und der Setzung von realistischen Zielen über Erfolg und Misserfolg der Behandlung.

3. Assess evaluate

Inhalte der Ergotherapie bei chronischen Schmerzen sind nach Higman (2007) eine ausführliche Erfassung der Gesamtsituation zum Beispiel mit den „Assessments Canadian Occupational Performance Measure“ (COPM) des CMOP, der Rollen-Checkliste, der Interessen-Checkliste und des „Occupational Self Assessments“ (OSA) des „Model of Human Occupation“ (MOHO) und weiteren interdisziplinären Messinstrumenten zur Schmerzerfassung. Häufig verwendete CBT-Assessments sind in der Tabelle 1 ersichtlich.

Nach Aegler und Heigl (2008) soll bei Menschen mit chronischen Schmerzen eine Handlungsbalance zwischen Energie spendenden, lustvollen Aktivitäten und Energie zehrenden Aktivitäten erreicht werden. Die Tätigkeiten werden anhand eines Wochenplans oder anhand des „Occupational Questionnaire“ (OQ) des MOHO erfasst. Gemeinsam mit dem Klienten werden die Ergebnisse analysiert und interpretiert. Wenn keine lustvollen Aktivitäten vorhanden sind, empfehlen die beiden Autoren, ebenso wie Higman (2007), die Interessen-Checkliste.

Aktivitäten, die erledigt werden müssen, werden bezüglich Effizienz, Wirksamkeit und Zufriedenheit analysiert. Dazu kann das Konzept „Occupational Adaptation for Practice“ genutzt werden (Aegler & Heigl, 2008).

Um Aktivitäten, die verändert werden möchten, zu erfassen, dient nach Aegler und Heigl (2008) das „Assessment of Motor and Process Skills“ (AMPS) und eine gut strukturierte Beobachtung zum Beispiel nach dem Bieler Modell.

Staal, Hlobil, van Tulder, Waddell, Burton, Koes und van Mechelen (2003) haben Guidelines aus diversen Ländern miteinander verglichen. Folgende Assessmentempfehlungen haben sich daraus ergeben. Zur Ermittlung der Pathologie können die „red flags“, Röntgenaufnahmen, die Krankengeschichte oder neurologische Screening eingesetzt werden. Potentielle psychosoziale Probleme werden anhand der „yellow flags“ ermittelt. Diese können beim Identifizieren einer möglichen Chronifizierung aber auch für das Herausfinden möglicher Barrieren bei der Arbeitswiedereingliederung hilfreich sein.

Huwiler und Klipstein (1996) erwähnen die „Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit“ (EFL) zur Messung der Belastbarkeit. Ferner führen sie den berufsbezogenen Selbstbeurteilungsfragebogen „PACT-Spinal Function Sort“ zur Erfassung des subjektiven Funktionszustands und zur Messung der Arbeitsplatzanforderungen auf. Bei der arbeitsbezogenen Belastungserprobung kann neben dem EFL der Progressive Inertial Lifting Test (PILE) als Hebetest verwendet werden (Klipstein et al., 2001). Es braucht nach ihnen auch eine systematische Befragung nach Arbeitsverrichtungen und -belastungen. Bei einem vorhandenen Arbeitsplatz kann die Arbeitsplatzabklärung APA eingesetzt werden. Die erfasst neben der Abklärung und Anpassung des Arbeitsplatzes auch psychosoziale und organisatorische Probleme (Klipstein et al., 2001).

Köhler (2008) beschreibt verschiedene arbeitsdiagnostische Instrumente und Verfahren, die in der Ergotherapie bei der Arbeitsrehabilitation verwendet werden können. Je nach Klient und seiner Arbeitssituation können diese bei der Wiedereingliederung in die Arbeit von Menschen mit chronischen Schmerzen eingesetzt werden. Beispiele dafür sind das „Worker Role Interview“ (WRI) und die „Work Environmental Impact Scale“ (WEIS) des MOHO. Die Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA) sind weitere Vorschläge, um die Arbeitsfertigkeiten mittels Fähigkeits- und Anforderungsanalysen zu ermitteln.

4. Agree on objectives, plan

Nun werden typische Ziele wie die Wiederherstellung des vom Klienten erwünschten Aktivitätsniveaus, die Erhöhung der Lebensqualität, die Funktionsverbesserung, die Schmerzreduktion, die Rollenaufnahme, das Schmerz- und Zeitmanagement gesetzt. Es werden zusammen mit dem Klienten kurz- und langfristige Ziele smart (specific, measurable, achievable, relevant, timed) formuliert (Higman, 2007).

Ziel ist es, dass Menschen mit chronischen Schmerzen speziell im Bereich des Rückens, so Staal et al. (2003), zu normaler Aktivität zurückkommen und die Arbeit so rasch wie möglich wieder aufnehmen. Ergonomische Interventionen haben das Wiedererlangen und Steigern der Arbeitsfähigkeit zum Ziel. Verminderung der funktionellen Defizite, Verbesserung der cardiopulmonalen Ausdauer, verbesserte ökonomische Arbeitstechniken, Schmerzmanagement, Stressmanagement, verbesserte arbeitsbezoge-

ne Leistungsfähigkeit, berufliche Wiedereingliederung und verbesserte Akzeptanz als Arbeitnehmer können solche Ziele sein (Huwiler & Klipstein, 1996).

5. Implement plan

Kommunikationstraining, Pacing, Reduktion von Hilfsmitteln und Kinesiophobie (Angst vor Bewegung), Körpermechanik, Ergonomie, Entspannungstraining, Stress- und Zeitmanagement aber auch die Wiederherstellung von sozialen Kontakten können Inhalte der Ergotherapie sein (Higman, 2007). Nach Birkholtz et al. (2004a) ist das „Activity pacing“ eine zentrale Komponente des chronischen Schmerzmanagements gerade für die Ergotherapeuten. Diese sprechen psychosoziale Probleme in den Bereichen Wiedereingliederung in die Arbeit, in der Freizeit und bei sozialen und Selbstversorgungsaktivitäten an. Es beinhaltet aber auch kognitive Komponenten. Dazu gehört die Planung von Fertigkeiten, um die Selbstwirksamkeit, die Kontrolle und die Freude an Aktivitäten zu erhöhen. Ferner gehören psychologische Aspekte dazu. Komponenten bezogen auf das Verhalten wie Pausen und der physische Zustand sind weitere Bestandteile. Pacing besteht aus verschiedenen Inhalten: Verlangsamung der Aktivität, Positionswechsel, Aktivität delegieren, stufenweise Erhöhung der Aktivität, Prioritäten setzen bei der Aktivität, die Dauer der Aktivität einschränken, die Aktivität unterbrechen und die Aktivität planen. (Birkholtz, Aylwin & Harman, 2004b).

Klienten mit chronischen Schmerzen sollen instruiert werden, bei körperlich strengen Aktivitäten, Pausen zu machen. Dabei sollen sie nicht einfach sitzen und warten, sondern diese mit einer Tätigkeit, wie zum Beispiel Zeitung lesen, füllen (Aegler & Satink, 2008).

Aegler und Satink (2008) sagen, dass Betätigungen, die einmalig ausgeführt werden und viel Aufmerksamkeit fordern im Gegensatz zu wiederholten und deshalb automatisierten Tätigkeiten vom Schmerz ablenken können.

Aktivitäten können mittels Konzept Occupational Adaptation for Practice angepasst werden (Aegler & Heigl, 2008). Damit können Reaktionen, Strategien und Verhalten adaptiert werden. Ebenfalls erwähnen die Autoren das Transtheoretische Modell von den Psychologen Prochaska und Di-Clemente, das sechs Stufen der Verhaltensänderung mit Interventionsmöglichkeiten zu jeder Stufe aufweist.

Nach Liedberg, Hesselstrand und Henriksson (2004) wird die „time-geographic diary“ Methode unter anderen bei Frauen mit Langzeitschmerzen eingesetzt, um Aktivitäten und deren Dauer im Alltagsleben zu erörtern. Diese Methode soll die Klienten motivieren, gewünschte Veränderungen in ihrem Alltagsaktivitätsmuster zu machen. Inhalte dieses Tagebuchs sind Zeit, Aktivitäten, Ort, mit wem, physische Schwierigkeiten und Stimmung. Der Vorteil dieser Methode ist, dass die aktivitätsbezogene Zeit im Fokus des Tagebuchs steht. Es soll als individuelles Werkzeug bei der Anpassung des täglichen Lebens genutzt werden.

Nach Kraaimaat et al. (1995) ist die Ergotherapie erfolgreich in Bezug auf die Wissenserweiterung über die Rheumatoide Arthritis. Das heisst, dass das Informieren über die Krankheit und den Schmerz wichtige Inhalte der Ergotherapie sind.

Bei der Wiedereingliederung in die Arbeit nennen Huwiler und Klipstein (1996) ein zweistufiges Vorgehen. Dies beinhaltet ein arbeitsbezogenes Belastbarkeitstraining inklusiv einfachem Ergonomietraining und eine arbeitsbezogene Rehabilitation mit Medizinischer Trainingstherapie (MTT), Arbeitsbezogenem Training und Ausdauertraining. Aber auch Wissensvermittlung, Stressmanagement und Sozialberatung gehören dazu. Weitere Aspekte der beruflichen Wiedereingliederung sind nach den beiden Autoren ergonomische Anpassungen am Arbeitsplatz, Arbeitsversuch/-aufnahme zu therapeutischen Zwecken und eine verbesserte Akzeptanz als Arbeitnehmer.

Die Schritte Monitor/modify, Evaluate outcome und Conclude/Exit werden, wie im Kapitel 3.2.1 beschrieben, angewandt.

3.5 Die ACT in der Ergotherapie bei chronischen Schmerzen

Im kommenden Kapitel werden mögliche ACT-Inhalte, die bei der Behandlung von chronischen Schmerzen in die Ergotherapie implementiert werden können, aufgezeigt und diskutiert. In einem weiteren Schritt werden anhand des CPPF die einzelnen Teilschritte des ergotherapeutischen Prozesses durchgearbeitet. Nur relevante therapeutische ACT-Merkmale werden integriert. Dadurch sollen theoretische Inhalte aus dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bezugssystem der dritten Welle in die Ergotherapie-Praxis übertragen und der Theorie-Praxis-Transfer verdeutlicht werden.

3.5.1 Ergotherapie-relevante ACT-Merkmale

Die sechs zentralen ACT-Komponenten sollen im Folgenden eingehender auf ihre Relevanz für eine Integration in die Ergotherapie untersucht werden.

Akzeptanz und Bereitwilligkeit

Das Konzept der Akzeptanz wird von Sonntag (2005) treffend mit der Bereitwilligkeit, alle Vermeidungsmanöver zu unterlassen, beschrieben. Klienten mit chronischen Schmerzen haben oft schon einiges ausprobiert, um mit ihren Schmerzen besser zu recht zu kommen und sind nicht selten fortwährend auf der Suche nach neuen wirksamen Therapien (Neville-Jan, 2003). Akzeptanz zielt darauf ab, den Betroffenen aufzuzeigen, dass in diesem Bereich ihre Strategien nicht funktionieren (Sonntag, 2005). Aus der Sicht der ACT ist es dabei nicht der Klient, der „falsch“ denkt, so Sonntag (2005), sondern die paradoxe Wirkungsweise solcher Problemlösungsversuche, welche im Endeffekt den Einfluss der zu vermeidenden Gefühle und Erlebnisse verstärkt. Akzeptanz oder Bereitwilligkeit meint ein Handeln und Erleben, dass nicht von Gefühlen bewirkt wird (Sonntag, 2005).

Die Literatur (McCracken & Samuel, 2007; McCracken, 2007; McCracken et al., 2007; Vowles et al., 2008) hat sich eingehend mit den Auswirkung von chronischen Schmerzen auf die Handlungsfähigkeit von Leittragenden beschäftigt. Dabei haben diese Autoren eindeutig aufgezeigt, dass chronische Schmerzen ein negatives Verhalten hervorrufen und somit die Handlungs- und Funktionsfähigkeit der Betroffenen vermindern. Negatives Verhalten beinhaltet häufig erhöhte Schmerzaufmerksamkeit (McCracken, 2007), verstärktes Katastrophieren (Vowles et al., 2008), intensiveres Kontrollieren (McCracken et al., 2007) und Vermeidungsverhalten (McCracken & Samuel, 2007) und eine tiefere Schmerzakzeptanz (McCracken, 2007).

Ergotherapeuten versuchen, die mit dem Klienten zusammen erarbeiteten Ziele durch Betätigung zu erreichen (Townsend & Polatajko, 2007; Kielhofner, 2004). Dabei dient Betätigung als therapeutisches Mittel gleichzeitig aber häufig auch als Ziel (Townsend & Polatajko, 2007; Reed & Nelson-Sanderson, 1999). Reed und Nelson-Sanderson (1999) beschreiben in ihrem Buch „Concepts of Occupational Therapy“ acht verschiedene Annahmen über Betätigung als therapeutisches Mittel. Unter anderem erwähnen

sie, dass Betätigung das Erlernen und Wiedererlernen von Fertigkeiten ermöglicht, dass sie in unterschiedliche Anforderungsniveaus unterteilt werden kann und dass sensomotorische, kognitive und psychosoziale Fertigkeiten durch Betätigung gefördert werden können. Ferner ermöglicht eine erfolgreiche Durchführung von Betätigung die Entwicklung eines Kompetenzgefühls. Sie befriedigt individuelle und gesellschaftliche Bedürfnisse. Gezielte Betätigung erhöht den Grad der Eigenverantwortung, welche die ausführende Person übernimmt. Akzeptanz von chronischen Schmerzen, welche die Durchführung von Betätigungen positiv beeinflusst (McCracken & Vowles, 2008; McCracken et al., 2007; McCracken, 2007; McCracken & Samuel, 2007; McCracken, 1998), ist dabei ein wichtiger und zu beachtender Faktor.

Das Ausführen von bedeutungsvollen, wertvollen und einem Zweck dienenden Aktivitäten könnte das Erleben von unangenehmen Empfindungen erleichtern und Kontroll- und Vermeidungsverhalten vermindern. Durch das intrinsische Bedürfnis, sich zu betätigen und durch die Bedeutung und Individualität von Betätigung im Leben sind Betroffene möglicherweise bereit, Schmerzen während einer bedeutungsvollen und zweckvollen Aktivität zu ertragen. Weiter könnten die therapeutischen Werte von Betätigung helfen, andere ACT-Merkmale, wie Achtsam sein, wertvolles oder engagiertes Handeln, zu fördern.

Kognitive Defusion

Die zweite Behandlungskomponente der ACT ist die Kognitive Defusion oder das Auflösen von kognitiven Verknüpfungen (Sonntag, 2005). Dabei versucht der Therapeut, die hindernde Verbindung der Sprache mit Gedanken oder emotionalen und physischen Empfindungen, welche in einem Vermeidungsverhalten resultieren, aufzutrennen (Sonntag, 2005).

Kognitive Defusion ist ein komplexes Konstrukt und bedarf fundierter Kenntnisse über die Wirkungsweise von Sprache, Gedanken und Gefühlen. Ferner benötigt man zur Auflösung einer kognitiven Fusion hauptsächlich sprachliche Techniken (Sonntag, 2005). Aus diesen Gründen scheint eine Übertragung des Merkmals Kognitive Defusion in die Ergotherapie wenig sinnvoll. Sonntag (2005) unterstreicht in seinem Artikel, dass alle ACT-Komponenten in einer Wechselwirkung miteinander stehen, dass sie sich gegenseitig beeinflussen und unterstützen, sich teilweise sogar voraussetzen.

Achtsamkeit

Achtsam sein als dritte ACT-Komponente bezieht sich auf das wertfreie Verbalisieren von Beobachtungen des jetzigen Moments (Sonntag, 2005). Achtsam sein dient als Mittel gegen das psychopathologische Phänomen der Gegenwartsvergessenheit (Sonntag, 2005).

Reed und Nelson-Sanderson (1999) nennen neben den bereits erwähnten therapeutischen Annahmen von Betätigung noch eine weitere. Sie beschreiben, dass Betätigungsperformanz oder Betätigung dazu dienen, das eigene Bewusstsein (orientation) auf die Realität zu lenken. Dies geschieht dadurch, dass eine korrekte Durchführung von Betätigung Aufmerksamkeit im Hier und Jetzt verlangt (Reed & Nelson-Sanderson, 1999). Reid (2008) beschreibt in ihrem Artikel über die Beziehung zwischen „Occupational Presence“ „Occupational Engagement“ und „Well-being“, dass das Betätigungsengagement die Betätigungspräsenz beeinflussen kann und diese wiederum das individuelle Wohlbefinden. Reid (2008) erklärt weiter, dass Umwelteinflüsse wie Ort und Wahl der Aktivität auf die Intensität der Betätigungspräsenz einwirken.

Achtsam sein heisst, im Hier und Jetzt zu sein. Betätigungspräsenz meint, während einer Betätigung gänzlich im Hier und Jetzt zu sein. Die Parallelen beider Begriffe weisen darauf hin, dass Betätigung bewusst als therapeutisches Mittel genutzt werden kann, um Betätigungspräsenz zu ermöglichen, die Achtsamkeit zu fördern und die Gegenwartsvergessenheit zu senken.

Selbst-als-Kontext

Beim Selbst-als-Kontext arbeitet der Therapeut daran, den Klienten zu lehren, zwischen Aussagen über das Selbst und dem Selbst, das bewertet, zu unterscheiden (Sonntag, 2005). Dabei geht es nicht darum, ein negatives Selbstbild zu verändern, sondern darum, dass eigene Selbstaussagen weniger ernst genommen werden (Sonntag, 2005).

Sonntag (2005) beschreibt eine reziproke Beziehung zwischen den Merkmalen Achtsam sein und Selbst-als-Kontext, wobei letzteres durch ersteres gefördert wird. In diesem Sinne unterstützt Achtsam sein das Sicht-Selbst-Erleben. Das komplexe Konstrukt des Selbst-als-Kontext hingegen scheint als eigenständiges Merkmal weniger für

eine direkte Umsetzung in der Ergotherapie geeignet, da es sich um eine starke psychologische Komponente handelt.

Wertschätzen

Werte formulieren ist die vorletzte ACT-Komponente und bemüht sich um die Freiheit, sein Leben ungehemmt gestalten zu können (Sonntag, 2005). Dabei geben Werte dem eigenen Verhalten eine Richtung (Sonntag, 2005). So sind sie, nach Sonntag (2005), Verhaltensziele, die unsere Handlungen mit Sinn belegen, diese Handlung uns regelmäßig überprüfen lassen und sie auch steuern. Dabei geht es darum, dass der Klient negative Verhaltenweisen, wie zum Beispiel das Vermeidungsverhalten, die ihn in seiner Handlungsfähigkeit einschränken, reduziert und positives Verhalten aufbaut, das für ihn wertvoll ist (Sonntag, 2005).

Kielhofner (2004) sagt, dass Respekt vor dem individuellen Wert von Betätigung im Leben des Klienten und die Bedeutsamkeit des aktiven Miteinbezugs und der Selbstbefähigung des Klienten Kernelemente der Ergotherapie sind. Letztere Kompetenz wird auch vom „Canadian Model of Client-Centered Enablement“ (CMCE) als Kernkompetenz der Ergotherapeuten beschrieben (Townsend & Polatajko, 2007). Folglich kann das Unterstützen des Klienten, durch bedeutungsvolle Betätigung wieder am Leben teilnehmen zu können, als ein zentraler ergotherapeutischer Wert angesehen werden (Johnson, 1981; Yerxa, 1983; zit. nach Kielhofner, 2004, S.70). Diese partnerschaftliche Zusammenarbeit von Klient und Therapeut wird als Klientenzentriertheit bezeichnet, wo jede Partei eigene Kompetenzen im therapeutischen Prozess hat und diese auch einbringt (Townsend & Polatajko, 2007). Im CMCE werden Pfeiler dieser partnerschaftlichen Zusammenarbeit beschrieben, unter anderem das Berücksichtigen der individuellen Werte des Klienten, die bei der Auswahl von Betätigungszielen, -vorstellungen und -wünschen eine zentrale Rolle spielen (Townsend & Polatajko, 2007). Somit beinhaltet eine bedeutungsvolle Betätigung das Handeln nach den eigenen Wertvorstellungen. Die ergotherapeutische Unterstützung des Klienten, diese auf den eigenen Wertvorstellungen basierenden Betätigungen ausführen zu können, impliziert die Berücksichtigung und den respektvollen Umgang mit den Wertvorstellungen des Klienten. Ergotherapeuten sind sich während der Behandlung bewusst, dass jede Betätigung einen individuellen Wert besitzt. Somit können sie durch gezielte und bedeutungsvolle

Betätigung den Klienten in seinem Handeln nach den eigenen Wertvorstellungen und im Aufbau von positiven Verhaltensmustern unterstützen.

Engagiertes Handeln

Die letzte ACT-Komponente, das Engagierte Handeln, meint der lebenslange Prozess, anhand dessen wir ganzheitliche Muster aufbauen, die unser Handeln flexibel und effektiv machen und die uns unterstützen, für uns kostbare Ziele zu erreichen (Sonntag, 2005).

Sonntag (2005) spricht dabei von der Fähigkeit, auf Lebensbedingungen zu antworten (response-ability) und im Vertrauen auf sich selbst zu handeln. Grundlagen, um diesen Gedanken zu unterstützen, finden sich im von der CAOT beschriebenen Kernkonzept des Befähigens.

Der Prozess des Befähigens beinhaltet „[...] processes of facilitating, guiding, coaching, educating, prompting, listening, reflecting, encouraging, or otherwise collaborating with people so that individuals [...] have the means and opportunity to participate in shaping their own lives [...] (1997a; 2002; zit. nach Townsend & Polatajko, 2007, S. 90).

Ergotherapie soll also Klienten darin unterstützen, sich selbst zu befähigen, ihr Leben eigenständig gestalten zu können. Zusätzlich beschreiben Reed und Nelson-Sanderson (1999) den therapeutischen Wert von Betätigung unter anderem damit, dass eine ausgewählte Betätigung stets Verantwortung, also eine gewisse Antwortfähigkeit erfordert. Diese kann mit der Zeit in der Therapie gesteigert werden, indem bedeutungsvolle Aktivitäten mit einem höheren Anspruch an die individuelle Antwortfähigkeit ausgesucht werden (Reed & Nelson-Sanderson, 1999). Der Aufbau flexibler Handlungsmuster, um wertgeschätzte Ziele zu erreichen, kann folglich durch ergotherapeutische Massnahmen unterstützt werden.

3.5.2 Integration der Merkmale in das CPPF

Die Inhalte der einzelnen Prozessschritte des CPPF sind im Kapitel 3.2.1 erklärt worden. Die Analyse der ACT-Merkmale hat gezeigt, dass sich einige in den ergotherapeutischen Kernkompetenzen widerspiegeln und zum verinnerlichten Verhalten eines Ergo-

therapeuten gehören. Im Folgenden sollen die einzelnen Schritte des CPPF genauer angeschaut und es soll untersucht werden, in wie weit sich die relevanten ACT-Komponenten in den Schritten eins bis acht vorfinden.

1. Enter/Initiate

Enter/initiate dient als Grundlage für die Abklärung, ob Ergotherapie überhaupt indiziert ist (Townsend & Polatajko, 2007). Betätigungsherausforderungen werden gemeinsam identifiziert (Townsend & Polatajko, 2007), was erste Hinweise auf das Betätigungsverhalten und somit auch auf den Umgang mit Schmerz, auf dessen Akzeptanz und darauf, ob der Klient nach seinen Wertvorstellungen handeln kann, gibt.

2. Set the stage

Anhand eines gemeinsamen klärenden Gesprächs und Erfassungsinstrumenten werden Betätigungsprobleme und -ziele erhoben (Townsend & Polatajko, 2007). Dies liefert weitere Informationen über den Umgang mit Schmerz und der Handlungsfähigkeit des Klienten.

3. Assess/evaluate

Obwohl der Therapeut schon seit Beginn des Prozesses Informationen zu den relevanten ACT-Merkmalen gesammelt hat, kommen hier allenfalls detaillierte Angaben hervor. Durch die Analyse der Daten werden erste mögliche Ursachen für die Betätigungsschwierigkeiten erkannt (Townsend & Polatajko, 2007), und der Einfluss der wesentlichen ACT-Komponenten auf die Schwierigkeiten wird untersucht. Wie geht der Klient mit Schmerzen um? Welches Schmerzverhalten zeigt er? Akzeptiert er Schmerzen? Will er sie kontrollieren oder vermeiden? Sind es seine eigenen Wertvorstellungen, die sein Handeln führen? Ist er achtsam, wenn er eine Aktivität ausführt? Ist er bereit, an seinem Verhalten zu arbeiten?

4. Agree on objectives and plan

Betätigungsziele könnten unter Umständen direkt mit einigen der wichtigen ACT-Merkmale verknüpft sein. So zum Beispiel könnte der Wunsch des Klienten eine bessere Akzeptanz der Betätigungssituation oder auch ein vermehrtes Handeln nach den eigenen Wertvorstellungen sein.

5. Implement plan

Schmerzakzeptanz, Achtsamkeit, Handeln nach eigenen Wertvorstellungen und engagiertes Handeln können in diesem Schritt durch bedeutungsvolle Betätigungen gefördert werden. Wie sich die Betätigung mit den einzelnen ACT-Merkmalen verhält, ist bereits eingehend erklärt worden.

In den Schritten Monitor and modify, Evaluate outcome und Conclude/exit sind die ACT-Komponenten weniger als separate Bestandteile zu sehen, vielmehr widerspiegeln sie sich in der gesamten Betätigungsperformanz, beziehungsweise in der erfolgreichen Handlungsfähigkeit des Klienten.

4 Zusammenfassung der Resultate und Ausblick

Schmerzen sind ein bekanntes und verstärktes Problem in unserer Gesellschaft (Strong, Unruh, Wright & Baxter, 2002). Viele Betroffene suchen über Jahre nach einer geeigneten Therapieform mit wenig Erfolg (Neville-Jan, 2003).

McCracken, Carson, Eccleston und Keefe (2004a) berichten in einem Artikel über Schmerzakzeptanz, dass eine Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen oft darauf abzielt, Schmerzen zu reduzieren. Schmerzen zu kontrollieren, um sie zu reduzieren, ist dann sinnvoll, wenn dies über eine längere Zeit zu einer allgemeinen Verbesserung der Funktionsfähigkeit führt (McCracken et al., 2004a). Dieses Verhalten wird problematisch, wenn das Kontrollverhalten das Leben des Klienten dominiert und erfolglos ist, wenn es zu ungewollten Nebeneffekten oder Komplikationen führt und wenn es den Betroffenen immer weiter von Dingen, die ihm im Leben wichtig sind, entfernt (McCracken et al., 2004a).

McCracken und Gross (1998) erwähnen in ihrer Studie, dass eine multidisziplinäre Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen erfolgreich und gut dokumentiert ist. Zu solchen multidisziplinären Berufsgruppen gehört auch die Ergotherapie (Strong et al., 2002). Es wurde gezeigt, dass die Ergotherapie bei der Behandlung von Klienten mit chronischen Schmerzen mit dem Ziel der Steigerung der Betätigungspersonanz mit CBT-Inhalten arbeitet. Dies, weil sich kognitiv-verhaltenstherapeutische Massnahmen bei dieser Klientel als am wirksamsten erwiesen haben (Aegler & Heigl, 2008). So wie die CBT gehört die daraus entstandene ACT zu den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien. Im Unterschied zur CBT wird bei der ACT das Kontrollverhalten durch eine Haltung der Akzeptanz ersetzt. Daher könnten gewisse Inhalte der ACT als Ergänzung zu den bestehenden medizinisch-therapeutischen Methoden von der Ergotherapie genutzt werden. Zur klaren Differenzierung der CBT und ACT sind beide Methoden in dieser Arbeit detailliert beschrieben.

Keogh et al. (2005) beschreiben in ihrer Studie, dass Männer und Frauen Schmerzen unterschiedlich wahrnehmen. Sie weisen darauf hin, dass dies bei einer möglichen therapeutischen Intervention zu berücksichtigen ist. In diesem Sinne wäre

vorgängig zu klären, ob sich der Klient mit dem ACT-Ansatz identifizieren und sich auf eine solche Behandlung einlassen kann.

Da die ACT ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz ist, würde der Psychologe des Behandlungsteams die eigentlichen ACT-Massnahmen leiten. Die Ergotherapie könnte in ihrem therapeutischen Kontext den Klienten unterstützen, die gewünschten Verhaltensänderungen, die er in Zusammenarbeit mit dem Psychologen anstrebt, umzusetzen und zu festigen. Dabei würden aus bereits erläuterten Gründen bedeutungsvolle Betätigungen eine zentrale Rolle spielen.

Zuvor allerdings müssten die Ergotherapeuten sorgfältig in die theoretischen Grundlagen der ACT eingeführt werden. Das Ziel ist, dass sie die therapeutische Wirkungsweise der ACT kennen und verstehen. Möglicherweise wäre es hilfreich, ein Konzept zu erarbeiten, wo das ergotherapeutische Vorgehen bei Klienten mit chronischen Schmerzen beschrieben ist. Darin sollen die für die Ergotherapie relevanten ACT-Merkmale berücksichtigt sein.

Als Voraussetzung für eine praktische Umsetzung der ACT müssten deren Inhalte bei den Ergotherapeuten bekannter sein. Erste Schritte für die erfolgreiche Implementierung der ACT in die Ergotherapie zur Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen in der Schweiz könnten daher sein:

- Publizieren der ACT durch den ERGOTHERAPEUTINNEN-VERBAND SCHWEIZ (EVS) in deren Verbandszeitschrift, während Sektionsveranstaltungen und Kongressen.
- Weiterbildung der praktizierenden Ergotherapeuten durch den EVS und die Fachhochschulen.
- Aufnahme der ACT in die Lehre der Ergotherapieausbildung.

Nebst diesen Massnahmen kommt der Forschung im Bereich der ACT sicher eine zentrale Rolle zu, um deren Wirksamkeit in Bezug auf die Betätigungsperformanz einem breiten Publikum klar aufzuzeigen.

Literaturverzeichnis

Aegler, B. & Heigl, F. (2008). Die Rolle der Ergotherapie bei Menschen mit chronischen Schmerzen – ein Modell. *Ergotherapie, Fachzeitschrift des ErgotherapeutInnen-Verbandes Schweiz*, 10, 23-27.

Aegler, B. & Satink, T. (2008). Performing occupations under pain: the experience of persons with chronic pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-8.

Basler, H. D., Jäkke, C. & Kröner-Herwig, B. (1997). Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: a controlled randomized study in German pain treatment centers. *Patient Education and Counseling*, 31, 113-124.

Birkholtz, M., Aylwin, L. & Harman, R. M. (2004a). Activity Pacing in Chronic Pain Management: One Aim, but Which Method? Part One: Introduction and Literature Review. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(10), 447-452.

Birkholtz, M., Aylwin, L. & Harman, R. M. (2004b). Activity Pacing in Chronic Pain Management: One Aim, but Which Method? Part Two: National Activity Pacing Survey. *British Journal of Occupational Therapy*, 67(11), 481-487.

Burns, J. W., Glenn, B., Bruehl, S., Harden, R. N. & Lofland, K. (2003). Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: a replication and extension of a cross-lagged panel analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1163-1182.

Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioural and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-656.

Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy: AN EXPERIENTIAL APPROACH TO BEHAVIOR CHANGE*. The Guildford Press: New York.

Higman, P. (2007). Ergotherapie bei chronischen Schmerzen. Praxis Ergotherapie. Fachzeitschrift für Betätigungs- und Arbeitstherapie, 20(6), 327-332.

Huwiler, H. & Kipstein, A. (1996). „Anpassung des Menschen an die Arbeit- oder umgekehrt...?“ Ergonomie in der Rehabilitation. Ergotherapie, 9, Seitenangaben fehlen

Keefe, F. J., Jacobs, M. & Edwards, C. (1997). Persistent Pain: Cognitive-Behavioral Approaches to Assessment and Treatment. Seminars in Anesthesia, 16(2), 117-126.

Keogh, E., Bond, F. W., Hanmer, R., Tilston, J. (2005). Comparing acceptance- and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. European Journal of Pain, 9, 591-598.

Kielhofner, G. (2004). Conceptual Foundations of Occupational Therapy (3rd ed). (S. 64-70). USA: F. A. Davis.

Klipstein, A., Huwiler, H. J. & Widmer, M. (2001). Die Behandlung unspezifischer muskuloskelettaler Beschwerden – die Rolle der Ergonomie. Therapeutische Umschau, 58(8), 515-520.

Köhler, K. (2008). Arbeitsdiagnostische Instrumente und Verfahren. In Köhler, K. & Steier-Mecklenburg, F. (Hrsg.), Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation - Arbeitsfelder der Ergotherapie (S.63-75). Stuttgart, New York: Thieme.

Kraaimaat, F. W., Brons, M. R., Geenen, R. & Bijlsma, J. W. J. (1995). The Effect of Cognitive Behavior Therapy in Patients with Rheumatoid Arthritis. Behaviour Research Therapy, 33(5), 487-495.

Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). Critical Review Form – Quantitative Studies. Canada: McMaster University.

Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0.). Canada: McMaster University.

Liedberg, G. M., Hesselstrand, M. E. & Henriksson, C. M. (2004). Time Use and Activity Patterns in Women with Long-term Pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 11, 26-35.

Linton, S. J. & Hellsing, A. L. (1998). Coordinating Occupational Rehabilitation: The Role of Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(1), 1-3.

McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.

McCracken, L. M. (2007). A contextual analysis of attention to chronic pain: what the patient does with their pain might be more important than their awareness or vigilance alone. *Journal of Pain*, 8(3), 230-236.

McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C. & Keefe, F. J. (2004a). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109, 4-7.

McCracken, L. M. & Gross, R. S. (1998). The Role of Pain-Related Anxiety Reduction in the Outcome of Multidisciplinary Treatment for Chronic Low Back Pain: Preliminary Results. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(3), 179-189.

McCracken, L. M. & Samuel, V. (2007). The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain. *Pain*, 130, 119-125.

McCracken, L. M. & Vowles, K. (2008). A prospective analysis of acceptance of pain and values-based action in patients with chronic pain. *Health Psychology*, 27(2), 215-220.

McCracken, L. M., Vowles, K. & Eccleston, C. (2004b). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.

McCracken, L. M., Vowles, K. & Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A Prospective Investigation of Acceptance and Control-Oriented Coping with Chronic Pain. *Journal of Behavior Medicine*, 30, 339-349.

McCracken, L. M. & Yang, S. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain*, 123, 137-145.

Morley, S., Eccleston, C. & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.

Morley, S., Williams, A. & Hussain, S. (2008). Estimating the clinical effectiveness of cognitive behavioural therapy in the clinic: Evaluation of a CBT informed pain management programme. *Pain*, 137, 670-680.

Neville-Jan, A. (2003). Encounters in a World of Pain: An Autoethnography. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 88-98.

Newton-John, T. R. O., Spence, S. H. & Schotte, D. (1995). Cognitive-Behavioural Therapy versus EMG Biofeedback in the treatment of chronic low back pain. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 691-697.

Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.

Reed, K. L. & Nelson-Sanderson, S. (1999). *Concepts of Occupational Therapy* (S. 30-50). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkons.

Reichel, K. (2005). Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären - das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie (S. 71-85). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

Reid, D. (2008). Exploring the Relationship between Occupational Presence, Occupational Engagement, and People's Well-being. *Journal of Occupational Science*, 15(1), 43-47.

Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G. & McCracken L. M. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social Science & Medicine*, 56, 375-386.

Sonntag, R. (2005). Akzeptanz- und Commitment-Therapie: Ein Beitrag zur dritten Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie*, 10(2), 157-181.

Staal, J. B., Hlobil, H., van Tulder, M. W., Waddell, G., Burton, A. K., Koes, B. W. & van Mechelen, W. (2003). Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. *Occupational Environ. Med.*, 60, 618-626.

Strong, J., Unruh, A. M., Wright, A. & Baxter, G. D. (2002). *Pain. A textbook for therapists.* (1st ed.). (S. 3-11). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Thews, G., Mutschler, E. & Vaupel, P. (1999). *Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie des Menschen*, (5. Aufl.). (S. 640-641). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

Townsend, E. & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice Through Occupation.* Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists Publications ACE.

Vowles, K., McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2008). Patient Functioning and Catastrophizing in Chronic Pain: The Mediating Effects of Acceptance. *Health Psychology*, 27(2), 136-143.

White, D. C., Beecham, R. & Kirkwood, K. (2008). The Vocational Continuum: How to Make Sense of Vocational Outcomes After Group Cognitive Behavioural Therapy for Chronic Pain Sufferers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 307-317.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Methodisches Vorgehen für Evaluation der Literatur zu Kapitel 2.....	6
Abbildung 2. CMOP-E: A (isometrische Ansicht), B (Längsschnitt) gemäss Townsend und Polatajko (2007).	30
Abbildung 3. Das CPPF gemäss Townsend und Polatajko (2007).....	31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. CBT-Assessments.....	15
Tabelle 2. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 1.....	192
Tabelle 3. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 2.....	193
Tabelle 4. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 4.....	194
Tabelle 5. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 5.....	195
Tabelle 6. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 7.....	196
Tabelle 7. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 9.....	197
Tabelle 8. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 10.....	198
Tabelle 9. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 11.....	199
Tabelle 10. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 12.....	200
Tabelle 11. Übersichtsmatrix der Systematic Review und Metaanalyse 18.	201
Tabelle 12. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 19.....	202
Tabelle 13. Übersichtsmatrix des Artikels 29.	203
Tabelle 14. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 31.....	204
Tabelle 15. Übersichtsmatrix des Artikels 32.	205
Tabelle 16. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 34.....	206
Tabelle 17. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 40.....	208
Tabelle 18. Übersichtsmatrix des Artikels 41.	210
Tabelle 19. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Systematic Review und Metaanalyse 42.	211
Tabelle 20. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der RCT 43.....	212
Tabelle 21. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 44.....	213
Tabelle 22. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 45.....	214
Tabelle 23. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 46.....	215

Eigenständigkeitserklärung

„Wir erklären hiermit, dass wir die Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benützung der angegebenen Quellen verfasst haben.“

Ort, Datum: _____ Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____ Unterschrift: _____

Esther Rothenberger

Monica Bruderer

Anhang

Anhang A

Studien-Reihenfolge

Die für Kapitel 2 verwendete Literatur ist mit (*) gekennzeichnet.

- Nr. (*) Literatur
- 1 (*) McCracken, L. M. & Samuel, V. M. (2007). The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain. *Pain*, 130, 119-125.
 - 2 (*) McCracken, L. M. & Yang, S. Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioural approach in chronic pain. *Pain*, 123, 137-145.
 - 3 McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C. & Keefe, F. J. (2004a). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109, 4-7.
 - 4 (*) McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.
 - 5 (*) McCracken, L. M., Vowles, K. E. & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107, 159-166.
 - 6 McCracken, L. M., Klock, A., Mingay, D. J., Asbury, J. K. & Sinclair, D. M. (1997). Assessment of Satisfaction with Treatment for Chronic Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 14(5), 292-299.
 - 7 (*) McCracken, L. M. (2007). A contextual analysis of attention to chronic pain: what the patient does with their pain might be more important than their awareness or vigilance alone. *Journal of Pain*, 8(3), 230-236.
 - 8 McCracken, L. M. & Vowles, K. E. (2007). Psychological flexibility and traditional pain management strategies in relation to patient functioning with

- chronic pain: an examination of a revised instrument. *Journal of Pain*, 8(9), 700-707.
- 9 (*) McCracken, L. M. & Gross, R. T. (1998). The role of pain-related anxiety reduction in the outcome of multidisciplinary treatment for chronic low back pain: preliminary results. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(3), 179-189.
- 10 (*) McCracken, L. M. & Vowles, K. E. (2008). A prospective Analysis of acceptance of pain and values-based action in patients with chronic pain. *Health Psychology*, 27(2), 215-220.
- 11 (*) McCracken, L. M., Vowles, K. E. & Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A prospective investigation of acceptance and control-oriented coping with chronic pain. *Journal of Behaviour Medicine*, 30, 339-349.
- 12 (*) Keogh, E., Bond, F. W., Hanmer, R. & Tilston, J. (2005). Comparing acceptance- and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *European Journal of Pain*, 9, 591-598.
- 13 Keogh, E. & Cochrane, M. (2002). Anxiety Sensitivity, Cognitive Biases, and the Experience of Pain. *Journal of Pain*, 3(4), 320-329.
- 14 Martensson, L. (2001). Rehabilitation Patients with Chronic Pain in Primary Health Care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8, 108.
- 15 Martensson, L., Marklund, B. & Fridlund, B. (1999). Evaluation of a Biopsychosocial Rehabilitation Programme in Primary Healthcare for Chronic Pain Patients. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6(4), 157-165.
- 16 Martensson, L., Archenholtz, B. & Dahlin-Ivanoff, S. (2007). The Conceptions of pain and Rehabilitation Questionnaire (CPRQ): development and test of face validity and stability over time. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14(4), 230-239.
- 17 Martensson, L. & Dahlin-Ivanoff, S. (2006). Experiences of a primary health care rehabilitation programme. A focus group study of persons with chronic pain. *Disability & Rehabilitation*, 28(16), 985-995.

- 18 (*) Morley, S., Eccleston, C. & Williams A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- 19 (*) Morley, S., Williams, A. & Hussain, S. (2008). Estimating the clinical effectiveness of cognitive behavioural therapy in the clinic: evaluation of a CBT informed pain management programme. *Pain*, 137, 670-680.
- 20 Williams, D. A. (2003). Psychological and behavioural therapies in fibromyalgia and related symptoms. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 17(4), 649-665.
- 21 Müllersdorf, M. (2002). Needs and Problems Related to Occupational Therapy as perceived by Adult Swedes with Long-Term Pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9, 79-90.
- 22 Van Bommel, A. L. (2001). Cognitive behavioural therapy improved most sleep outcomes in insomnia secondary to chronic pain. *Evidence Based Mental Health*, 4, 42.
- 23 Aldrich, S. & Eccleston, C. (2000). Making sense of everyday pain. *Social Science & Medicine*, 50, 1631-1641.
- 24 Bond, F. W. (2004). Getting the balance right: the need for a comprehensive approach to occupational health. *Work & Stress*, 18(2), 146-148.
- 25 Carson, J. W., Keefe, F. J., Veeraindar, G., Fras, A. M., Lynch, T. R., Thorp, S. R. & Buechler, J. L. (2005). Forgiveness and Chronic Low Back Pain: A Preliminary Study Examining the Relationship of Forgiveness to Pain, Anger, and Psychological Distress. *Journal of Pain*, 6(2), 84-91.
- 26 Della-Posta, C. & Drummond, P. D. (2006). Cognitive behavioural therapy increases Re-Employment of Job Seeking Worker's compensation Clients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16, 223-230.
- 27 Dixon, K. E., Keefe, F. J., Scipio, C. D., Perri, L. M. & Abernethy, A. P. (2007). Psychological Interventions for Arthritis Pain Management in Adults: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 26(3), 241-250.
-

- 28 Eccleston, C., Williams, A. C. & Stainton Rogers, W. (1997). Patients' and Professionals' understandings of the causes of chronic pain: Blame, Responsibility and Identity protection. *Social Science Medicine*, 45(5), 699-709.
- 29 (*) Keefe, F. J., Jacobs, M. & Edwards, C. (1997). Persistent Pain: Cognitive-behavioural approaches to assessment and treatment. *Seminars in Anesthesia*, 16(2), 117-126.
- 30 Keefe, F. J., Rumble, M. E., Scipio, C. D., Giordano, L. A. & Perri, L. M. (2004). Psychological aspects of persistent pain: current state of the Science. *Journal of Pain*, 5(4), 195-211.
- 31 (*) Vowles, K. E., McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2008). Patient functioning and catastrophizing in chronic pain: the Mediating Effects of Acceptance. *Health Psychology*, 27(2), 136-143.
- 32 (*) Linton, S. J. & Hellsing, A. (1998). Coordinating Occupational Rehabilitation: the role of cognitive-behavioural therapy. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(1), 1-3.
- 33 Perri, L. M. & Keefe, F. J. (2008). Applying centrality of event to persistent pain: a preliminary view. *Journal of Pain*, 9(3). 265-271.
- 34 (*) Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G. & McCracken, L. M. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social Science & Medicine*, 56, 375-386.
- 35 Staal, J. B., Hlobil, H., van Tulder, M. W., Waddell, G., Burton, A. K., Koes, B. W. & van Mechelen, W. (2003). Occupational health guidelines for the management of low back pain: an international comparison. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 618-626.
- 36 Steultjens, E. M. J., Dekker, J., Bouter, L. M., van Schaardenburg, D., van Kuyk, M. A. H. & van den Ende, C. H. M. (2004). Occupational therapy for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art.No.:CD003114. DOI: 10.1002/14651858.CD003114.pub2.

- 37 Ostelo, R. W. J. G., van Tulder, M. W., Vlaeyen, J. W. S., Linton, S. J., Morley, S. & Assendelft, W. J. J. (2005). Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD002014. DOI: 10.1002/14651858.CD002014.pub2.
- 38 Neville-Jan, A. (2003). Encounters in a World of Pain: an autoethnography. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 88-89.
- 39 Knoop, H., Stulemeijer, M., Prins, J. B., van der Meer, J. W. M. & Bleijenberg, G. (2007). Is cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome also effective for pain symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2034-2043.
- 40 (*) White, D. C., Beecham, R. & Kirkwood, K. (2008). The vocational continuum: how to make sense of vocational outcomes after group cognitive behavioural therapy for chronic pain sufferers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 307-317.
- 41 (*) Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-655.
- 42 (*) Öst L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- 43 (*) Basler, H. D., Jäkke, C. & Kröner-Herwig, B. (1997). Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: a controlled randomized study in German pain treatment centres. *Patient Education and Counseling*, 31, 113-124.
- 44 (*) Newton-John, T., Spence, S. H. & Schotte, D. (1995). Cognitive-Behavioural Therapy versus EMG Biofeedback in the treatment of chronic low back pain. *Behaviour Research and Therapy*, 33(6), 691-697.
- 45 (*) Kraaimaat, F. W., Brons, M. R., Geenen, R. & Bijlsma, J. (1995). The effect of cognitive behavior therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 487-495.
-

- 46 (*) Burns, J. W., Glenn, B., Bruehl, S., Harden, R. N. & Lofland, K. (2003). Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: a replication and extension of a cross-lagged panel analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1163-1182.
- 47 Aegler, B. & Satink, T. (2008). Performing occupations under pain: the experience of persons with chronic pain. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-8.
- 48 Sonntag, R. (2005). Akzeptanz- und Commitment-Therapie: Ein Beitrag zur dritten Welle der Verhaltenstherapie. *Psychotherapie*, 10(2), 157-181.
- 49 Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (2003). *Acceptance and Commitment Therapy: AN EXPERIENTIAL APPROACH TO BEHAVIOR CHANGE*. The Guildford Press: New York.

Anhang B

Anhang B zeigt alle Critical Review Forms der Studien verwendet für Kapitel 2.

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.1

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 1

CITATION:

McCracken, L.M., Samuel, V.M. (2007). The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain. Pain, 130, 119-125.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research
Was the purpose stated clearly?	-The purpose of this investigation was to examine distinct activity patterns of chronic pain sufferers, and to consider their relations with physical, social, and emotional functioning.
<input type="radio"/> Yes	-Muster von Aktivitätsdurchführungen von chronischen Schmerzpatienten werden angeschaut und die Verhaltensweisen der Patienten in Gruppen unterteilt (Avoiders, Medium Cyclers, Doers, Extreme Cyclers). Diese werden mit bekannten Schmerztypen (Avoidance, Pacing, Confronting) in Beziehung gesetzt.
<input type="radio"/> No	-Grundlagenwissen zum Verständnis des Aktivitätsverhaltens von chronischen Schmerzpatienten ist die Voraussetzung für unsere Fragestellungen (Theorienvergleich).

<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study</p> <p>-There is limited understanding of the ways in which activity patterns contribute to disability and suffering, the influences that determine these activity patterns, and how treatment methods can most effectively address them.</p> <p>-While avoidance of chronic pain has been carefully conceptualized and researched ("fear avoidance model of chronic pain" Vlaeyen and Linton 2000), other patterns of activity, such as task persistence and "overuse", have received less study (Vlaeyen and Morley, 2004).</p> <p>-high-level activity (Hasenbring et al. 2006), task persistence (Jensen et al. 1995) and activity pacing (Nielson et al 2001) have an unhealthy role</p> <p>-often only focused on one aspect of activity at a time</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>-Cross-Sectional Design: Participants ==> Measurement of outcomes and other factors at the same time (Time: All done at one point in time)</p> <p>-wenig Wissen um weitere Faktoren des Aktivitätsverhaltens ausser Vermeidungsverhalten bei chronischen Schmerzpatienten</p> <p>-Für Zweck der Studie (siehe A) war dieses Design angemessen, denn es hat unterschiedlich tiefes Vorwissen zu einzelnen Faktoren betreffend dem Aktivitätsverhalten von chronischen Schmerzpatienten.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>-gender and pain location were highly correlated, with nearly 80% of men reporting a primary complaint of back pain, these confounded associations will require further investigation (S.124)</p>

	<p>-Es steht nichts über mögliche Biases (Sample biases, Measurment biases, Intervention biases) ==> Setting wurde nicht beschrieben</p>
<p>SAMPLE: N= 276 Was the sample described in detail? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Was sample size justified? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups? -18-82 years, -Geschlecht, -Zivilstand, -Schmerzdauer, -Schmerzlokalisierung, -Arbeitsverhältnis -Wie die Gruppe zusammengestellt wurde, ist nicht beschrieben. -Es wurde eine Gruppe untersucht. Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? -Wurde gar nicht erwähnt.</p>

<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pro, post, follow-up)</p> <p>-Einmalige Datenerhebung bei allen Personen in der Gruppe gleichzeitig durch unterschiedlich Instrumente (Fragebogen zur Person, PARQ, Beck Depression Inventory, CPAQ, PASS, SIP)</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>-nicht direkt beschrieben, da es um die Durchführung von Aktivitäten allgemein geht. ==> durchgeführte, erfasste Aktivitäten wurden nicht näher erläutert.</p> <p>List measures used</p> <p>-Klienteninformationen (Charakteristika, Stärke der Schmerzen, Medikamentengebrauch, Arbeitsstatus, Anzahl Stunden auf den Beinen)</p> <p>-Pain and Activity Relations Questionnaire (McCracken)</p> <p>-Beck Depression Inventory (Beck et al. 1961)</p> <p>-Chronic Pain Acceptance Questionnaire (McCracken et al)</p> <p>Pain Anxiety Symptoms Scale (McCracken, Dhingra 2002)</p> <p>SIP (Bergner et al 1981)</p>
<p>INTERVENTION:</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p>

<p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p> <p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>-participants were 276 consecutive patients referred for assessment of chronic pain in a pain management centre at The University of Chicago Hospitals</p> <p>-Setting, Durchführung wurden nicht beschrieben</p>
<p>RESULTS:</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p>

<p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>-final item set of 21 items forming 3 subscales: Avoidance, Pacing, Confronting =>further analysis</p> <p>-Cronbach's alpha were adequate (.79 to .84)</p> <p>-small relationships between the PARQ and age, gender, education, pain duration, pain location</p> <p>-Avoidance subscale was significantly correlated with years of education</p> <p>-Confronting scale was significantly correlated with gender and years of education</p> <p>-Pacing score wasn't correlated with any background variables</p> <p>-ANOVA: three most frequent locations of pain (upper extremity, lower back and lower extremity) demonstrated group difference on Avoidance, but not on Confronting or Pacing</p>
<p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>-overall significant result was due to a significantly higher Avoidance score for the patients with low back pain in comparison to those with upper extremity pain (post hoc tests)</p> <p>-276 cases were submitted to cluster (Wards method): four-cluster solution (Avoiders, Medium Cyclers, Doers, Extreme Cyclers)</p> <p>-Post hoc comparisons showed that all possible comparisons between the four clusters were statistically significant for the Avoidance and Pacing subscales.</p> <p>-For the Confronting subscale the comparison between the Medium Cyclers and extreme Cyclers failed to reach significances, but all other comparisons were significant.</p> <p>-Gender differences (men frequent in the Avoider cluster, lower in the Medium Cyclers cluster)</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>-location of pain (lower and upper extremity frequent in the Medium Cyclers cluster, lower back frequent in the Avoider cluster)</p> <p>-cluster did not differ in terms of age, duration of pain, but did differ on education (higher education in the Medium Cyclers cluster compared to Avoider cluster)</p> <p>-the clusters differed significantly on pain, uptime, pain-related anxiety, physical disability, acceptance of pain, but not on depression or psychosocial disability.</p> <p>-Pain: Medium Cyclers<Extreme Cyclers; daily uptime: Doers>Avoiders, Extreme Cyclers; Pain related anxiety and physical disability: Doers<Medium</p>

<p>Drop-outs were reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p>	<p>Cyclers <Avoiders< Extreme Cyclers (S.123 Table 3)</p> <p>-Acceptance of Pain: Doers, Medium Cyclers>Extreme Cyclers, Avoiders</p> <p>-No overall differences on depression or psychosocial disability</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>-Beziehung zwischen persönlichen Faktoren und Aktivitätsverhalten ist klinisch relevant</p> <p>-Schmerzlokalisierung und Aktivitätsverhalten ist klinisch relevant</p> <p>-Klinisch relevant ist, dass Depression und psychosoziale Beeinträchtigungen nicht signifikant ist</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>-Es steht nichts über eine Drop-out Quote oder Teilnehmer die die Instrumente nicht vollständig ausgefüllt haben.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>-Pacing: functional approach to activity management in chronic pain</p> <p>-No differences between the activity pattern cluster on depression or psychosocial functioning</p> <p>-Differences on pain-related anxiety and acceptance of pain.</p> <p>-Pain-related anxiety includes avoidance as a component part, and acceptance of pain has a documented history of strong negative correlations with</p>

<p>o Yes</p> <p>o No</p>	<p>measures of avoidance (McCracken et al. 2004).</p> <p>-Results highlighting the disutility of avoidance in chronic pain generally support treatment approaches that focus on increasing activity. (cognitive behavioural, interdisciplinary treatment)</p> <p>-Greater attention to treatments aimed at decreasing avoidance, treatments such as exposure-based methods (de Jong et al. 2005) and contextual cognitive behavioural therapy (McCracken et al 2005).</p> <p>-</p> <p>-Limitations: Activity patterns are highly complex behaviour patterns on which to report. They are extended over time, likely change depending on experience and vary in different situations. -ability to remember (patients)</p> <p>-patient's behaviour during clinical encounter</p>
--------------------------	--

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.2

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 2

CITATION:

McCracken, LM., Yang S. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. Pain, 123, 137-145.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study.
Was the purpose stated clearly?	The purpose of this study was to present a initial study of values in patients with chronic pain. The specific aims were to: develop a brief measure of values that included success at living according to values in domains of family, intimate relations, friends, work, health, and growth or learning.
<input type="radio"/> Yes	Examine patients' values ratings descriptively and test the prediction that persons who suffer with chronic pain don't live according to their values to the level they desire to do.
<input type="radio"/> No	Analyze relations between values success and daily functioning Test whether a measure of values significantly predicts patient functioning beyond variance accounted for by a measure of acceptance of pain.

	<p>How does the study apply to occupational therapy and/or your research</p> <p>Die ganzheitliche Betrachtungsweise der Ergotherapie (gerade bei chronischen Schmerzpatienten) beinhaltet auch das Miteinbeziehen der individuellen Werte. Wenn diese Studie eine signifikante Beziehung zwischen den Wertvorstellungen, den gelebten Werten von chronischen Schmerzpatienten und deren Schmerzempfinden oder Zufriedenheit/Wohlbefinden aufzeigt, ist dies essentiell für die ergotherapeutischen Behandlungsweisen bzw. erhöht den Stellenwert/den Fokus der individuellen Werte während einer Behandlung.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study</p> <p>-Patients with chronic pain struggle for years to find relief without significant success. Pain and other unwanted experiences can become the focus of daily efforts while less time is devoted to daily, intimate relations, friends, work, health, or developing as a person (e.g., Roper Starch Worldwide, 1999).</p> <p>-A number of studies of chronic pain sufferers demonstrate that acceptance of pain, rather than avoidance or struggling for control, is associated with better emotional, physical, social, and work-related functioning, and less use of healthcare resources [...] (e.g. McCracken, 1998, McCracken et al., 1999, 2005a)</p> <p>-“In a sense, acceptance is awakening of pain as a guide for action. Values-related processes, on the other hand, involve a strengthening of guides for action that are unrelated to pain, guides for action that serve important purposes, and help the individual to live their life according to what they care about most deeply” (Hayes et al., 1999; Wilson and Murrell, 2004).</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p>(→ to explore what fac-</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>-Patients completed a standard form providing their background statistics, pain characteristics and average daily rest due to pain.</p> <p>-The Chronic Pain Values Inventory (CPVI) was the primary measure for this study. (Designed to assess success and the discrepancy between importance and success in six domains of patient values and it's based on the values-based treatment methods form ACT (Hayes et al., 1999).</p> <p>-The British Columbia-Major Depression Inventory (BC-MDI) was used to measure depression. The measure yields scores for both symptom severity and symptom-related interference with functioning. It was used to examine relations between patient success at living according to their values and their experience of emotional distress.</p> <p>-The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) was designed to measure acceptance of pain and used to assess patients' tendency to perform activities to control or avoid pain, respectively.</p> <p>-The Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20) is a short version of the original PASS and it assesses fear, avoidance, and other anxiety responses</p>

<p>tors may have influenced a particular outcome.)</p> <p>o case study</p>	<p>related to chronic pain.</p> <p>-The Sickness Impact Profile (SIP) is a measure of the effects of a health problem non daily functioning. Patients are asked to endorse statements that describe problems they are having with functioning in relation to their health. The SIP scores were used to examine relations between patients' success at living according to values and their overall levels of disability.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>-Sampling biases (Volunteer/referral bias): Sample was composed of patients referred for specialty pain management services. This is a very small and highly selected group form among the larger group of chronic pain sufferers and therefore generality of these results is unclear. The sample was also recruited from within the culture of the UK.</p> <p>-Measure/Detection bias (Recall/Memory bias): outcomes are measured using self-report tools, surveys, interviews.</p> <p>-Patients rated their values in each of the six values domains with high levels of importance ceiling effect on the ratings and significantly skewed distributions.</p>
<p>SAMPLE:</p> <p>N= 140</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p>o Yes</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there, are there similarity between the groups?</p> <p>-Subjects were patients with chronic pain, being assessed for treatment in a specialty interdisciplinary pain management centre in the UK.</p> <p>-67.9% female, on average 47.6 years old (SD 11.7), white/Caucasian (96.4%), most were married</p> <p>-average years of education 12.5 years (SD 2.6)</p> <p>-median pain duration was 87.0 months, low back pain (46.4%), lower limbs pain (13.6%), full body pain (12.9%), upper limbs pain (7.9%), other (19.2%)</p> <p>-working full or part time away from home 20.8%, out of work due to pain 64.8%, working as homemakers 5.8%, not working for other reasons 8.6%</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>Ethical approval was granted form the Research Committee at the Royal National Hospital for Rheumatic Diseases.</p>

<p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pro, post, follow-up)</p> <p>-outcome measurement was conducted at one point in time</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>-Family, intimate relations, friends, work, health, growth or learning</p> <p>List measures used</p> <p>-Standard form to provide information about the patients</p> <p>-Chronic Pain Values Inventory (very good internal consistencies)</p> <p>-British Columbia-Major Depression Inventory (convergent and discriminant validity, sensitivity of .92, specificity of .99 for detecting cases of depression)</p> <p>-The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (internal consistency values of .78-.82 supporting reliability, moderate to high correlations with measures of avoidance, distress and daily functioning, supporting g their validity as measures of acceptance of pain.</p> <p>-The Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS-20) (good internal consistency reliability, supporting the validity of the derived scores as indices of pain-related anxiety responses)</p> <p>-The Sickness Impact Profile (temporal consistency reliability is very good at $r = .92$, good convergent and discriminant validity)</p>
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>-no intervention took place</p>

<p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>o N/A</p> <p>Co intervention was avoided?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>o N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>CPVI: success and discrepancy scores were significantly correlated with avoidance; as expected the relationship was negative in the case of success</p>

<input type="radio"/> Yes	<p>and positive for discrepancy. The success score positively correlated, and the discrepancy negatively correlated, with the activity engagement and total scores from the CPAQ.</p>
<input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> NA	<p>-There was a trend toward significant relations between the CPVI scores and the pain willingness score from the CPAQ but these didn't reach statistical significance.</p>
<input type="radio"/> Not addressed	<p>-the success and discrepancy scores were not significantly associated with gender, age, education or duration of pain. They were not related to ratings of present or usual pain either.</p>
<p>Were the analysis method(s) appropriate?</p>	<p>-Ratings of higher success correlated positively with a dichotomous work status and the discrepancy score positively correlated with the number of analgesics patients were taking.</p>
<input type="radio"/> Yes	
<input type="radio"/> No	<p>-ANOVA to test the prediction that patients' level of success at living according to their values would be lower than the importance they place on doing so. => a significant main effect was found for rating type (importance vs success). Significant effects were also found for domain, and the interaction between domain and rating type. T-tests following up the ANOVA showed significant differences for the effect of rating type in each domain. All success ratings were lower than the respective importance ratings. Patients overall rated their highest level of importance in the area of family, which was greater than friends, work and growth or learning. Health was rated next highest and was greater than the importance ratings for friends and growth or learning. For the success ratings, family again was rated as the area where the most success was achieved in living according to values, and this was significantly greater than the success rated in all other areas. Friends were rated with the second highest level of success, and this was significantly larger than the success rated in health and growth or learning. Intimate relations received the third highest rating of success.</p>
<input type="radio"/> Not addressed	
<p>Clinical importance was reported?</p>	
<input type="radio"/> Yes	<p>-To examine the potential utility of the values-based variables in the prediction of patient functioning, they calculated a series of correlations with measures of disability, depression, depression-related interference with functioning, and pain related anxiety. → The success score was significantly negatively correlated with physical disability, psychosocial disability, "other" disability, depression, depression-related interference with functioning, and pain-related anxiety. The discrepancy showed positive correlations of a similar magnitude with each of these variables → better functioning was related to greater success at living according to one's values and less discrepancy between level of importance of values and the degree of success in each domain.</p>
<input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Not addressed	
<p>Drop-outs were reported?</p>	<p>-acceptance variables accounted for a significant increment in the prediction of the measures of functioning</p>
<input type="radio"/> Yes	<p>-where it was significantly related to the measure of functioning greater success at living according to values was associated with more positive functioning.</p>
<input type="radio"/> No	<p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p>
	<p>-No drop outs, but two patients weren't included in the study because they didn't give informed consent.</p>

<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice?</p> <ul style="list-style-type: none"> -Values-related variables can be assessed in a reliable and valid manner. -patients with chronic pain place different levels of importance on their values in different domains of their life and they do not feel they are living in close accordance with them. -Success at living according to one's values was related to acceptance of pain but also accounted for unique variance in patient functioning beyond variance accounted for by acceptance. -family and health values were rated as having highest importance while friends and growth or learning were rated lowest, -success at living according to values, the domains family and friends were rated highest while health and growth or learning were rated as lowest. -patients described their largest discrepancies between what is important and how they are living in the area health and growth or learning, and the smallest discrepancies in areas of friends and family. <p>Higher success at living according to one's values and lower discrepancies between importance and success were correlated with less physical, psychosocial, and "other disability and with less depression, depression-related interference with functioning and pain-related anxiety. → these results are consistent with the interpretation that when values function as guides for actions patients with chronic pain experience relatively better levels of daily activity and better emotional functioning.</p> <p>Values-based methods may be a useful addition to treatments of chronic pain (McCracken, 2005).</p> <ul style="list-style-type: none"> -Measures of acceptance and values contribute to the prediction of patient functioning. -these data allow a tentative conclusion that patients with pain are able to have varying levels of success at living their lives as they would most want to do regardless of the level of their pain. <p>What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> -just six domains and short numeric scale (CPVI has limits as a measure). -limitations to current methods: sample was a selected group from the culture of the UK -not an experiment or treatment study; therefore, these results cannot confirm causal relations or treatment processes.
--	--

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.4

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 4

CITATION:

McCracken, LM. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21-27.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research
Was the purpose stated clearly?	To examine the concept of acceptance of pain (a category of responses that entail giving up the struggle with unyielding pain and learning to live a better life) Prediction: Greater acceptance of pain will correlate with lower perceived pain intensity, less pain-related distress and avoidance, less depression and disability, and better function in persons seeking treatment of chronic pain.
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>-all attempts at pain reduction, including treatment seeking, might be considered as forms of avoidance (McCracken et al., 1996)</p> <p>-Avoidance has been shown to predict depression and disability in persons with chronic pain (McCracken et al., 1992)</p> <p>-"Rothbaum et al. (1982) suggested when usual forms of instrumental control over an aversive event are unattainable the individual may strive for understanding and acceptance of the event (zit. nach McCracken, 1998, S. 22)</p> <p>-acceptance of pain can be defined as acknowledging that one has pain, giving up unproductive attempts to control pain, acting as if pain doesn't necessarily imply disability, and being able to commit one's efforts toward living a satisfying life despite pain (McCracken 1998).</p> <p>-Geiser (1992, zit. nach McCracken, 1998, S. 22) compared two behavioural treatments for chronic pain. The primary findings were that the acceptance-based treatment was equally as effective as the control-focused treatment.</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>-authors questioned 160 treatment seeking patients at a university pain management center.</p> <p>-subjects provided demographic information, information about daily-uptime, pain severity, about acceptance of pain, depression, pain-related anxiety, and physical and psychosocial disability.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>-Sample/Selection Biases: volunteer/referral bias because subjects were all at the same pain management unit; Attention bias because subjects often have been suffering from chronic pain over a long period → willing, intention to change sth</p> <p>-Measurement/Detection Biases: Recall/memory bias because measures used were self-reports, questionnaires.</p>
<p>SAMPLE:</p> <p>N= 160</p> <p>Was the sample</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>-patients at a university pain management center, female (66.3%), married (52.5%), age mean 46.9 years (range 18- 82y), pain suffering duration: median 36 months (range 3-372mth), lower back (60%), retired/not working/working part-time due to pain 48.8%, undergone pain-related surgery 45%</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>Not described/addressed</p>

<p>described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pro, post, follow-up)</p> <p>Single measure at one point at the time</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>No intervention, no outcome</p> <p>List measures used</p> <p>-self-report (demographic, pain-related variables incl. 100mm- visual analog measure of pain severity and an estimate of average daily uptime)</p> <p>-CPAQ Chronic pain acceptance questionnaire (reliability coefficient of $\alpha = 0.85$; correlation with standardized measures of distress, daily function supporting its validity)</p> <p>-BDI Beck depression inventory (excellent reliability and validity as an index of depression)</p> <p>-PASS Pain anxiety symptoms scale internally consistent subscales with adequate test-retest reliability, validity scores from the PASS as indices of pain-related anxiety has been supported by significant positive correlations with measures of general anxiety, pain, and disability)</p> <p>-SIP Sickness impact profile (satisfactory internal consistency, test-retest reliability, and appropriate validity correlations)</p>

<p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>No intervention took place. Descriptive data were collected by subjects filling out standardized assessments, questionnaires and self-reports</p>

<p>Cointervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>-Scores from the CPAQ were not correlated with age, gender, or chronicity of pain (all $r < 0.06$, $P > 0.5$). They were correlated with education (all $r = 0.22$, $P < 0.01$) and work status (working vs. not working due to pain, $r = 0.21$, $P < 0.01$).</p> <p>-Correlation analyses showed greater acceptance of pain was associated with reports of lower pain intensity, less pain-related anxiety and avoidance, less depression, and physical and psychosocial disability, and more daily uptime.</p> <p>-Gender was a significant predictor of psychosocial disability (women reported somewhat more disability) and age was a significant predictor of work status (older persons were less likely to be out of work due to pain).</p> <p>-Pain intensity was a significant predictor of each of the seven criterion variables (pain-related anxiety, avoidance depression, physical disability, psychosocial disability, uptime work status) except for work status where it failed to reach significance.</p> <p>-Acceptance of pain was a significant predictor of all seven criterion variables.</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Not addressed</p>

<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>-greater acceptance of pain was associated with reports of lower pain intensity, less pain-related anxiety and avoidance, less depression, less physical and psychosocial disability, more daily uptime and better work status in person seeking treatment for chronic pain.</p> <p>-acceptance is not simply a function of having a low level of pain → acceptance of pain predicted better adjustment on all other measures of patient function, independent of perceived pain intensity.</p> <p>-it appear that patients who behave in a more accepting manner function better in the context of chronic pain while those who are more stubborn in their attempts to avoid or rid themselves of pain, and view pain as an absolute barrier to a better life, suffer more ill consequences.</p> <p>-our culture and most patients' histories with pain do not prepare them to learn to live with pain → this formula does not match up well with the reality of chronic pain because it may lead to the seeking of a "cure" as long as pain continues.</p> <p>-Rothbaum et al say that patients may need complete explanations or reasons for their pain so that they can move ahead toward understanding and acceptance (1982, zit. nach McCracken 1998).</p> <p>-pain reducing strategies may be quite effective in some cases and may continue to be beneficial, if they are continued. If patients fail attempts of this kind of treatment, they might benefit more from the acceptance-based treatment.</p>

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.5

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 5

CITATION:

McCracken, L. M., Vowles, K. E. & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*, 159-166.

Comments

STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? X Yes o No	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research Die Studie soll die Item-Inhalte, die interne Konsistenz (internal consistency) und die Faktorenstruktur (factor structure) des CPAQ untersuchen. Und die Beziehungen zwischen den Subkomponenten von Akzeptanz mit anderen Aspekten von chronischen Schmerzen.
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study Es wird dargestellt, welchen Untersuchungen das Instrument bereits ausgesetzt war und wie die Resultate ausfielen. Auch zeigen die Autoren wieso es nötig ist eine weitere Inhaltsanalyse durchzuführen.

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>(Das Assessment CPAQ wurde bereits auf seine psychometrischen Eigenschaften untersucht. Es wurden dabei eine adäquate internale Konsistenz mit Chronbach's alpha= 0.85 gefunden. Ferner wurde eine Verbindung mit anderen Messinstrumenten von psychosozialem Stress und physischer Funktionsfähigkeit erwartet (1992; Geisser zit. nach McCracken et al., 2004, S.159.)</p> <p>Eine weitere Studie (McCracken, 1999) untersuchte die Item-Inhalte des Instruments. Aufgrund der Resultate dieser Untersuchung wurde das CPAQ noch einmal verändert und angepasst → 4-Faktoren Modell)</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input checked="" type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>Daten des CPAQ wurden mit Daten ähnlicher standardisierten Messinstrumenten verglichen, um die Iteminhalte des CPAQ zu untersuchen und verifizieren → denke i.o. für eine Analyse eines Instruments</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>-</p>
<p>SAMPLE:</p> <p>N= 235</p> <p>Was the sample described in detail?</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>Sampel ist gut beschrieben (S. 160).</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>Über Ethische Prozeduren oder informed consent wurde nichts geschrieben.</p>

<p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input checked="" type="radio"/> N/A</p>	
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pro, post, follow-up)</p> <p>Einmalige Messung der Teilnehmer durch div. Instrumente</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure). List measures used</p> <p>-Demographische und Schmerz bezogene Informationen wurden zu Beginn mit einem Fragebogen erhoben.</p> <p>-CPAQ</p> <p>-BDI (gute psychometrische Eigenschaften siehe Beck et al., 1988)</p> <p>-PASS (adäquate psychometrische Eigenschaften siehe McCracken & Gross, 1995; McCracken et al., 1992; Osmane et al., 1994).</p> <p>-SIP (zufrieden stellende internale und temporeale Konsistenz, gute konvergente und divergente Validität)</p>

<p><input type="radio"/> Not addressed</p>	
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input checked="" type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input checked="" type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>Keine Informationen über das Setting, das konkrete Vorgehen oder andere Interventionen.</p> <p>Informationen zum analytischen Vorgehen vorhanden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untersuchung der Häufigkeitsverteilung der Items 2. Berechnung der korrekten item-total correlations 3. Faktorenanalyse 4. principal components analysis 5. Korrelations- und Multiple Regression Analyse

<p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input checked="" type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Die Autoren beschreiben wie die einzelnen Items in den Untersuchungen aufgefallen sind und was dies bedeutet.</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful?(if applicable)</p> <p>Messinstrumentanalyse!! Keine Interventionsanalyse...</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Nicht erwähnt, unwahrscheinlich, dass Teilnehmer nur Infos über sich lieferten und Assessments ausfüllen mussten.</p>

<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input checked="" type="radio"/> No</p>	
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>-Das CPAQ wurde aufgrund der Resultate der Analysen angepasst und verändert</p> <p>-Eingebundensein in Betätigung und Schmerzakzeptanz sind Faktoren des CPAQ, welche signifikante Prädiktoren von Schmerz basierter Beeinträchtigung und Distress sind.</p> <p>-Akzeptanz von chronischen Schmerzen hat zwei Aspekte: Aktivitäten des Lebens auf normale Weise ausführen können während der Betroffenen Schmerzen erfährt, ist wichtig und</p> <p>Es ist wichtig zu erkennen, wenn Betroffenen Vermeiden oder Schmerzen kontrollieren wollen und sich dies als unwirksam zeigt.</p> <p>-grundsätzlich berichten Betroffenen die einen höhere Schmerzakzeptanz aufweisen, über weniger Schmerzintensität.</p> <p>-Die Dauer die eine Person bereits an Schmerzen leidet/gelitten hat, trägt nicht dazu bei ob diese Person Schmerzen akzeptieren kann/akzeptiert oder nicht.</p> <p>-Akzeptanz ist in seinem Kern ein aktiver Prozess. Dieser verlangt vom Individuum, dass es weiterhin Funktionsfähig bleibt und an erfreuenden und</p>

	<p>stärkenden Aktivitäten des täglichen Lebens teilnimmt, auch wenn es Schmerzen erleidet.</p> <p>Limitation:</p> <ul style="list-style-type: none">-methodische Einschränkungen-Sample waren alles Betroffenen die auf der Suche nach Behandlung sind
--	---

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.7

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 7

CITATION:

McCracken, LM. (2007). A Contextual Analysis of Attention to Chronic Pain: What the Patient Does With Their Pain Might Be More Important Than Their Awareness or Vigilance Alone. *Journal of Pain*, 8 (3), 230-236.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research
Was the purpose stated clearly?	a) The purpose of this study was to compare processes closely associated with attention to pain, namely AWARENESS and VIGILANCE, with wider processes of acceptance of pain. b) Attention was compared with acceptance in predicting interference with cognitive functioning and interference with broader aspects of emotional, physical, and social functioning.
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	c) The prediction being tested is that acceptance, as a functionally more complete and behaviourally sensitive perspective on processes typically attributed to attention, will account for more variance than attention alone.
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>-Aufmerksamkeit (Attention to), Ignorieren (ignore), Ablenkung (distraction) von chronischen Schmerzen haben in der Geschichte der Kognitiven-Verhaltens-Theorien lange Tradition (Turk et al., 1983 zit. nach McCracken, 2007) und in den häufig verwendeten Messmethoden von Kopingstrategien bei chronischen Schmerzen (Rosenstiel et al, 1983, zit. nach McCracken, 2007).</p> <p>-Aktuelle Modelle der Aufmerksamkeit und des Schmerzes meinen, dass der Schmerz unter gewissen Umständen, Aufmerksamkeit verlangt (Eccleston et al., 1999).</p> <p>Der Schmerz hindert den Betroffenen daran seine gewollte Handlung auszuführen und wird selber zum Fokus der Aufmerksamkeit. → Aufmerksamkeit wird von Handlung/Aktivität auf Schmerz während dieser Handlung/Aktivität verlagert (Eccleston et al., 1999).</p> <p>-Menschen mit chronischen Schmerzen sind sich des Schmerzes mehr bewusst und aufmerksamer auf den Schmerz und sie verzeichnen stärkere Schmerzen, mehr Beeinträchtigung, Angst, Depressionen und Arztbesuche.</p> <p>-Der Prozess des Akzeptierens/der Akzeptanz von Schmerzen beinhaltet Aufmerksamkeit gegenüber Schmerzen und ein spezifisches Verhalten, welches mit der Aufmerksamkeit auftritt. Akzeptanz beinhaltet die Aufmerksamkeit gegenüber Schmerzen, das Weiterführen von gewünschten/bedeutungsvollen Aktivitäten und dass, ohne um die Schmerzkontrolle zu kämpfen (McCracken et al., 2004).</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>-self-reports to assess personal data (background characteristics, work status, location of pain, duration of pain, and pain severity, daily uptime during the past week.</p> <p>-standardized measures to assess acceptance of pain, vigilance and awareness of pain, depression, pain interference with cognitive functioning, overall functioning of the patients.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>-sample/selection biases: attention bias</p> <p>-Measurement/Detection biases: recall or memory bias</p> <p>-Evtl. Intervention/Performance biases: Site of treatment</p>

<p>SAMPLE:</p> <p>N= 227</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>-patients at a pain management center at the University of Chicago</p> <p>-women (66.1%), mean of 47.2 years (SD 13.9), white (79.7%), married (55.5), mean years of education 13.9 (SD 2.5), median of pain duration 32 months (range: 3-372months), low back pain (57.5%)</p> <p>-only one group</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>University's Institutional Review Board for research, and all patients provided consent for the use of their data in research.</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pro, post, follow-up)</p> <p>-all data were assessed at one point at the time</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>List measures used</p> <p>-Self-report regarding background characteristics, work status, location of pain, duration of pain, pain severity, daily uptime</p>

<p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>-CPAQ: Chronic Pain Acceptance Questionnaire (reliability, validity i.o. basis of current sample Cronback alpha levels above 0.80 for the subscale and total score)</p> <p>-PVAQ: Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (internally, temporally consistent, predicted relations with measures of attention-related pain coping strategies → supporting its validity)</p> <p>-BDI: Beck Depression Inventory (well-validated)</p> <p>-MSPQ: Modified Somatic Perception Inventory (reliable, valid information about heightened awareness of physical sensations)</p> <p>-PASS: Pain Anxiety Symptoms Scale (reliability, validity i.o.)</p> <p>-SIP: Sickness Impact Profile (acceptable psychometric properties)</p>
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>No intervention took place → data collecting at one point at time though self-reports and standardized measures listed above.</p>

<p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Beziehung der Aufmerksamkeit und Akzeptanz mit Messungen</p> <p>Kognitiven Störungen: Werte der Akzeptanz zeigten eine stärkere Beziehung als Werte der Aufmerksamkeit mit Messungen von Kognitiven Störungen. Zwischen den beiden Faktoren der Akzeptanz (aktive Vigilanz, passives Bewusstsein) zeigte aktive Vigilanz eine stärkere Beziehung als passives Bewusstsein. Die durchschnittliche Beziehung zwischen Aufmerksamkeit und Kognitiver Störung war</p> <p>$r = .26$, die durchschnittlichen Werte der Akzeptanz hingegen war</p> <p>$r = -.53$</p> <p>Beziehung der Aufmerksamkeit und Akzeptanz mit Messungen der Störungen der Funktion:</p> <p>Verglichen mit Variablen der Aufmerksamkeit waren Variablen der Akzeptanz stärker Prädiktoren von Messungen der Schmerzen und der Funktion. Die Variable „passive Bewusstsein“ (Aufmerksamkeit) zeigte eine minim stärkere Verbindung zur Stärke der Schmerzen. Vigilanz hingegen zeigte generell stärkere Verbindung mit Messungen der Funktion, vor allem mit Schmerz-bezogener Angst (pain-related anxiety). No clear pattern of differences between the acceptance scores in the correlation results. Die Stärke der Beziehung zwischen Akzeptanz und Funktion war ungefähr doppelt so gross</p>

<p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p>	<p>wie die zwischen Aufmerksamkeit und Funktion.</p> <p>Average magnitude of the correlations with the attention total was $r = .25$ and average magnitude for the acceptance total was $r = .51$.</p> <p>Statistische Test vergleichen das Ausmass der Verbindungskoeffizienten:</p> <p>The correlation coefficients that were closest in absolute magnitude occurred between the total scores and the measure of pain ($r = .24$, $r = .27$)</p> <p>The difference between these failed to reach significance, $Z = .41$, $P = .33$</p> <p>The correlations involving the attention and acceptance totals that were next closest in absolute magnitude occurred in relation to the measure of work status.</p> <p>The difference between these did reach significance, $Z = 2.83$, $P < .01$</p> <p>Multivariate Vergleiche von Aufmerksamkeit und Akzeptanz:</p> <p>Variance attributable to the acceptance variables ranged from 8.2% in the equation (Faktoren und Motive menschlichen Verhaltens/Gleichung/Ausgleich) for pain to 60% in the equation for pain-related anxiety, and variance attributable to acceptance was statistically significant in every case.</p> <p>The attention variables accounted for significant variance in just 2 of 7 equations, accounting for 4.3% in each case, for pain and pain-related anxiety.</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>No reported drop-outs → no intervention</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study meth-</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> -der momentane Ansatz zu Aufmerksamkeit, vor allem bei chronischen Schmerzpatienten bedarf einer breiteren Perspektive -grössere Levels der Aufmerksamkeit und tiefere Levels der Akzeptanz sind Prädiktoren für schlechtere Funktion. -Akzeptanz ist der bessere Prädiktor für Kognitive Funktionen und grössere Funktionsmuster (larger patterns of functioning) inkl. Emotionale, physische, soziale Aspekte.

<p>ods and results</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>-ein Modell, das Schmerz und Leiden welches sich nur auf die Aufmerksamkeit und Vigilanz stützt, wird der grossen Varianz nicht gerecht, wie ein Modell, welches Aufmerksamkeit und Verhalten, das mit der Aufmerksamkeit zusammenhängt mit ein bezieht.</p> <p>-effective methods of treatment for chronic pain also can include full awareness of pain and promote the carrying on of activity, but they do so with reduced influences form pain, influences that otherwise produce struggling for control, avoidance of activities, and amplified distress.</p> <p>-measure of acceptance was stronger than the measure of vigilance and awareness at predicting both measures of cognitive interference and the measures of overt behavioural interference</p> <p>-pattern of correlation suggests that the patients' level of passive awareness of pain has a low level relationship with interference; their level of active vigilance for pain has a somewhat larger relationship</p> <p>Acceptance might be most essentially understood as a process of flexible and practically effective action, free form unnecessary and unhealthy restriction by the experiences of pain</p> <p>Limits:</p> <p>Methods are correlational and include no manipulation of an experimental variable. Direction of the relationships describe cannot be proved, assessment methods relied on self-report, participants in the study might be different in important ways form persons not seeking these services, and results from this group might not generalize.</p>
---	---

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.9

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 9

CITATION:

McCracken, LM., Gross, RT. (1998). The Role of Pain-Related Anxiety Reduction in the Outcome of Multidisciplinary Treatment for Chronic Low Back Pain: Preliminary Results. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8 (3), 179-189.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research
Was the purpose stated clearly?	Der Zweck dieser Studie war es: -die Rolle der Reduktion von Schmerz-bezogener Angst in Bezug auf das Outcome einer multidisziplinären Behandlung von Chronischen Schmerzen zu untersuchen. → Erwartungen: Reduktion der Schmerz-bezogenen Angst sagt Verbesserungen in Bereichen des Schmerzreports, Stress, Beeinträchtigung, Aktivität voraus. -die relative Unabhängigkeit der Veränderungen der Schmerz-bezogenen Angst von Veränderungen des allgemeinen Erfahrens von Stress (Depression). → Veränderungen der Scherz-bezogenen Angst erhöht signifikant die Varianz in Outcome-Messmethoden, unabhängig von Veränderungen der De-
<input type="radio"/> Yes	
<input type="radio"/> No	

	pression.
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study</p> <p>-interdisziplinäre Behandlungen erschweren das Herausfinden, welche Intervention für das positive Resultat bei der Behandlung mit chronischen Schmerzpatienten verantwortlich ist.</p> <p>-Schmerz-bezogene Angst ist ein signifikanter Prädiktor für die Anpassung/Umgang mit chronischen Schmerzen (McCracken1997)</p> <p>-Schmerz-bezogene Angst ist ein Sammelbegriff für kognitive, offenkundige Verhaltensweisen und physiologische Reaktionen (Angst), die auftreten als Reaktion zu Schmerz oder Schmerz-beinhaltenen Situationen.</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>-Selbsteinschätzung/Self-reports/standardisierte Messinstrumente und Untersuchungen der physischen Belastbarkeit/Fitness wurden vor und nach der Intervention durchgeführt.</p> <p>-keine Kontrollgruppe</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>-referral/volunteer bias</p> <p>-attention bias</p> <p>-recall/memory bias</p> <p>-co-intervention (N/A)</p> <p>-Stichprobe war relative klein → Generalisierbarkeit?</p>
<p>SAMPLE:</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>-79 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, multidisziplinären Behandlungsprogramms speziell für die Wiederherstellung der Funktionalität.</p>

<p>N= 79</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>-Eintrittskriterien: Rückenschmerzen länger als 3 Monate, Fähigkeit Verbesserungen der Funktion verbal zu formulieren, Patienten brauchten keine Operation, wenn älter als 40 musste ein Kardiotest gemacht werden, keine psychiatrischen Diagnosen wie Schizophrenie oder Psychosen, keine Schmerzmittel, keine anderen Schmerzbehandlungen zum Zeitpunkt der Studie.</p> <p>-Frauen 44.3%, Alter M=40.7 (SD=20.8), 55.7% verheiratet, Schuljahre: M=11.7 (SD=2), arbeitslos 97.4%, Dauer der Schmerzen Mdn =20.8 (range 3-120)</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>Not addressed</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pro, post, follow-up)</p> <p>Messungen direkt vor und nach der Intervention</p> <p>-keine follow-up Messung</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>-Depression</p> <p>-Pain severity, Interference , Affective distress, Activity</p> <p>-Avoidance, Cognitive, Fear, Physiological Variables</p> <p>List measures used</p>

<p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>-Self-report and physical examination measures</p> <p>-questionnaire for background and demographic variables</p> <p>-standardized measures:</p> <p>BDI: Beck Depression Inventory (gute Reliabilität und Validität)</p> <p>MPI Multidimensional pain Inventory (adäquate internal consistency und test-retest Reliabilität, es wurden nur die Subskalen Schmerzstärke, Beeinträchtigung, Affektiver Stress, generelle Aktivität verwendet)</p> <p>PASS Pain Anxiety Symptoms Scale (internally consistent subscales with adequate test-retest Reliabilität, Validität io)</p>
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>-Ersterfassung mit oben genannte Instrumenten</p> <p>-Intervention dauerte 3 Wochen, 5 Tage die Woche kamen Patienten in die Behandlung.</p> <p>-tägliche Behandlungsinhalte:</p> <p>a) Bildung in Anatomie, Gate control theory, Stellensuch-Training (job seeking skills), Präventionsstrategien zur Rückfallverhütung</p> <p>b) Kognitive-Verhaltenstherapie mit Fokus auf Schmerzkoping</p> <p>c) kardiovaskuläres Training, Aerobic, Ausdauertraining</p> <p>d) Allgemeines Arbeitstraining (general work conditioning and job simulation)</p> <p>e) Kraft-/Gewichtstraining</p> <p>Nach den 3 Wochen wurden die self-reports und physical examination measures noch einmal durchgeführt.</p>

<p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>-paired t-tests zeigten signifikante Pre- und Posttreatment Veränderungen in allen fünf Outcome-Variablen (Depression, Schmerzstärke, Störung, Affektiver Stress und Aktivität $p < .001$)</p> <p>-Paired t-tests zeigten auch signifikante Veränderungen zw. Pretreatment und Posttreatment in allen Faktoren der Schmerz-bezogenen Angst ($p < .01$, ausser physiological subscale $p < .05$)</p> <p>-Regressionanalyse zeigte, dass verminderte Werte der Schmerz-bezogenen Angst mit verminderten Werten der Depression, Schmerzstärke, Störung (Interference), affektivem Stress und erhöhter Aktivität korreliert.</p> <p>-Regressionsanalyse zeigte, dass verminderte Schmerz-bezogene Angst mit Verbesserungen in allen Outcome-Variablen (Depression...) zusammenhängt. → S184 erster oranger Abschnitt</p> <p>-Veränderungen von Depressionswerten korrelierten wesentlich mit Veränderungen der Schmerz-bezogenen Angst $r = .57$.</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>No control group</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Not addressed</p>

<p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p>	
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p>o Yes</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? -Patienten in multidisziplinären Behandlungsprogrammen für Chronische Schmerzen zeigen Verbesserungen in Bereichen der Schmerzstärke, Stress, Beeinträchtigung und tägliche Aktivitäten.</p> <p>-study supported expectation that reductions in pain-related anxiety predict these improvements.</p> <p>-geringere Werte der Schmerz-bezogenen Angst zeigen signifikante Verbesserungen in Outcome-Variablen, unabhängig von niedrigeren Werten der Depression.</p> <p>-This suggests that it is reduction in the distressed behaviour specifically tied to pain that is critical to positive treatment outcome and not just reduction of general distress regardless of the specific source (McCracken et al 1996) S. 186</p> <p>-Verbesserungen/Fortschritte sind möglicherweise ein Produkt des verminderten ängstlichen emotionalen Stresses als Reaktion zu empfundenen</p>

o No	<p>Schmerzen.</p> <p>-Die Ergebnisse dieser Studie unterstützen die Notwendigkeit, Kontextfaktoren und Situationsbezogenen-Faktoren eines Menschen mit chronischen Schmerzen, in Bezug auf sein Verhalten, zu untersuchen.</p> <p>What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>-self-report measures only</p> <p>-analysis include immediate posttreatment outcome, long-term follow-up is needed to study the relations between pain-related anxiety reduction and outcome</p> <p>-study relied on grouped data → obscure the fact, that the process of treatment may differ for different individual</p>
------	---

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.10

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 10

CITATION:

McCracken, LM., Vowles, KE. (2008). A Prospective Analysis of Acceptance of Pain and Values-Based Action in Patients With Chronic Pain. *Health Psychology, 27(2)*, 215-220.

Comments

STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research Der Zweck dieser Studie war es die Beziehungen zwischen den Prozessen „Acceptance of Pain“ und „Values-based Actions“ und „patient functioning“ zu untersuchen. →Die Vermutung war, dass die Variablen Akzeptanz (Acceptance of Pain) und auf Werten basierendes Handeln (values-based action) das „Funktionieren der Patienten“ (patient functioning) zu einem späteren Zeitpunkt positiv vorhersagen würden (und zwar alleine, aber auch in Kombination, in Korrelation mit Multivariate Regressionsanalysen).
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>-ACT beinhaltet sechs verschiedene Kernbehandlungsprogramme (Acceptance, cognitive defusion, contact with the present moment, self-as-context, values, and committed action). Zusammen ergeben sie den so genannten "process of psychological flexibility". Einige dieser Variablen wurden in Studien bereits mit Chronischen Schmerzen in Verbindung gebracht und ihren Einfluss auf das Verhalten von chronischen Schmerzpatienten bewiesen.</p> <p>-Akzeptanz von Schmerzen enthält ein Verhaltensmuster, wobei der Patient, trotz präsenter Schmerzen, eine Handlung ausführt ohne Einschränkungen durch die Schmerzen und ohne ein Vermeidungs- oder Kontrollverhalten aufgrund von Schmerzen (McCracken et al., 2004; zit. nach McCracken 2008).</p> <p>-Auf Werten basierendes Handeln meint das Handeln unter Einfluss der eigenen Wünsche/Werte/Ziele und nicht das Handeln aufgrund sozialen Drucks oder aufgrund von Erfahrungen die der Handelnde vermeiden möchte (Schmerz) (Hayes et al., 1999; zit. nach McCracken 2008).</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>-Erfassen von Daten (Background, demographic data, standardized measures,) → ca. 18.5 Wochen vergehen → erneutes Erfassen von Daten → Intervention</p> <p>-Teilnehmer wurden bei der Anmeldung zur Behandlung „ersterfasst“. Danach mussten sie im Durchschnitt 18 Wochen warten (Warteliste der Institution) und konnten danach zur Behandlung erscheinen. Dabei wurden die Messungen wiederholt und mit der Behandlung begonnen.</p> <p>-Es wurde keine Messung nach der Behandlung vorgenommen (2x vor der Behandlung im Abstand von 18 Wochen).</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>Volunteer/referral bias, attention bias</p> <p>Recall/memory bias</p>
<p>SAMPLE:</p> <p>N=115</p> <p>Was the sample</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>-nur eine Gruppe, keine Kontrollgruppe</p> <p>-56% Frauen, mean age at initial assessment 48.5 years (SD=11), white European 97.4%, verheiratet 76,8%, mean years of education 12.5% (SD 2.6), Median length of time with pain 77mths (range 8-515month), low back 54.8%, 6.1% employed, 7.9% not working due to pain.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p>

<p>described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>-alle gaben informed consent</p> <p>-research methods were approved by the local research committee</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>-Ersterfassung, Wartezeit, Zweiterfassung, Intervention</p> <p>-kein follow-up</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>List measures used</p> <p>-Self-reports (background, demographic data)</p> <p>-Standardized measures:</p> <p>CPAQ Chronic Pain Acceptance Questionnaire → Acceptance of Pain</p> <p>CPVI Chronic Pain Values Inventory → Values</p> <p>PASS Pain Anxiety Symptoms Scale / BC-MDI British Columbia Major Depression Inventory) → Emotional functioning</p>

<p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>SIP Sickness Impact Profile → Disability</p>
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>-Diese Studie beinhaltet keine eigentliche Intervention, nur das Erfassen von Daten an 2 verschiedenen Zeitpunkten</p> <p>-Die Erfassungsinstrumente (standardisierten) wurden detailliert beschrieben.</p>

<p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Preliminary Analyses of Change Over the Study Interval:</p> <p>-paired t tests von Schmerz und "Funktionieren des Patienten" zeigten dass drei Variablen sich signifikant verändert haben → die durchschnittlich empfundenen Schmerzen sanken (von 7.34 auf 7.03, $p < .05$) / die durchschnittliche Bewertung von Schmerz-bezogenem Stress sank (von 7.53 auf 7.17, $p < .05$) / die Anzahl eingenommener Schmerzmittel sanken (von 2.97 auf 2.68, $p < .05$).</p> <p>-der „work status“ veränderte sic signifikant: 21 Personen waren bei der Ersterfassung arbeitslos aufgrund der Schmerzen aber nicht mehr bei der zweiten Erfassung.</p> <p>-Werte von pain-related anxiety, depressioni, depression-related interference with functioning, physical and psychosocial disability, uptime veränderten sich nicht während den zwei Erhebungszeitpunkten.</p> <p>Correlation Analyses of Acceptance and Values Measures With Measures of Patient Functioning:</p> <p>-Werte der Akzeptanz korrelierten signifikant negativ mit Schmerzintensität</p> <p>-Es gab aber keine signifikante Korrelation zwischen den Faktoren Werte und Schmerzen</p> <p>-in den neuen Messungen von „patient funcitoning“ korrelierte Akzeptanz siebenmal signifikant und Werte achtmal signifikant.</p>

<p>o Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p>	<p>-weder Akzeptanz noch Werte korrelierten bei der ersten Erfassung mit Work status oder uptime bei der zweiten Erfassung.</p> <p>-acceptance and values were consistent in achieving significant negative correlations with pain-related distress, pain-related anxiety, depression, depression-related interference with functioning, and physical and psychosocial disability $p < .001$</p> <p>Regression Analyses of Acceptance and Values at Time 1 With Patient Functioning at Time 2:</p> <p>-Hierarchical multiple regression calculation examining the degree to which acceptance and values scores at Time 1 predict each of the nine key measures of patient functioning at Time 2.</p> <p>-alle neun equations waren signifikant</p> <p>-total variance accounted for ranged from 8.3% to 47%</p> <p>-Pain was a significant predictor in three equations: for depression-related interference with functioning, physical disability, and uptime, accounting for 7%, 5.4%, 5.1% of variance.</p> <p>-acceptance was a significant predictor in three equations: pain-related anxiety, depression, and psychosocial disability</p> <p>-values was a significant predictor in five equations: depression, depression-related interference with functioning, physical disability, psychosocial disability, work status.</p> <p>-neither variable as assessed at Time 1 significantly predicted the 0 to 10 rating of pain-related distress, the uptime estimate, number of medication types at Time 2.</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Alle Teilnehmer gaben informed consent, keiner verliess die Studie.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>-measures of acceptance of pain and values-based action predict functioning later in time for patients seeking treatment for chronic pain.</p> <p>-correlation analyses showed that these two processes, were associated with pain severity, pain-related distress, pain-related anxiety, psychosocial disability later in time.-only values-based action predicted pain medication use, neither variable predicted uptime or work status in the correlation analyses.</p> <p>-it has been reliably demonstrated that behaviour patterns including acceptance of pain and values-based action correlate positively with emotional,</p>

<p>o Yes</p> <p>o No</p>	<p>physical, social functioning in chronic pain.</p> <p>-prediction that acceptance of pain and values-based actions would make significant unique contributions in every equation, was not confirmed. → maybe due to the statistical control procedures</p> <p>-processes of acceptance of pain and values-based actions can be separated for analyses, but in reality they are intertwined.</p> <p>-magnitude of the relations of acceptance and values with measures of patient functioning was small to moderate.</p> <p>-measures of these processes were better able to account for variance in measures of depression, pain-related anxiety, psychosocial functioning than in measures of physical or work-related functioning.</p> <p>-first prospective analysis to directly measure both acceptance of pain and values-based action in a sample and to show that both of these processes are related to important aspects of functioning over time</p> <p>→ results advocate continued investigation of each of the core processes in the overall model form ACT</p> <p>Limits:</p> <p>-replied on self-report → can be affected by a range of influences</p> <p>-time interval investigated was relatively arbitrary → limits ability to state a precise interval for which the results are applicable.</p>
--------------------------	--

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.11

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 11

CITATION:

McCracken, LM., Vowles, KE., Gauntlett-Gilbert J. (2007). A Prospective Investigation of Acceptance and Control-Oriented Coping with Chronic Pain. J Behav Med, 30, 339-349.

Comments

<p>STUDY PURPOSE:</p> <p>Was the purpose stated clearly?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research</p> <p>-Der Zweck dieser Studie war es:</p> <p>die relative Brauchbarkeit von Kontroll-orientierten und Akzeptanz-orientierten Antworten (responses) auf Chronischen Schmerzen über einen gewissen Zeitraum zu untersuchen.</p> <p>→ Vorhersage:</p> <p>Variablen des BPCI, welche Akzeptanz-orientierte Antworten messen, werden eine geringere Beeinträchtigung, geringerer emotionaler Stress und grössere tägliche Aktivität vorhersagen.</p>
---	--

	<p>Und: diese Variablen werden zuverlässig für mehr Varianz in diesen Aspekten des Funktionierens verantwortlich, als es Kontroll-orientierte Koping Antworten könnten.</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed? o Yes o No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study</p> <p>-Kognitive-Verhaltenstherapie wird bei der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten schon lange erfolgreich angewendet. In letzter Zeit wird jedoch vermehrt Augenmerk auf eine Abspaltung der CBT die so genannte Acceptance and Commitment Theory gelegt, welche auf der CBT basiert, jedoch den Fokus auf Akzeptanz der Schmerzen und nicht auf Verhaltensveränderungen aufgrund von Schmerzen.</p> <p>-man ist davon ausgegangen, dass individuelle Kopingstrategien (CBT) den Umgang mit Schmerz erleichtern und das alltägliche Leben verbessern. Allerdings beinhalten Kopingstrategien auch negative Faktoren wie Kontrolle, Katastrophieren... welche in Beziehung mit Stress und Beeinträchtigung stehen → S.339</p> <p>-instead of seeing coping responses as almost exclusively about control of pain, and other unwanted experiences, it may help to see them within a broader and more flexible framework (McCracken et al., 2007)</p> <p>-acceptance defined as a willingness to experience pain without attempts to control it, and as persisting with healthy activities while pain is present, but doing so in a manner that is free from influences of the pain itself (McCracken et al., 2007).</p> <p>-When both coping, as it is traditionally conceived, and acceptance were studied in relationship to disability and distress, coping variables showed weak and positive associations with functioning poorly, whereas acceptance showed reliably stronger positive associations with functioning well (McCracken and Eccleston 2003, 2006, zit. nach McCracken et al., 2007) S. 340</p> <p>-given that acceptance appears to be associated with better functioning, it is important to identify the day-to-day behaviours that represent an accepting approach to pain (McCracken et al. 2007)</p>
<p>DESIGN:</p> <p>o randomized (RCT) o cohort o single case design</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>-Ersterfassung zum Zeitpunkt der Anmeldung in der Unit, danach folgte eine Wartezeit (3.7 mth. SD 2.6 mth. natürliche Wartezeit dieser Einrichtung) und zum Zeitpunkt des Therapiebeginns wurde die Erfassung wiederholt → 1. Time and 2. Time</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>Attention bias, recall/memory bias</p>

<p>o before and after</p> <p>o case-control</p> <p>o cross-sectional</p> <p>o case study</p>	
<p>SAMPLE:</p> <p>N= 120</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o N/A</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>-nur eine Gruppe von Personen die an der Studie teilnahmen. Alles waren Patienten der Pain Management Unit, welche sich für eine Behandlung anmeldeten. Die Messinstrumente gehören zum Standardprozedere der Unit.</p> <p>-Frauen 64.2%. white European 98.3%, mean age 44.6 years (SD 10.7), married 68.3%, mean years of education 12.2 (SD 2.5), median of reported pain 92 months (range 12-528months), primary location low back 50%, retired/out of work due to pain 83.1%</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>-Not addressed</p> <p>-Standartprozedere der Pain Management Unit → keine Ethischen Prozedere nötig</p> <p>-Informed consent: not addressed</p>

<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>2 Erfassungszeitpunkte: 1. bei der Anmeldung, 2. bei Therapiebeginn</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>List measures used</p> <p>-questionnaire für background, demographic, biographical data (present, usual, highest pain in the past week, uptime)</p> <p>-set of standardized measures:</p> <p>BPCI Brief Pain Coping Inventory to assess acceptance-oriented and control or avoidance-oriented responses to pain (Validität wurde in der Studie getestet)</p> <p>CPAQ Chronic Pain Acceptance Questionnaire (reliable, valid, total score wurde benutzt um BPCI zu validieren)</p> <p>SIP Sickness Impact Profile (valid, reliable)</p> <p>BDI Beck Depression Inventory (valid, reliable)</p> <p>PASS Pain Anxiety Symptoms Scale (valid, reliable)</p>
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>-keine Intervention</p> <p>-nur Erfassung und Untersuchen nach der Beziehung zwischen den Variablen erfasst am ersten Zeitpunkt und „patient functioning“.</p>

<p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p> <p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Factor and Validity Analyses:</p> <p>-BPCI: Schmerzkontrolle war negativ verbunden mit Schmerzakzeptanz und Activity Persistence war positiv verbunden mit Schmerzakzeptanz → unterstützen Validität des Messinstruments</p> <p>-Pain Management korrelierte mit Alter, Geschlecht, years of education.</p>

o NA	-Schmerzkontrolle korrelierte mit Alter
o Not addressed	-Activity Persistence korrelierte mit years of education -keine der BPCI summary scores korrelierte mit der Dauer der Schmerzen.
Were the analysis method(s) appropriate?	Correlation Analyses of BPCI Summary Scores and Patient Functioning: -The Time 1 and Time 2 scores for each of the eight measures was significantly correlated, range r .32-.80, all $P < .001$, mean $r = .64$ -Two of these measures changed significantly in level over time, "other" disability as measured by the Sip, which changed from .32 to .30 and uptime, which changed from 3.22h to 3.84h
o Yes	
o No	-Pain Management demonstrated there significant results: negative correlations with depression, pain-related anxiety, avoidance.
o Not addressed	-Pain Control demonstrated seven significant results: positive correlations with pain, physical disability, other disability, depression, avoidance, and a negative correlation with sit-to-stand performance. -Help Seeking demonstrated four significant results: positive correlations with physical disability, other disability, and pain-related anxiety, and a negative correlation with sit-to-stand performance
Clinical importance was reported?	Activity Persistence demonstrated six significant results: a positive correlation with uptime, and negative correlations with physical disability, psychosocial disability, depression, and avoidance.
o Yes	
o No	Multiple Regressions Analyses of BPCI Scores and Patient Functioning:
o Not addressed	-Gemäss der Regressionsanalyse war Pain Management ein signifikanter Prädiktor in zwei Gleichungen, wo höher Werte des Pain Management Scores weniger Schmerz und weniger Depression vorhersagten. -Pain Control war ein signifikanter Prädiktor von Schmerz, physische Beeinträchtigung, andere Beeinträchtigung, Depression, Vermeidungsverhalten und sit-to-stand-Performanz. -Help Seeking war ein signifikanter Prädiktor von physischer Beeinträchtigung, andere Beeinträchtigung, und pain-related anxiety.
Drop-outs were reported?	
o Yes	-häufigere Versuche von Pain Control und Help Seeking, waren mit geringerem functioning und grösserem Stress verbunden.
o No	-Activity Persistence war ein signifikanter Prädiktor für uptime, pain-related anxiety und avoidance. -Activity Persistence war des Weiteren mit grosser daily activity, weniger distress und weniger avoidance verbunden.

	<p>-Coping scores from Time 1 failed to predict Time 2 functioning.</p> <p>The four coping change scores as a group accounted for significant variance in five of eight equations, failing to make significant contributions to changes in uptime, physical disability, or avoidance.</p> <p>-Pain Control was a significant predictor of the positive relationship between Help Seeking and other disability.</p> <p>-change in Pain control was the single reliable predictor of change in functioning → raised the possibility that change in pain could be responsible for both of these other changes.</p> <p>-the pain change score made a significant contribution to the equation for pain-related anxiety, but it did not make a significant contribution to any other equation.</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Not addressed, all participants completed the measures</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>-responses to pain such as carrying on with activity, while acknowledging that pain is present, were associated with better physical, psychosocial, and emotional functioning over time.</p> <p>-attempting to control pain, or seeking support or help were associated with relatively worse functioning over time.</p> <p>-analyses of concurrent changes in functioning and coping the Pain Control responses appeared to be the overwhelmingly more important concern and the other types of responses played little or no role.</p> <p>-changes in pain control efforts and changes in functioning move in opposite directions.</p> <p>-results are consistent with other results supporting the utility of acceptance, or flexible coping, for adjustment to chronic pain → demonstrate the greater utility of acceptance over and above traditional approaches to coping.</p> <p>-Pain Control appeared to be an unhealthy set of responses while Activity Persistence appeared to be healthy.</p> <p>-Pain willingness and Pain Control are two key components of coping that predominate in the current data help to verify the continued focus on these behaviour patterns within formulations of coping, and alternate formulations of acceptance.</p> <p>-patients increase their attempts to control pain they also experience increasing difficulties, particularly with pain, psychosocial and other disability, an-</p>

	<p>xiety and depression.</p> <ul style="list-style-type: none">-the extent to which behaviour includes attempts to control or avoid pain is a crucial component in acceptance of pain → acceptance has 2 components "just do it", "done for a positive purpose"-an alternative approach is to direct behaviour change efforts more explicitly at the pursuit of values and a fuller participation in life. <p>Limits:</p> <ul style="list-style-type: none">-relied on correlational methods only → can't prove causation-relied on reports-qualitative differences in the functions served by behaviours on different occasions-sample consisted of disabled persons seeking treatment-generality will require further investigation
--	--

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.12

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 12

CITATION:

Keogh, E., Bond, FW., Hanmer, R., Tilston, J. (2005). Comparing acceptance- and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *European Journal of Pain*, 9, 591-598.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research
Was the purpose stated clearly?	Der primäre Zweck dieser Studie war es: -potentiell unterschiedlichen Effekte von „acceptance-based“ und „control-based“ Koping-Instruktionen im Umgang mit Schmerzen, von gesunden Männern und Frauen zu untersuchen.
<input type="radio"/> Yes	
<input type="radio"/> No	-Instruktionen basierend auf dem ACT und ACT-gegenteiligem (~CBT) Ansatz wurden dafür konstruiert.

	<p>Vorhersagen/Annahmen:</p> <p>Acceptance instructions would result in relatively less severe negative pain reports when compared to control-based instructions.</p> <p>Women would report greater pain experience than men.</p> <p>Gender would moderate the effects that our coping instructions have on pain (i.e. pain tolerance, pain threshold, self-reporting of pain).</p>
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study</p> <p>-Intensität der empfundenen Schmerzen haben teilweise wenig zu tun mit den eigentlichen Verletzungen der Strukturen. Empfundene Schmerzen sind abhängig vom individuellen Umgang mit Schmerzen (Boothby et al, 1999, zit. nach Keogh et al., 2005).</p> <p>-Es gibt starke Evidenz, dass psychologische Interventionen, vor allem solche mit Fokus auf CBT, grosse Effektivität im Schmerzmanagement aufzeigen.</p> <p>→ traditionelle CBT-Strategien fokussieren auf dem Verändern/Abändern von schmerzvollen Situationen. Neue CBT-Strategien fördern „non-judgemental, non-evaluative noticing, experiencing, or acceptance“ von solchen Situationen.</p> <p>→ ACT-basierende Behandlungen ermutigen Patienten die nicht gewollten psychologischen Situationen zu erleben, so dass sie besser in ihren individuellen Werten und auf ihre Ziele hin handeln können.</p> <p>-psychological management of pain has focused on providing patients with effective coping strategies, very little attention has been given to the possibility that gender differences may exist in their potential success.</p> <p>-males and females tend to use different coping strategies when dealing with stressful events such as pain (Unruh, 1996; Unruh et al., 1999; Tamres et al., 2002, zit. nach Keogh et al., 2005) S 592.</p> <p>-males benefited from attending to the sensory component of pain, when asked to focus on the emotional component of pain (e.g. fear), this instruction had a negative impact on women's pain experiences.</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>-mixed-group design: zwei Gruppen (gesunde Menschen)</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> single case design <input type="radio"/> before and after <input type="radio"/> case-control <input type="radio"/> cross-sectional <input type="radio"/> case study 	<ul style="list-style-type: none"> -Volunteer bias -...
<p>SAMPLE:</p> <p>N= 62</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <p>Was sample size justified?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> N/A 	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>-62 Students form Goldsmiths college, University of London, 31 females, 31 males between 18-39 years (mean 22.24, SD 4.42),</p> <p>-TN durften zum aktuellen Zeitpunkt keine Schmerzen aufzeigen, an keinen kardiovaskulären Erkrankungen oder Diabetes leiden und keine Medikamente einnehmen. → Alle TN erfüllten die oben genannten Ansprüche.</p> <p>-TN wurden in zwei ausgeglichene Gruppen eingeteilt, die einen starteten den Versuch mit Koping-Strategien nach ACT, die anderen nach CBT. Beim zweiten Versuch wurde die jeweils andere Form der Koping-Strategie verwendet.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>-alle Teilnehmer erteilten informed written consent</p> <p>-pain induction methods complied with the International Association fort he Study of Pain ethical guidelines, received local ethical committee approval.</p>

<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pro, post, follow-up)</p> <p>-ein Instrument wurde jeweils nach dem Versuch von den TN ausgefüllt, die anderen am Ende der Versuchsreihe</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>List measures used</p> <p>-Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ: Melzack, 1987), self-report measure of pain, descriptor scale contains 11 sensory pain descriptors, four affective pain descriptors. Score between 0 (none) and 3 (severe), high degree of consistency with the full version of the MPQ and the two –factor structure has recently been confirmed (Melzack, 1987, Wright et al., 2001)</p> <p>-Acceptance and Action Questionnaire (AAQ; Hayes et al. in press) 16-item scale assess people’s willingness to accept their undesirable thoughts and feelings whilst acting, in a way that is congruent with their values and goals. Higher scores indicate greater psychological acceptance. Research indicates that it has good psychometric properties, predictive validity has been established in several studies (S. 594).</p> <p>-Short-form Depression Anxiety Stress Scale (SF-DASS), self-report scale that measure depression, anxiety and stress experienced over the past week. It has excellent validity and reliability.</p> <p>-Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR), measure of social response bias and consists of two scales: self-deceptive enhancement and impression management. BIDR reported to have good reliability and validity.</p> <p>-Independent t-tests were performed between males and females on age, and scores on the AAQ, DASS, and BIDR</p>
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>-Cold-pressor task: nicht dominanter Arm muss für max. 2 Minuten in ein Heiss-Wasserbad (37°C) gehalten werden, danach für max. 2 Minuten in ein Kalt-Wasserbad (1°C), sofern Teilnehmer ihren Arm nicht schon früher aus dem Wasser zogen. Dabei mussten sie sagen, wenn sie Schmerzen im Arm das erste Mal verspürten (Schmerzschwelle/pain threshold) und wann sie es nicht mehr aushalten können (Schmerztoleranz/pain tolerance). Danach mussten alle Teilnehmer das Short Form McGill Pain Questionnaire ausfüllen (self-report measure of pain: sensory and affective descriptors of pain)</p> <p>-Koping-Instruktionen nach den unterschiedlichen Ansätzen wurden schriftlich und in kurzer Form den TN abgegeben.</p>

<p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p> <p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>1. cold-pressor task mit Koping-Strategie (z.B. ACT) und Ausfüllen des SF-MPQ</p> <p>2. 15 Min. recovery break wo sie die anderen Instrumente ausfüllen mussten (Acceptance and Action Questionnaire, short-form Depression Anxiety Stress Scale, Balanced Inventory of Desirable Responding, Independent t-tests between males and females on age, scores on the AAQ, DASS, BIDR</p> <p>3. cold-pressor task mit anderer Koping-Strategie (CBT) und Ausfüllen des SF-MPQ</p> <p>4. Debriefing (coping instruction manipulation check was administered; this revealed that instructions had been followed.)</p>
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>-for the pain measures, a series of mixed-groups analysis of variance (ANOVA) were performed with gender (males vs. female) serving as the between-groups factor and coping instruction (acceptance vs. Control) as the within –groups factor</p> <p>→for pain threshold, a significant main effect was found for gender. Females reported lower pain thresholds than did males. → No significant main or</p>

<p>o NA</p> <p>o Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p>	<p>interaction effects involving coping instruction was found</p> <p>→for pain tolerance a similar pattern of results was found. A significant main effect was found for gender, which revealed that female exhibited lower pain tolerance levels when compared to males. → no significant main or interaction effects involving coping instruction was found.</p> <p>→for sensory pain, a main effect was found for coping instruction. → when given the acceptance instructions sensory pain reports were lower than when the control instructions were administered. → no significant main or interaction effects involving gender were found.</p> <p>→for affective pain scores no significant main effect of gender or coping instruction was found. simple effects analysis revealed that amongst females, higher affective pain responses were reported with the control instructions, than with the acceptance instructions. Within males there was no significant difference between the two coping conditions. → within the control condition and the acceptance condition there was no significant effect of gender.</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>-not addressed → all participants completed the task</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>-as predicted we found the acceptance reduced subjective sensory pain reports, when compared to theoretically opposite, control-based instructions.</p>

<p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>→ this beneficial impact of acceptance-based coping on pain is consistent with findings reported by Hayes et al. 1999a).</p> <p>-results indicated that females reported lower pain thresholds and pain tolerance levels than did males</p> <p>-results showed a "Gender x Instructions" interaction; females showed less emotional pain when using acceptance-based instructions, than when using control-based ones. No such differential effects were found for males however. → suggests that, for females at least, acceptance may be particularly useful for reducing the emotionally distressing component of cold-pressor pain.</p> <p>-willingness as part of acceptance that may produce the beneficial impacts on emotional pain in women, and sensory pain across gender, which we saw in this study</p> <p>-there is certainly a need to address women's acute and chronic pain, as there is a need for a RCT to test the ability of ACT to reduce clinical pain in both men and women.</p> <p>-it has been suggested that men and women have different socialisation experiences in the context of learning how to cope with pain.</p> <p>-since ACT aims to refocus attention onto longer-term goals, such as reduced disability in the case of chronic groups, it is possible that the loss of emphasis on emotional factors may mean that women benefit more from such an approach. → explanations are speculative</p> <p>-we wish to highlight our finding regarding the differential effects of acceptance-based coping instructions on pain reports of males and females. We believe that it indicates the importance to consider gender when thinking about how one can cope with pain.</p> <p>Limits:</p> <p>-more research is needed to confirm the reliability of such effects</p> <p>-coping instructions developed here are limited → reliability, they wouldn't be considered as appropriate for clinic.</p> <p>-acceptance instructions were only found to have a benefit on the self-report questionnaire measures of pain and not on measures of pain threshold and tolerance</p> <p>-short nature of current study → prevented from formulating specific goals.</p> <p>-teaching ACT concepts is difficult, participants may not entirely understand or utilise ACT-Strategy</p>
--	--

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.19

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 19

CITATION:

Morley, St., Williams, A., Hussain, S. (2008). Estimating the clinical effectiveness of cognitive behavioural therapy in the clinic: Evaluation of a CBT informed pain management programme. *Pain*, 137, 670-680.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research
Was the purpose stated clearly?	The study aims to provide practice-based evidence for the effectiveness of CBT in routine clinical settings. It seeks to generate evidence from routine clinical practice for the effectiveness of a cognitive behavioural pain management program - identify issues and report outcomes
X Yes o No	
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>- Psychologically based treatments for chronic pain as a generic condition or for specific diagnostic groups have developed over 40 years. Many RCTs and several meta-analyses attest to treatment efficacy under controlled conditions in comparison with both wait list and control treatments</p> <p>- RCTs and meta-analysis do not provide evidence of effectiveness: whether the treatment provides a measurable beneficial effect when delivered to patients in other service contexts. There is less control over for example selection and recruitment of patients, implementation of treatment to a manualized standard, checks on the adherence and delivery of the therapeutic protocol,...</p> <p>- It is required is evidence from clinical practice, i.e. practice-based evidence such as that described b Barkham and Mellor-Clark for the effectiveness of treatment.</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input checked="" type="radio"/> before and after</p> <p><input checked="" type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>-Reliable change index (RCI) and clinically significant change (CSC) methodology were employed to evaluate a 4 week in-patient CBT rehabilitation programme for chronic pain.</p> <p>Primary assessment was made by anaesthetists and clinical psychologists. There were exclusion and inclusion criteria. The patients completed a package of assessments assessed by assistant psychologists and others who were not part of the treatment team.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>---</p>
<p>SAMPLE:</p> <p>N=2041/1013/ 833/527</p> <p>Was the sample</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>Between 1989 and 1998, 2041 patients attended a publicly funded (UK National Health Service) pain management service. The service is a specialist tertiary one that receives referrals from other pain clinics, general practice, orthopaedic and other specialist services from around the UK.</p> <p>-Pre-treatment: 61.8% female</p> <p>- 997=100%: White Caucasian (90.1%), Afro-Caribbean (3.8%), Asian (2.9%)</p>

described in detail? X Yes o No	- Average age: 45.7 years (SD= 11.7; range 18-84 years; median 46 years) -994 =100%: 6.1% were employed, 6.8% were employed but restricted by their pain, 27.7% were unemployed and this was largely attributed to pain, 38.9% were permanently sick/disabled, 11.8% were retired, 5.1% were homemakers, 0.7% were students - Occupational status: 50.1% manual/clerical skilled, 25.9% professional/managerial and 11.3% as unskilled manual.
Was sample size justified? X Yes o No o N/A	- 70.4% receiving sickness or disability related income, for 34.6% was that the main source of income. -956=100%: 20.1% involved in legal action, 74.2% not involved in legal action - Pain: 62.7% low back, 10.0% shoulder and upper limb, 9.4% lower limb, 6.5% neck, 2.8% abdomen, 3.0% head, 2.2% chest, 2.6% perineum, rectum and genital area, 1.5% pelvis - Mean time since onset: 113.2 months (SD= 108.3; range=3-677; median 74 months) - Taking medication: 95.6% Describe ethics procedures. Was informed consent obtained? Permission to access and interrogate the database using an explicit protocol was given by the relevant UK NHS Trust research ethics committee.
OUTCOMES: Were the outcome measures reliable? X Yes o No o Not addressed	Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up) Data were collected pre-treatment, one month post-treatment and 9 months follow-up. Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure). - Pain experience - Emotional distress - Interference with daily activity List measures used - Pain intensity, pain distress, pain interference
Were the outcome measures valid?	- BDI - HADS anxiety

<p>X Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HADS depression - CSQ catastrophizing - PSEQ - Five-minute walk
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p>X Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p>X No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>Components of the program:</p> <ul style="list-style-type: none"> - education concerning pain, disuse, drugs and sleep - exercise routines for fitness, flexibility and muscle minimum strength - increasing gradually on a quota system - goal setting across all activities with quota increases and activity-rest scheduling (pacing) - psychology sessions to improve problem solving, change maladaptive behaviours and to maintain those changes, with cognitive techniques to identify unrealistic and unhelpful thoughts and beliefs and to challenge and change them - pain-related drug reduction which had neither achieved analgesia nor improved function, with the usual aim of abstinence by discharge - applied relaxation - relapse prevention and planning for crises - sleep hygiene <p>Spouses and family members were involved in a small number of sessions</p>

<p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input checked="" type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>- Conventional statistical tests and effect size estimates: ANOVA and t-test/ES and their 95% confidence intervals for pre- to post-treatment and from pre-treatment to follow-up comparisons are displayed in Fig.1.</p> <p>- Reliable change index (RCI) an clinically significant change (CSC) → Fig.2: pre- to post-treatment measures/reduction in the score represents an improvement/ The dotted diagonal line represents scores that do not change during the period of measurement/ The other diagonal lines represent the upper and lower boundaries of the RCI (ICI = 95%)/8 points i-vii: above the CSC (high scores= dysfunction): i= reliable deterioration, ii= no change, iii reliable improvement, iv= clinical significant change; below the CSC: v= clinically significant deterioration, vi= reliable deterioration, vii= no change, viii= reliable improvement.</p> <p>→ Table 3: -Pain related measures (Intensity, distress and interference): The majority of individuals were categorized as unchanged. A minority achieved a clinically significant change of more than 30% reduction. No patients fell into the reliable change category ii.</p> <p>- CSC criterion for BDI, HADS anxiety and HADS depression: below the cut pain at pre-treatment: BDI 55%, HADS anxiety, 22%, HADS depression 30%/those above the CSC criterion achieved a CSC ranged from about 1 in 3 (33%, BDI) to 1 in 4 (25%, HADS depression) to just over 1 in 5 for the HADS anxiety scale (18%). A smaller number achieved a reliable improvement hat did not reach clinical significance: BDI, 5%; HADS anxiety 12%; HADS depression 9%.</p> <p>CSQ, PSEQ and 5-minute-walk test→relatively few patients are assigned below the CSC criterion at pre-treatment/above the CSC criterion ranged from about 17% (PSEQ) to 4% (CSQ catastrophizing) and 6% (5-minute walk test)</p> <p>→ Taken as a whole: individuals who were below the CSC criteria for the pre-treatment measures remained there at post-treatment. The majority of</p>

<p> <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed Clinical importance was reported? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Not addressed Drop-outs were reported? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No </p>	<p> scores were essentially unchanged. A few showed reliable deterioration, a small number clinical deterioration. There was also evidence that a small number of patients above the CSC criteria at pre-treatment shoed deterioration at post-treatment. A similar pattern of responding was shown at follow-up. What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable) RCI/CSC evidence emerged that for measures of pain, emotional distress and self efficacy between one third and one fifth of patients achieved clinically significant outcome. A considerably smaller number (6%, or 1 in 17) achieved a clinically significant change on a measure of behavioural activity, the 5-minute walk test. Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?) Pre-treatment: 1013 patients, post-treatment: 720-833 patients depending on the measure, follow-up: 527-639 patients. Information on reasons for attrition was not available. </p>
<p> CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS: Conclusions were appropriate given study methods and results <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No </p>	<p> What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study? - RCI/CSC methodology has a number of advantages - It remains unclear whether observed changes ere the result of specific treatment effects, non-specific treatment effects, or the mere passage of time. - Benchmarks may be used to determine whether the magnitude of the average change in the clinic corresponds to the average change in RCTs. - The effect size estimates generated in the current study need to be compared against the corresponding benchmarks developed from CBT trials in chronic pain. Such comparison would facilitate the evaluation of the programme effectiveness overall but the effect size statistic does not directly relate to clinical effectiveness, for which benchmarks based on categorical outcomes which include those of clinical significance are required. </p>

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.31

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 31

CITATION:

Vowles, KE., McCracken, LM., Eccleston, C. (2008). Patient Functioning and Catastrophizing in Chronic Pain: The Mediating Effects of Acceptance. *Health Psychology*, 27(2), 136-143.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research
Was the purpose stated clearly?	-examine the role of acceptance of chronic pain within broader perspective
<input type="radio"/> Yes	--specifically including the elements added to the pain experience by catastrophic thinking
<input type="radio"/> No	--catastrophizing was expected to directly correlate with an umber of measures of functioning, such that more frequent catastrophizing was associated with more distress and disability
	--acceptance of pain was expected to lessen the impact of catastrophic cognitions on self-reported and observed behaviour of patients
	--such that the inclusion of acceptance would improve the overall variance accounted for by the models and statistically decrease the magnitude of the

	influence of catastrophizing on patient functioning.
<p>LITERATURE:</p> <p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Describe the justification of the need for this study</p> <p>-large evidence base demonstrates strong links between the experience of catastrophic thinking and distress, disability, and pain intensity (S.136)</p> <p>-behaviour disruptions and suffering from catastrophic thoughts are more likely to occur when they overwhelm other potential influences on behaviour and limit response choices, such as when they lead to exaggerated emotional responses and unnecessary avoidance.</p> <p>-increasing supportive evidence for acceptance of chronic pain with a general finding that greater acceptance is associated with less disability, distress, and utilization of healthcare resources, better future functioning, and greater success at living according to personal values (siehe Autoren: S.136)</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>-all measures were collected on the first day of an interdisciplinary treatment program for chronic pain</p> <p>-bivariate correlations were calculated for acceptance and catastrophizing across measures of pain, depression, pain-related anxiety, disability, and physical functioning</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p>
<p>SAMPLE:</p> <p>N= 334</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>-patients with chronic pain beginning an interdisciplinary treatment for chronic pain</p> <p>-Caucasian 98.5%, married 61.4%, average years 46.2y (SD 11.4y), years of education 12.0y (SD 2.6y), median pain duration 96 months (range 15-720months), not working due to pain 73.5%, lumbar spine 39.9%, full body 16.9%</p>

<p>Was the sample described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>No ethics procedures described</p> <p>Informed consent not addressed</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pro, post, follow-up)</p> <p>Siehe oben</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>List measures used</p> <p>self-report measures (pen-and-paper format)</p> <p>-measures of physical functioning were obtained by a qualified physical therapist</p> <p>-Chronic Pain Acceptance Questionnaire (higher scores indicating greater acceptance, psychometric properties, validity i.o.)</p> <p>-Pain Catastrophizing Scale (assess frequency of catastrophic thoughts about pain, with a particular emphasis on rumination (Grübeln) and magnification (Vergrössern/Verstärken), higher scores indication more frequent occurrence of catastrophic thoughts, widely used in chronic pain has excellent</p>

<p>measures valid?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>psychometric properties)</p> <p>-Measures of patient functioning:</p> <p>--Beck Depression Inventory</p> <p>--Pain Anxiety Symptoms Scale</p> <p>--Sickness Impact Profile</p> <p>-two measures of directly assessed physical functioning:</p> <p>--timed walk: time required to walk a distance of 10 m</p> <p>--sit-to-stand repetitions: performed within the space of 60 seconds.</p>
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>No intervention: data assessed at one point at time → analysed → results</p>

<p><input type="radio"/> N/A</p> <p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>-catastrophizing and acceptance were significantly associated with measures of patient functioning (range of r's = -.15 to .70. all p's<.005)</p> <p>→ results of theses analyses indicate that the indirect effect of acceptance was significant for each variable (pain intensity, depression, pain-related anxiety, physical disability, psychosocial disability, timed walk, sit-to-stand)</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>No drop-outs mentioned</p>

<p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p>	
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>-Analyses indicated that acceptance of pain partially mediates the effects of catastrophizing across measures of depression, pain-related fear, and disability</p> <p>-exceptions were observed for pain intensity, where acceptance was not a mediator, timed walk, where neither acceptance nor catastrophizing were associated with walking speed, and sit-to-stand performance, where acceptance was related to performance directly and catastrophizing was not.</p> <p>-acceptance was negatively related to criterion measures, such that greater acceptance was associated with better functioning</p> <p>-At a clinical level of analyses, these findings suggest that distress and disability are not necessarily direct products of catastrophic thinking</p> <p>-It is suggested that there is an additional facet to consider with regard to the relations among catastrophizing and patient functioning, one that derives from a contextual view of how thoughts will variably influence behaviour dependent upon history and situation</p> <p>-it seems reasonable to conclude that the frequency and intensity of catastrophizing is at least partially dependent on experience and current situation.</p>

	<ul style="list-style-type: none">-failed to find evidence for a mediating effect of acceptance on the relation between frequency of catastrophizing and pain intensity-the issues of importance do not depend on placement in a statistical analysis, but how models including these variables might lead to conceptual advances-Limits: Cross-sectional nature of the present study, made it impossible to directly assess the degree to which catastrophizing and acceptance vary across time-self-report is an imperfect method of assessing complex psychological constructs,-shared method variance among these measures likely accounted for some of the relations that were observed-design was cross-sectional and included only single measures of each domain → need for more advanced methods and replication to confirm these findings-results from our mediational analyses do not prove causation
--	--

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.34

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 34

CITATION:

Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G., McCracken, L. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social Science & Medicine*, 56, 375-386.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research
Was the purpose stated clearly?	-Der Zweck dieser Studie war es, die Schmerzkultur zu untersuchen. -Es wurde erwartet, dass die dominanten Faktoren, welche die Bedeutung von Akzeptanz von chronischen Schmerzen, wie zum Beispiel "engaging in normal life activities" und "not needing to avoid or control pain", ausmachen, entweder alleine oder als Teile anderer Faktoren auftauchen würden.
<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>-In studying what it might mean to accept chronic pain, we are also studying the accounts of what it is to be a person who achieves an acceptance of chronic pain.</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>-Q-methodology-design</p> <p>-spezielle Form der strukturierten Befragung</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p>
<p>SAMPLE:</p> <p>N= 30</p> <p>Was the sample</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>Sampling:</p> <p>-Leute, welche möglicherweise ein unterschiedliches Verständnis von Akzeptanz haben, wurden eingeladen mit zu machen. → limited snowballing technique</p> <p>-60 Personen wurden kontaktiert, 33 schickten die Fragebögen zurück, 30 davon waren analysierbar → 30 als Minimum für Stabilität für eine „resulting factor structure)</p>

<p>described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>-mean age 46y</p> <p>Andere Datenquellen:</p> <p>-Interviews mit Mediziner und Forscher</p> <p>-Konsultation von Enzyklopädien, historischen Texten, professionelle Papers</p> <p>-Datenbankrecherchen nach halbstrukturierten Interviews mit chron. Schmerzpatienten</p> <p>-Öffentliche Internetseiten für Patienten und Angehörige/Betreuer</p> <p>-Medien,- TV-Recherche</p> <p>➔ 200 Statements zu Acceptance ➔ examined for relevance, intelligibility and similarity ➔ final set of 80 statements</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>-not addressed➔ relevant for this design?</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pro, post, follow-up)</p> <p>Eine Umfrage ➔ set of instructions, a biographical information sheet, two sets of the 80-item Q-set (physical sorting, set to add comments)</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>List measures used</p> <p>Siehe oben</p>

<p>measures valid?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>Keine Intervention durchgeführt → Datenanalyse wurde beschrieben</p> <p>-vollständige Datensets wurden analysiert → acht Faktoren (individual sorting patterns are known as exemplificatory sorts and these can be used in the process of interpretation) wurden herausgefiltert. Deren Interpretation basiert auf:</p> <p>-the factor sorts (Faktorensortierung)</p> <p>-the comments made on individual items by the participants who produced sorts that were exemplificatory of each factor sort (Kommentare der Teilnehmer)</p> <p>-any biographical or other information offered by the participants (zur Verfügung gestellte Biographische/andere Daten von Teilnehmer)</p> <p>account 1: taking control</p> <p>-chronic pain should not be avoided but recognised and then controlled</p> <p>-at stake in the task of accepting pain si identity and whether pain has changed aspects of self</p> <p>-the acceptance of chronic pain does not equate with the acceptance of disability</p> <p>-to accept pain is a negative or self-destructive action is strongly rejected</p>

<p>Co intervention was avoided?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>o N/A</p>	<p>→ chronic pain means to acknowledge that the pain has changed life, but this does not inevitably mean disability and hopelessness, no surrender to pain</p> <p>account 2: living day to day</p> <p>-accepting pain means to recognize the pain but not to be defined by it</p> <p>-to accept chronic pain means that chronic pain must be experienced in the present</p> <p>→ to recognize the pain has effects that must be controlled. The consequences of this acceptance are to live in uncertainty of what may happen in the future, to live unplanned, day to day.</p> <p>Account 3: acknowledging limitations</p> <p>-account 3 has similarities with accounts 1 and 2</p> <p>-to accept chronic pain also involves an acceptance that one should not surrender oneself to pain → emphasis is more upon not giving in, and less upon the importance of controlling or mastering the pain</p> <p>-to accept chronic pain will lead inevitably to the need to live relatively unplanned</p> <p>-to accept chronic pain is to accept that there are limitations to life and that one should alter or surrender goals and aspirations to meet the changing situation</p> <p>→ to accept chronic pain means to recognize that pain has effects and imposes limitations on life. Accepting does not mean to “give in” to the limiting effects of pain, nor does it mean striving to control pain.</p> <p>Account 4: empowerment</p> <p>There is resonance with earlier accounts, most notably with the idea that an acceptance of chronic pain means an acceptance of the limitations that life puts upon one.</p> <p>-an acknowledgement of limitations is not necessarily pain specific, but extends to an awareness or judgement of the vicissitudes of life in general</p> <p>-an acceptance of chronic pain requires a strength that comes from personal empowerment → exceptional personal strength</p> <p>→ to accept chronic pain means to recognize that pain, just like other challenges in life has effects and imposes limitations. Accepting chronic pain means to learn to take pleasure from experiences within a life affected by pain.</p>
--	---

	<p>Account 5: accepting loss of self</p> <ul style="list-style-type: none"> -to accept pain means to accept that one is a permanently changed person, different to the person one used to be -to accept chronic pain means to accept failure and to acknowledge a loss of the former pain-free self →to accept chronic pain means to acknowledge a loss of the former pain-free self. Life is not meaningless but now life is different and acceptance of chronic pain means an acceptance of permanent change <p>Account 6: more to life than pain</p> <p>In accepting pain one can live despite its influences, because there are many important aspects to life other than pain</p> <ul style="list-style-type: none"> -acceptance of chronic pain means focusing upon other meaningful aspects of life →to accept chronic pain is to live despite pain and to focus upon other aspects of life. It is important also not to be defined as a pain patient <p>Account 7: do not fight battles that cannot be won</p> <ul style="list-style-type: none"> -living without pain is not a battle one can win. Chronic pain is simply a fact of life -this reality of chronic pain is also to accept that things can and do happen for no reason and for which nobody can be blamed →to accept chronic pain is to accept that things like chronic pain are simply what happens in life and there is no justice to be sought or found. Fighting a battle that cannot be won makes no sense and one should live life regardless. <p>Account 8: spiritual strength</p> <ul style="list-style-type: none"> -to accept pain is to be realistic, to accept social inequality and to learn to live with the pain day to day -the strength to accept chronic pain and live day to day with pain is not a personal or motivational one but a spiritual one -positive account of acceptance and a life in pain is not part of a religious account of pain as punishment, redemption or martyrdom →to accept chronic pain is to accept that such occurrences can and do happen and that there is positive and spiritual learning to be taken from the experience that can help one to live each day.
<p>RESULTS:</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <ul style="list-style-type: none"> -these eight accounts are not meant to represent a complete set of the ways in which sense can be made of accepting chronic pain, but are the eight

<p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>most dominant ways emerging from this study.</p> <p>-The first feature that is shared across all the accounts is the idea that a core task of acceptance is to focus on other aspects of life away from pain and form being defined as a pain person.</p> <p>-second common feature shared by all of the accounts is that acceptance involves that acknowledgement that a cure for chronic pain is very unlikely, and "chronic" is likely to mean for the rest of one's life.</p> <p>-third common feature to all of the accounts, is a resistance to the idea that acceptance of chronic pain is in some way a sign of inferiority, a characterological weakness, or the end of any meaningful life.</p> <p>-what is much less clear is how such acceptance of chronic pain is achieved...</p>
<p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>-accepting chronic pain is not simply a task of adaptation go the environment, or living within the present</p> <p>-the change that is required as a core aspect of acceptance in these accounts is a change in the allocation or resources in life, either in their target or quantity</p> <p>-future research could usefully be applied to the question of how identity is managed in the context of threatening chronic pain.</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p>
<p>Clinical importance was reported?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Siehe Procedere</p>
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	

<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>→to accept chronic pain means to acknowledge that a cure for pain is unlikely and to shift focus on to other aspects of life, all the time resisting the idea that acceptance is assign of personal weakness or failure in life.</p>
--	--

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.40

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 40

CITATION:

White, D.C., Beecham, R., Kirkwood, K. (2008). The Vocational Continuum: How to Make Sense of Vocational Outcomes After Group Cognitive Behavioural Therapy for Chronic Pain Sufferers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 307-317.

Comments

STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research The study aimed to examine the vocational situation of chronic pain patients who completed a group CBT programme, using a scale known as the vocational continuum.
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacious treatment options for people with chronic pain include group cognitive behavioural therapy (CBT) programmes, which are found to be effective in reducing pain-related distress and disability by focusing on the self-management of chronic pain. - Vocational outcomes specific to CBT programmes are scarcely reported within the literature. - Vocational outcomes need to be more sensitive to progressive stages of the 'return-to-work' (RTW) process.
<p>DESIGN:</p> <p><input type="checkbox"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> before and after</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> case-control</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>The study utilised a single-group pre-test post-test descriptive design with the aim of retrospectively investigating vocational outcomes of the START programme (Fig.1) The scale 'vocational continuum' (Fig.2) shows the cognitive concept of return to work intention (RTWI). On the vocational continuum is shown Work status (W), hours worked (HW) and as a maximum labelled full time (FT). Movement or a change in position on the continuum that occurred between the pre- and post-START time intervals was the primary variable of interest. Demographic, pain, psychological and physical variables as well as barriers to movement were examined to determine their association with movement on the vocational continuum.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Interpretation and measurement of vocational outcomes -RTW itself often varies in definition across studies -Variability of population in study, methodological limitations,...
<p>SAMPLE:</p> <p>N= 209 of 360</p> <p>Was the sample</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>Participants were patients that had been medically referred to a hospital pain clinic and that had undergone initial multidisciplinary assessment of their chronic pain condition by a clinical psychologist, physiotherapist and pain medicine specialist. It was a heterogeneous sample of patients with chronic pain of any type or aetiology (excluding cancer pain). Eligible patients (Appendix A) participated in the group CBT programme START (including follow-up at 1, 6 and 12 months). They completed the START programme between 1998 and 2005 in a non-medico-legal context. The time between the</p>

<p>described in detail?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>START programme and responding to the interview averaged 38.3 months. 26.4% of people could not be contacted, 15.6% did not consent to interview.</p> <p>- Average age: 46.2 years (SD=13.2)</p> <p>- 74% female</p> <p>- 36.4% were working in paid or unpaid positions and had taken an average of 10.8 weeks (SD=13.3) leave from work in the previous year</p> <p>- 39% were unemployed with a mean length of unemployment of 30 months (SD=32.5), 80% had been unemployed longer than 6 months and 60% longer than 12 months</p> <p>- Average length of pain duration: 8.5 years (SD=8.4)</p> <p>- 55.6% had pain in more than three areas</p> <p>- Of the remaining 44.4%: 72.8% pain in upper or lower limbs, 51.1% in head or neck, 46.7% in the abdominal or pelvic areas, 20.7% in the thoracic region and 18.5% in the lower back.</p> <p>- aetiology: accident: 22.7% work accident, 17.2% motor vehicle accident, 6.8% other accident/13.5% onset at work (no accident)/15.9% 'no clear reason'/remainder: pain began after surgery, an illness or other reasons.</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>There is nothing written about ethics procedures.</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>Pre- and post-treatment, follow-up 1, 6, 12 months</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>- Demographic characteristics</p> <p>- Moving along the continuum working full time, didn't move or moved toward RTW/Io</p> <p>- Differences between the subgroups (full time, didn't move or moved toward RTW/Io) on psychological variables and VAS ratings of pain intensity</p> <p>- Differences between the subgroups on physical variables</p> <p>- Barriers to RTW/Increasing hours of work (pre-START and post-START)</p>

<p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>List measures used</p> <p>-Vocational questionnaire (work status, hours worked, intention to return to work/increase hours of work both pre- and post-START</p> <p>- Psychological measures: DASS, RMDQ, PSEQ, PRESS, VAS</p> <p>- Physical performance measures: 2-min. stair climb test, 12 min walk test, 2-min sit to stand test and a timed 20-m walk.</p>
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>START is a CBT intensive, outpatient, multidisciplinary, group pain management programme for people with persistent pain. It has been running for 9 years. The START programme's initial phase requires attendance for 3 weeks full time (Monday to Friday, 9am-5pm) followed by a 4 week home and/or work programme which includes follow-up at 1, 6, 12 months. START applies CB principles in all treatment components including physical up-grading, cessation of pain-related medication and other aides, education and training in the self-management of chronic pain. The multidisciplinary team includes senior clinical psychologists, physiotherapists, nurses and pain medicine specialists who have all been trained in CB principles. START is designed to enable participants to self-manage their persistent pain, to reduce the suffering and disability associated with living with persistent pain whilst not seeking to reduce or control the persistent pain and related sensations. It will not cur or reduce their persistent pain, but they will be able to resume a more normal lifestyle despite pain.</p>

<p>o Not addressed</p> <p>o N/A</p> <p>Co intervention was avoided?</p> <p>X Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>o N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p>X Yes</p> <p>o No</p> <p>o NA</p> <p>o Not addressed</p> <p>Were the</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Comparison of those who participated in the study (N=209) and those who did not (N=151):</p> <ul style="list-style-type: none"> - The group who participated had significantly lower catastrophizing scores. - No other differences in demographic or pain related variables. <p>Subgroups of participants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - More people moved toward working full-time (50.3%) and fewer in the group that moved toward RTWlo (16%) - There is no significant relationship between movement on the continuum and the amount of time between completing the START programme and responding to the interview. <p>Demographic variables</p>

<p>analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Marital status and work status:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 'didn't move' group were married or in de facto relationships and fewer were divorced or separated than expected due to chance. - Fewer participants in the group that moved toward working full time were married or in de facto relationships and more were divorced or separated than expected due to chance. - Unemployed: more were in the group that moved toward working full time and fewer were in the group that moved toward RTWlo. <p>Groups did not differ on compensation status, education or years living in Australia.</p> <p>There were no differences between the subgroups on the pain-related variables (The mode of onset pain, pain course, pain duration or pain site did not distinguish between subgroups).</p> <p>Psychological variables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Significant improvements over time were seen for all psychological variables. - Significant differences between the subgroups were seen for the RMDQ, DASS-Anxiety Scale and the PRESS-Catastrophising Scale. This was due to significantly poorer scores for the 'didn't move' subgroup compared to the subgroup that moved toward working full time along the continuum. - Significant interactions between the time and group factors were seen for the RMDQ and the PSEQ. Differences between the subgroups became greater over time. <p>Physical variables</p> <p>The only difference between the subgroups was for the 20-m walk test. → slower time for the 'didn't move' subgroup</p> <p>There were no other significant differences between subgroups and no significant interactions between the time and group factors.</p> <p>Barriers to RWT/Increasing Hours of Work</p> <ul style="list-style-type: none"> → no significant differences - Significant reduction in the number of participants who reported pain as a barrier to returning to work or increasing their hours of work for the sub-
---	---

	<p>group who moved along the continuum. The 'didn't move' subgroup showed a similar pattern and also a trend for an increase in the number of participants who reported occupational factors as a barrier.</p> <ul style="list-style-type: none"> - There were no significant changes in the reported barriers to returning to work or increasing hours of work for the subgroup that moved toward RTW along the vocational continuum. <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>→ see above</p> <p>The number of participants in the analysis was small</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Data were collected from 209 (58.1%) (completed the vocational survey) of the 360 people who completed the START programme between 1998 and 2005.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p>X Yes o No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Physical and psychological improvements post-CBT are demonstrated in this study, indicating that participants, despite having to continue living with pain, benefited from reduced distress and disability levels. - Chronic pain was a barrier to most participants who intended on either RTW or increasing their participation in work pre-CBT. - 50% of participants moved along the continuum toward working full time post-CBT. The returned to work, increased their hours of work or changed their intention to return to work. - The study showed that movement in a direction toward working full time was associated with a significant reduction in pain-as-a-reported barrier to RTW/increase hours. <p>The vocational continuum also identified participants who reported a change in their RTW intention.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Even after completing the CBT programme they reported pain as a barrier to RTW. - If no further change in 'participation' can be achieved through this treatment by modifying personal factors (perception of pain) intending on RTW, then adapting the 'environment' (workplace) poses the only answer according to the WHO ICF Model of Functioning and Disability.

	<ul style="list-style-type: none">- The marital status may be important- A small proportion of participants moved along the vocational continuum toward RTWIo post-CBT. No changes on any particular barrier were identified for this subgroup. Moreover, half this subgroup did remain 'working' post-CBT. <p>Limitations:</p> <ul style="list-style-type: none">- retrospective and exploratory study- Analysis was limited to just over half of the study sample- Gender and degree of catastrophising differed between study participants and study non-participants- The study did not take into account participants' study status
--	--

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.42

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 42

CITATION:

Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research
Was the purpose stated clearly?	Zweck der Studie: describe the 3. wave RCTs and review them from a methodological point of view
X Yes	review the efficacy of the 3. wave treatments using meta-analysis procedure
o No	conduct a preliminary evaluation of the 3. wave treatments in relation to the criteria for empirically supported treatments (set forth by the APA Division 12 Task Force in 1995)
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study

<p>Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>-Literatur zur Geschichte der Psychologie (1.-3. Welle) vorhanden</p> <p>-Kritik an third wave-therapies: empirically validating of data used in third wave therapy forms is questioned.</p> <p>-Therapieformen der 3. Welle sind seit Jahren im Kommen und beinhalten eine Veränderung der gesamten Geschichte der Psychologie: empirische Validierung der Daten in diesen Studien (durch Behandlungsformen aus der 3. Welle) sind jedoch umstritten und werden von Kritikern der 3. Wellen hinterfragt.</p> <p>→ eine klare Übersicht über die Effektivität, Evidenzbasiertheit und Methoden der Behandlungsformen der 3. Well ist nötig.</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="checkbox"/> randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input type="checkbox"/> before and after <input type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.) Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>-Design: systematic review and meta-analysis</p> <p>-Literature search (PsychInfo, Medline...) zu ACT, DBT, CBASP, FAP, IBCT</p> <p>-Inclusion criteria: -methodological stringency -Construction of a rating scale -comparison with CBT -Meta-analysis -Criteria for EST</p>
<p>SAMPLE:</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there</p>

<p>N=</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>similarity between the groups?</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>-ACT studies (13) → total N=677 (Teilnehmer)</p> <p>-DBT studies (13) → total N=539</p> <p>-CBASP studies (1) → N=681</p> <p>-IBCT studies (2) → total N=155</p> <p>-FAP studies (none RCT of FAP was found)</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pro, post, follow-up)</p> <p>-included third wave therapy-forms: siehe oben</p> <p>-instrument used: modified Tolin's scale (internal consistency of the scale was good, intra-class correlation: good inter-rater reliability) S. 298ff</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p>

<p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Siehe Design/Method (Abfolge der Tests/Analyse)</p>
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p>

<p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Comparison with CBT</p> <ul style="list-style-type: none"> -proportion of studies using a diagnostic system was sign. Lower in ACT (54%) than in DBT (100%) and CBT (100%) -the number of starting/completing participants was lower in DBT than BT; ACT didn't differ from either -attrition rate in DBT > in ACT und CBT -completer cell size in CBT > in DBT; ACT between CBT and DBT DBT's proportion of females >in Act and CBT Number of therapy weeks in ACT < in DBT; CBT didn't differ -number of therapy hours in DBT > in ACT and CBT <p>Methodological stringency:</p> <ul style="list-style-type: none"> -total mean of the 32 third wave studies (19.6) < mean of CBT (27.8) which is significant

<p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p>o Yes</p> <p>o No</p>	<p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>-CBT signific. Higher means than ACT and DBT on items: reliability of diagnosis, reliability and validity of outcome measures, checks for treatment adherence, control of concomitant treatments</p> <p>-CBT signific. Higher means than ACT on items: representativeness of sample, assign to treatments, number of therapists, therapist training/experience</p> <p>CBT signific. Higher means than DBT on items: statistical analysis and presentation of data, clinical significance, equality of therapy hours</p> <p>→ S. 304 Table 6</p> <p>-ACT signific. Higher means than DBT on item: equality of therapy hours</p> <p>-DBT signific. Higher means than ACT on item: reliability of the diagnosis in question</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Explanation for difference: third wave studies are less often funded by grants than CBT studies → therefore less financial resources for methodological procedures (wurde aber widerlegt im Text von Öst)</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>3. wave treatment RCTs published so far have used a research methodology that is significantly less stringent than CBT studies published during the same year in the same journals</p>

<p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>the mean effect size was moderate for both ACT and DBT studies</p> <p>at this time, no 3. wave therapy fulfils the criteria for empirically supported treatments</p> <p>Limitations:</p> <p>-modified measure → no established, well-known instrument to evaluate the methodological quality of psychotherapy outcome studies</p> <p>Limited by number and quality of the studies included</p>
--	---

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.43

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 43

CITATION:

Basler, H-D., Jäkle, Ch., Kröner-Herwig, B. (1997). Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: a controlled randomized study in German pain treatment centers. *Patient Education and Counseling*, 31, 113-124.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research
Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	One objective of the study was to incorporate psychological procedures into the standard treatment of chronic pain by applying strategies whose effectiveness had been proven in previous studies and to examine the effectivity of cognitive-behavioral treatment with out-patients, who are not preselected in any way.
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study

<p>Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>- Conventional medical treatment in the management of chronic low back pain seems to be far away from providing satisfactory results</p> <p>- Although most chronic patients who receive medical treatment experience some improvement, they continue to suffer from long-term disability and do not return to their previous level of physical activity</p> <p>- Cognitive-behavioral procedures produce clear and consistent improvements in areas often neglected by medical approaches. They consume less health care, are less incapacitated, are more likely to return to work and more often improve their well-being and their ability to manage their pain</p>
<p>DESIGN: <input checked="" type="checkbox"/> randomized (RCT) <input type="checkbox"/> cohort <input type="checkbox"/> single case design <input checked="" type="checkbox"/> before and after <input checked="" type="checkbox"/> case-control <input type="checkbox"/> cross-sectional <input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>Patients with the diagnoses of chronic low back pain, who had not participated previously in cognitive-behavioral treatment for pain, who were sufficiently fluent in German and who were able to attend therapy sessions on a regular basis in an out-patient setting are included.</p> <p>Patients received various forms of medical treatment such as pain medication, nerve blocks, TENS and physical therapy but no surgery. The experimental group consisted of cognitive-behavioral therapy along with the medical treatment.</p> <p>Three treatment centers participated. In each of them at least 30 consecutive patients with low back pain who fulfilled the inclusion criteria meet with a psychologist for assessment and psychological treatment. They filled in self-report questionnaires and were interviewed for their pain history. They kept a pain diary over a period of 4 weeks.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>---</p>
<p>SAMPLE:</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>94 patients/Complete data pre and post-treatment assessments are available for 36 patients assigned to the experimental group and 40 to the control</p>

<p>N=94→ 36 experimental and 40 control subjects=76</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>group</p> <ul style="list-style-type: none"> - 73% chronic pain syndrome, 26% spinal or radicular pain as a consequence of postsurgical status more than 6 months after intervention, still symptomatic - Average age: 49.3 years (SD=9.7) - 75.6% were female - 69.5% were unemployed - Average duration of pain: 10.8 years (SD=8.5) - 90.4% significantly disabled in most of the activities of their daily life <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>There is nothing written about it.</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>Three assessments were taken: pre-treatment, post-treatment and a 6-month follow-up (only for the experimental group)</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pain diary variables - Coping variables - Disability variables - Days lost at work

<p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>List measures used</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pain diary - Coping and disability: Heidelberg Coping Scale (HCS), Düsseldorf Disability Scale (DDS) - Pain-related self-statements scale introduced by Flor et al. - Days lost at work: Number of days lost at work due to back pain with in the last 6 months (pre- treatment to follow-up)
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>A treatment manual provided a clear structure for 12 sessions (150 min weekly) in a group format setting with 5-8 patients in each group. The cost of treatment was covered by research funds. Patients did not receive any payments for providing data.</p> <p>Education</p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourage to take an active role → group discussions, homework - Information about vicious circle of pain ,failure of treatment, demoralization, about how different treatment methods would contribute to gradually gaining self-control over pain and pain-related behaviour and about kinds and effects of pain medication <p>Relaxation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Progressive muscle relaxation - Relaxation tape for home practice - Imagery techniques and visualization

<p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Modifying thoughts and feelings</p> <p>That is the cognitive part of the treatment.</p> <p>Distorted thinking was replaced by alternative, rational coping thoughts with coping cards.</p> <p>Role-playing and thinking aloud were also used to change cognitive patterns</p> <p>Pleasant activity scheduling</p> <p>In conjunction with relaxation exercises, different olfactual sensations are introduced → e.g. touching, smelling flowers, describing their perceptions and to recall pictures or images associated with similar experiences</p> <p>Training of posture</p> <p>Maintaining the upright position during a series of daily life activities. Stretching and strengthening of the muscles is also incorporated into the program.</p>
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Pain diary variables</p> <p>Pain intensity and pain control at post-treatment and follow-up differ significantly from the pre-treatment means. No significant differences between the means at the post-treatment and the follow-up assessment could be found. The treatment did not decline during the follow-up period.</p> <p>Coping with pain</p> <p>Avoidance, pleasant activities and catastrophizing at post-treatment and follow-up differ significantly from the pre-treatment means. From the post-treatment to the follow-up no differences could be detected regarding avoidance and catastrophizing but pleasant activity scores differed significantly.</p> <p>A decline of the pleasant activity scores was detected at follow-up.</p> <p>Disability</p>

<p>analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>Analyses of the five subscales of the DDS reveal that significant changes occurred in the scores of the subscales social roles, physical functions and mental performance. Means at the post-treatment and the follow-up differ significantly from the pre-treatment but not the means of the post-treatment and the follow-up assessments. The results are maintained at the follow-up assessment.</p> <p>Days lost at work</p> <p>11 employed patients (experimental group) had lost 7.5 days (SD=11.1) at work on average due to pain 6 months prior to treatment. In the 6 months follow-up there was only an average of 3.5 days (SD=9.2).</p> <p>Drop-outs</p> <p>Drop-outs had a higher average score of control than participants.</p> <p>Compliance with keeping the diary at follow-up seems not to be due to a better outcome at the post-treatment assessment.</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</p> <p>→ see above</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>- After randomization 4 patients from the experimental group and 3 from the control group withdrew from the study. 4 patients from the experimental group dropped out while treatment was provided and 2 did not complete the post-treatment assessment. 5 patients of the control group did not provide post-treatment data. At the follow-up assessment, 4 patients in the treated group did not complete the questionnaires. 8 patients did not fill in the pain diaries over the whole period of 4 weeks.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>A treatment package of cognitive-behavioral and medical procedures is more effective than medical treatment alone. Effects are most pronounced in control over pain, improvement of coping strategies and reduction of disability scores. Favorable changes are maintained during the follow-up period.</p>

<p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Pain intensity does not change significantly from a clinical perspective. Medical treatments seem to have little impact on the outcome. The beneficial outcome in terms of disability, strongly encourages the incorporation of cognitive-behavioral procedures into the standard medical care of pain treatment centers.</p> <p>Limitations:</p> <ul style="list-style-type: none">- Amount of Drop-outs- Action-oriented psychological approach- Physicians and patients were not kept in the dark with regard to the treatment provided. Patients were aware that psychological treatment was to be given to them.- Retrospective nature of the assessment of days lost at work- Self-report data <p>→ Further validity of the scales is needed to investigate and behavioural observations ought to be included.</p>
---	---

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.44

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 44

CITATION:

Newton-John, T.R.O., Spence, S.H., Schotte, D. (1995). Cognitive-Behavioural Therapy versus EMG Biofeedback in the treatment of chronic low back pain. Behavior Res. Therapy, 33(6), 691-697.

Comments

STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research The study was designed to examine further the effectiveness of EMGBF in comparison to CBT amongst a sample of mildly disabled CLBP patients.
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>- Various psychological interventions have been found to be beneficial in the rehabilitation of CLBP including operant-based methods, electromyographic biofeedback (EMGBF) with or without relaxation training and CBT</p> <p>- Flor and Birbaumer (1991) demonstrated the long term superiority of EMGBF in comparison to CBT with a sample of CLBP patients</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="checkbox"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> before and after</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> case-control</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>---</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>---</p>
<p>SAMPLE:</p> <p>N=44→32 (CBT&EMGBF)→23 (13 CBT& 10 EMGBF) at 6 months follow-up</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>44 people with pain in the lower back for a period of 6 months or longer were included. They were referred by medical practitioners, health providers or self-referred through media publicity.</p> <p>Criteria for inclusion:</p> <p>- 6 month history of non-malignant lower back pain</p>

<p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input checked="" type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Age between 18 and 65 years - Ability to read and speak English - Minimum of 3 h of moderate pain intensity per 8 h period <p>Exclusionary criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presence of other chronic pain conditions, history of psychosis, drug or alcohol abuse. - 27 females, 17 males <ul style="list-style-type: none"> - Average age 45.67 years (range: 20-65 years) - Average pain duration 10.23 years (range: 8 months- 34 years) <ul style="list-style-type: none"> - 32% were taking analgesic medications for their pain - 36% were employed full-time, 14% part-time, 50% unemployed or homemakers - 5% were anticipating or receiving financial compensation for pain. <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>---</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>Pre-treatment, post-treatment (4 week), 6 months follow-up</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pain-related variables - Mood-related variables <p>List measures used</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pain diary - Pain Disability Index

<p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<ul style="list-style-type: none"> - General Activity Level Scale - Coping Skills Questionnaire - Pain Beliefs Questionnaire - Beck Depression Inventory - State-Trait Anxiety Inventory <p>→ CBT, EMGBF, WLC</p>
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>8X1h sessions, twice a week in a group of 4 patients (4 groups for each condition) carried out by the first author</p> <p>WLC completed the post-treatment assessments after 4 weeks and then commenced treatment themselves.</p> <p>CBT: Group CBT treatment</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educating regarding acute vs chronic pain conditions, goal setting and activity scheduling techniques, autogenic relaxation skills - Controlled breathing exercises - Cognitive pain control techniques including attention diversion and pain relabelling methods - Cognitive restructuring techniques to identify, challenge and replace maladaptive pain-related cognitions - Relapse prevention strategies - Specific homework <p>EMGBF:</p>

<p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input checked="" type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Psychoeducational session (Presentation of the interaction between stress and the effect on muscle tension) - Introduction of the pain-tension-pain cycle - Biofeedback training with instructions and practice of diaphragmatic breathing exercises - Homebased assignments to identify and monitor of recurring stressful events in their daily lives - Encourage the patients to practice the relaxation skills at home <p>Description of the EMG biofeedback machines is given.</p>
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Pretreatment comparison between CBT, EMGBF and WLC</p> <p>No significant group differences for any of the dependent variables and in age and in duration of pain condition.</p> <p>Immediate treatment effects:</p> <p>Pain-related variables (CSQ, PDI, PBQ, GALS and the Pain Diary):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Overall improvement for patients who received treatment relative to the untreated group. - Significant group x time effects for the PBQ and Pain Diary and PDI comparing treatment groups relative to the WLC. - Patients from both treatments conditions showed reduction in self-monitored pain levels, reduced pain disability index and more adaptive pain beliefs. WLC showed minimal change. <p>- No significant differences between groups were found for the GALS or the CSQ. WLC showed minimal change.</p> <p>Mood-related variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Significant group x time effect for the BDI, not for the STAI

<p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p>X Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p>o Yes</p> <p>X No</p>	<p>- No significant differences between the treatment groups in terms of changes in depression level. Both treatment groups showed a similar reduction in depression after treatment which was not evident for the WLC.</p> <p>- Both treatment groups showed a slight, albeit not statistically significant reduction in state anxiety scores, while WLC showed little change.</p> <p>6 months follow-up</p> <p>13 CBT, 10 EMGBF out of 32</p> <p>Pain-related variables</p> <p>-Significant treatment effects for the CSQ, PBQ and the Pain Diary</p> <p>- No significant differences between the treatment groups for any of these variables</p> <p>- No significant change form pre-treatment to 6 months follow-up in the GAL and PDI</p> <p>- Patients in both treatment groups maintained their improvement on measures of self-monitored pain, pain beliefs and coping skills</p> <p>- General activity level showed a slight improvement for the EMGBF group, CBT showed little change, although this difference was not statistically significant.</p> <p>- The CBT group maintained their improvement on the measure of pain disability, EMGBF showed a return to pre-treatment levels, although this was not statistically relevant.</p> <p>Mood-related variables</p> <p>- Significant improvements over time were found for both the BDI and the STAI, although no significant between groups differences were observed. Continued improvements in state anxiety were evident during the follow-up period and reductions in depression were maintained at non-clinical levels for both treatment groups.</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful?</p> <p>(if applicable)</p>
--	--

	<p>→ see above</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>There is nothing written about drop-outs. Only 23 out of 32 of the treatment groups completed the follow-up.</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>CBT and EMGBF are both effective in producing short term improvements in pain intensity, perceived level of disability, adaptive beliefs about pain and the level of depression. These improvements were not evident for WLC condition. At 6 months follow-up treatment gains were maintained in the areas of pain intensity, pain beliefs and depression with further improvements occurring in anxiety and use of active coping skills. Contrary to predictions no significant differences were found between CBT and EMGBF on any of the outcome measures at either post-treatment or at 6 months follow-up. CBT and EMGBF appear to be of equivalent efficacy as treatment approaches for CLBP patients who are not severely disabled.</p>

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.45

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 45

CITATION:

Kraaimaat, F.W., Brons, M.R., Geenen, R., Bijlsma, J.W.J. (1995). The effect of cognitive behavior therapy in patients with rheumatoid arthritis. Behavior. Res. Therapy, 33(5), 487-495.

Comments

STUDY PURPOSE: Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research The purpose of this study is to examine the effectiveness of cognitive behavioural therapy for patients with rheumatoid arthritis (RA) in comparison to standard occupational treatment (OT) and a no-treatment control group.
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>CBT in comparison with control conditions results at post-treatment in minor but significant effects with regard to pain, pain coping behaviour and/or physical ability (due to the progressive nature of RA and/or the rather small treatment effects of CBT in these patients). Positive effects of CBT at post-treatment or 2 months follow-up are found when the duration of disease is relatively short and the course of disease is non-progressive. The rationale of CBT programs is that an active coping style is more beneficial. Kraaimaat and Huiskes (1989) found that frequent use of the pain coping strategy 'reducing demands' was associated with less pain, but also with less mobility and ability to provide selfcare.</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input checked="" type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>Patients were randomly assigned to the three conditions (CBT/OT/ WLC). The patients who fulfilled the criteria were invited by letter to participate in the study. The current medical treatment was continued.</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>---</p>
<p>SAMPLE:</p> <p>N=77</p> <p>Was the sample</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>Rheumatologists of 4 hospitals in the center of the Netherlands selected 512 patients who met the criteria. They were invited by letter to participate in the study. 143 patients reacted positively, 77 took of them part in the present study. 58 entered treatment, 6 dropped out (missed more than one session).</p> <p>- Mean age: 57 years (SD=12.7)</p>

<p>described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>- 83% married or living together</p> <p>- 68% female</p> <p>- Mean duration of illness 15.6 years (SD= 12.4)</p> <p>- Mean age at which the illness manifested was 42 years (SD= 15.3)</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>---</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>Assessments were made before treatment, at post-treatment after 10 weeks and 6 months follow-up.</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>- Disease activity</p> <p>- Functional, psychological and social status</p> <p>List measures used</p> <p>- Disease activity: Erythrocyte sedimentation rate (ESR), C-reactive protein (CRP), 30-m walking time and a joint score</p> <p>- Functional, psychological and social status: IRGL= Impact of Rheumatic Diseases on Health and Lifestyle, RA Knowledge Test (RKT), Pain Coping Inventory (PCI)</p>

<p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>CBT or OT: 10 weekly sessions of 2 hours in groups of 6-10 patients supported by a separate booklet. The first four sessions was information (same information for CBT and OT) about medical management of RA given by a rheumatologist for 1 hour. CBT and OT groups met at different times to avoid intergroup communication.</p> <p>CBT</p> <p>Aim: Coping with pain and disease related stress. Therapists were clinical psychologists trained in the program und supervised by a behaviour therapist. Sessions were tape recorded. Treatment package: biomedical information (4 hours), assessment of the patients' coping repertoire and self-management of active coping behaviour. Coping strategies were trained: progressive relaxation, rational thinking, active coping behaviours (distraction by pleasant activities, continuation of activities by reducing demands) and gal setting. Homework assignments were given which were discussed and evaluated in the following session.</p> <p>OT</p> <p>Aim: Coping with physical handicaps to improve the patients' physical condition. OT was given by an OT. Treatment: biomedical information (4 hours), energy conservation, joint protection and the use of various devices in performing daily life activities (trained by simulated real-life activities). They were trained by exercises aimed at reduction of stiffness and increase or maintenance of joint mobility. Homework assignments were given which were discussed and evaluated in the following session.</p>

<p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input checked="" type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Condition 3 consisted of a waiting-list control group (WLC)</p>
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Pre-treatment condition comparisons</p> <p>There were no significant pre-treatment differences on any dependent variable (physical functioning: mobility, self-care, pain/ psychological functioning: anxiety, depression/ social functioning: potential support, actual support, mutual visits)</p> <p>Intervening variables: pain coping and knowledge</p> <p>A significant interaction effect was observed only for 'distraction by pleasant activities'. A significant increase in this type of pain coping behaviour was only demonstrated in the CBT condition. Only CBT resulted in improvement in pain coping behaviour. It was a moderate amount of change in only one type of coping behaviour. A significant increase in the scores on the RKT was demonstrated in the CBT and the OT but not in the WLC.</p> <p>Disease activity</p> <p>A significant deterioration for 3 measures of disease activity, ESR, Thompson score and Walking time was showed. The CBT group showed a significant increase in ESR and Thompson score, the OT group a significant increase in Thompson score and Walking time. There was a progressive course of the disease in the RA patients in this study, as reflected in the laboratory and clinical measures.</p>

<p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Physical, psychological and social functioning</p> <p>Only minor variations occurred between pre-, post- and follow-up measures of the three conditions.</p> <p>Physical functioning measures for mobility, self-care and pain revealed significant time effect. There was an increase in pain between post-test and follow-up test. Psychological functioning variables of anxiety and depression yielded a significant time effect. There was an increase in depression between post-test and follow-up. Social functioning measures of potential social support, actual support and mutual visits yielded a significant time effect. Between post-test and follow-up there was a decrease in actual support. These findings suggest a general deterioration on pain, depression and actual support over time for the entire sample.</p> <p>Duration of RA, treatment condition and individual fluctuations in health status between pre-test and follow-up tests</p> <p>Condition and duration x condition were not significant contributing factors in the analyses. Patients with a relatively larger illness duration demonstrated negative changes in self-care, pain, anxiety and depression, while positive changes were revealed in patients with a relative short illness duration. These changes were not related to treatment condition.</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful?</p> <p>(if applicable)</p> <p>→ see above</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>Between pre-test and follow-up test 3 patients in the CBT and 3 patients in the OT dropped out. In 5 of these patients hospitalization or inability to attend the treatment due to a deterioration of their condition was the main reason for dropping out. In comparison with the participation patients, dropouts were older, reported less mobility, more pain, more depression and more anxiety (results from the pre-treatment measures).</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appropriate given study meth-</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>CBT and OT were both successful in increasing the patients' knowledge of RA, while only CBT resulted in moderate changes in pain coping behaviour. CBT and OT were ineffective in changing the patients' physical, psychological or social health status. There was a rather progressive course of the disease in the patients in this study. Relatively longer illness duration was found to be related to negative changes between pre-test and follow-up in self-care, pain, depression and anxiety, while positive changes were revealed in patients with a relatively short illness duration.</p>

<p>ods and results</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>CBT programs are geared to knowledge about biological mechanisms affecting inflammation, as well as to knowledge about coping behaviour effective in dealing with pain, physical ability and psychological distress. Interdisciplinary research is needed to advance our understanding of the biobehavioral mechanism in RA. Further research is needed to substantiate the effectiveness of OT in patient with RA.</p>
--	--

Critical Review Form – Quantitative Studies, Nr.46

Critical Review Form - Quantitative Studies

© Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M., 1998
McMaster University

NR. 46

CITATION:

Burns, J.W., Glenn, B., Bruehl, S., Harden, R.N., Lofland, K. (2003). Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: a replication and extension of a cross-lagged panel analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1163-1182.

Comments

STUDY PURPOSE:	Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/or your research
Was the purpose stated clearly?	A crossed-lagged panel design was used to determine whether
<input checked="" type="checkbox"/> Yes	a) early-treatment cognitive changes predicted late-treatment pain, interference, activity and mood changes, but not vice versa
<input type="checkbox"/> No	b) three cognitive factors (helplessness, catastrophizing and pain-related anxiety) made unique contributions to outcome
	c) substantial cognitive changes preceded substantial improvements in outcome
LITERATURE:	Describe the justification of the need for this study

<p>Was relevant background literature reviewed?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Active and critical ingredient of multidisciplinary programs including CBT is the process of cognitive change. These programs are effective in reducing pain, disability and depression, in decreasing use of medication and medical services and in returning patients to work. CBT produces pre-to post-treatment improvements. Three conditions must be met to support the notion that CBT causes outcome through cognitive change:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) changes in process and outcome factors should be correlated b) change in process factors should precede changes in outcome factors c) links between changes in cognitive and outcome factors should be specific to CBT <p>Changes in cognitive factors deliberately targeted by cognitive-behavioral interventions such as catastrophizing, pain helplessness and passive coping are indeed correlated significantly with changes in pain severity, disability and distress.</p> <p>Comparing cross-lagged correlations can aid greatly in ruling out reverse or reciprocal causation between process and outcome factors. Cognitive changes that occurred early in treatment predicted outcome changes that occurred late in treatment, but not vice versa.</p>
<p>DESIGN:</p> <p><input type="radio"/> randomized (RCT)</p> <p><input type="radio"/> cohort</p> <p><input type="radio"/> single case design</p> <p><input type="radio"/> before and after</p> <p><input type="radio"/> case-control</p> <p><input type="radio"/> cross-sectional</p> <p><input type="radio"/> case study</p>	<p>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.)</p> <p>Cross-lagged panel design</p> <p>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results.</p> <p>---</p>
<p>SAMPLE:</p> <p>N=65</p> <p>Was the sample</p>	<p>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?</p> <p>65 patients with chronic, benign musculoskeletal pain participated. They underwent multidisciplinary pain treatment at the Pain & Rehabilitation Clinic of Chicago (PRCC) (24 participants) or at the Rehabilitation Institute of Chicago (RIC) (41 participants). Exclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) malignant conditions, b) not read well enough English, c) suffering from current alcohol or substance abuse problems, d) history of psychotic or bipolar disorders.

<p>described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p>- n=36, 55% female</p> <p>- Low back pain: 53.8%, n=35)</p> <p>- Pain in greater than three sites: 19%, n=12</p> <p>- predominant leg pain:10.8%, n=7</p> <p>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?</p> <p>---</p>
<p>OUTCOMES:</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p>	<p>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up)</p> <p>Pre-treatment test, mid-treatment questionnaires at the end of the second and post-treatment questionnaires at the end of the fourth weeks of the programs.</p> <p>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure).</p> <p>-Catastrophizing, pain-related anxiety, pain helplessness (process factors)</p> <p>- pain severity, interference, activity level and depression (outcomes)</p> <p>List measures used</p> <p>Process measures</p> <p>- Helplessness about pain: The Arthritis Helplessness Index adapted and named as the Pain Helplessness Index (PHI)</p> <p>- Catastrophizing about pain: The Pain Catastrophizing Scale (PCS)</p> <p>- Pain-related anxiety: The Pain Anxiety Symptoms Scale (PASS)</p>

<p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p>	<p>Outcome measures</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depression: The Beck Depression Inventory (BDI) - Pain and general adjustment: Multidimensional Pain Inventory (MPI), The Pain Severity (PS), Interference (I) and General Activities (GA)
<p>INTERVENTION:</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input checked="" type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	<p>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</p> <p>They participated in four-week (five days a week) multidisciplinary treatment programs at either of the two sites. Both programs included treatment by a physician and medication interventions, physical and occupational therapies, education about pain and individual and group CBT sessions. The program was intended to improve psychological coping and physical functioning. Patients engaged in physical and occupational therapies approximately five hours per day. They participated in approximately two hours of individual and group CBT per week.. Individual and group CBT were geared specifically toward decreasing maladaptive thoughts and appraisals of pain and disability and teaching adaptive coping skills.</p>

<p>Co intervention was avoided?</p> <p><input type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input checked="" type="radio"/> Not addressed</p> <p><input type="radio"/> N/A</p>	
<p>RESULTS:</p> <p>Results were reported in terms of statistical significance?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> Not addressed</p> <p>Were the analysis method(s) appropriate?</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p>	<p>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</p> <p>Pre- to mid- to post-treatment changes</p> <p>All comparisons of pre- to mid-treatment scores and mid- to post-treatment scores were significant. The process and outcome variables change in expected directions and each variable showed significant changes from pre- to mid-treatment and from mid- to post-treatment (Table 2).</p> <p>Zero-order correlations among pre- to post-treatment change scores.</p> <p>Consistent with previous research the magnitudes of these associations are strong to moderate and directions of effects indicate that the improvements on all measures were intercorrelated (Table 3).</p> <p>Zero-order correlations among pre- to mid-treatment and mid- to post-treatment change scores → see pages 1171 and 1172</p> <p>Testing cross-lagged associations with hierarchical multiple regressions</p> <p>Pain Helplessness Index (Table 5): Early-treatment change in pain helplessness may have influenced late-treatment change in both pain severity and interference due to pain, whereas the converse relationships were not upheld.</p> <p>Pain Catastrophizing Scale: Early-treatment change in pain catastrophizing may have influenced late-treatment change in pain severity, whereas the</p>

<p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Clinical importance was reported?</p> <p>x Yes</p> <p>o No</p> <p>o Not addressed</p> <p>Drop-outs were reported?</p> <p>o Yes</p> <p>x No</p>	<p>converse relationship did not emerge.</p> <p>Pain Anxiety Symptoms Scale: Early-treatment change in pain-related anxiety may have affected late-treatment change in pain severity, whereas the converse relationship did not emerge.</p> <p>Common and unique contributions</p> <p>The majority of variance in late-treatment pain severity changes accounted for by early-treatment process change was shared by the three factors, implying the possibility of a common process underlying the separate constructs.</p> <p>Tests of change precedence</p> <p>The procedure provided an effect size value for each subject during each epoch → Table 6 for PHI, PCS, PASS, PS, I variables</p> <p>→ Comparisons of the proportions of early- and late-treatment changes implied that substantial changes in process factors generally did not precede substantial change in outcome..... (page 1177)</p> <p>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful?</p> <p>(if applicable)</p> <p>→ see above</p> <p>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</p> <p>---</p>
<p>CONCLUSIONS AND CLINICAL IMPLICATIONS:</p> <p>Conclusions were appro-</p>	<p>What did the study conclude? What are the implications of these results for occupational therapy Practice? What were the main limitations or biases in the study?</p> <p>Early-treatment reductions in pain helplessness, catastrophizing and pain-related anxiety were associated significantly with late-treatment reductions in interference and/or pain severity, whereas the other relevant cross-lagged associations (e.g. early-treatment pain severity change with late-treatment pain helplessness change) were nonsignificant.</p>

<p>priate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> No</p>	<p>Limitations:</p> <ul style="list-style-type: none">- inadequate operationalization- decrease of pain severity could have caused by other process factors- two-weeks lags may not have been sufficiently sensitive to accurately detect the timing of process and outcome change → session-to-session measures would have been better- Small sample: it not accurately represent the relevant population- Cross-lagged panel design is still a correlational one- Changing in maladaptive cognitions that occur during multidisciplinary treatment may be caused not by CBT, but rather by other activities taking place in such programs.
---	---

Anhang C

Anhang C zeigt die Studien, Systematic Reviews und Metaanalysen und Artikel, welche für Kapitel 2 verwendet werden, in Matrixform.

Tabelle 2. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 1.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren McCracken, L..M., Samuel, V.M.	The role of avoidance, pacing, and other activity patterns in chronic pain	Assessments: <u>PARQ</u> neue entwickelt und Reliabilität (adäquat) und Validität (mit 2 von 3 Subskalen signifikant) getestet aufgrund der Studie, nicht alle Items wurden in die Studie miteinbezogen <u>BDI</u> hohe internale Konsistenz, adäquate test-retest Reliabilität und Validität	-Beziehung zwischen persönlichen Faktoren und Aktivitätsverhalten ist klinisch relevant-Schmerzlokalisierung und Aktivitätsverhalten ist klinisch relevant Gruppe mit höchster Vermeidung und Beeinträchtigung zeigte tiefste Schmerzakzeptanz Gender Unterschiede im Schmerzverhalten LBP häufig Vermeider, L/UEP häufiger Medium Cyclers Pacing korrelierte pos. Mit Vermeidung und Beeinträchtigung	Aktivitätsmuster sind komplex zu messen und verändern sich über die Zeit Studie beruhte auf der Fähigkeit der TN sich zu erinnern Keine Biases erwähnt, kein ethic procedure erklärt
Jahr 2007		<u>CPAQ</u> wurde in anderen Studien angewandt, zeigt adäquate Reliabilität, Validität und Brauchbarkeit <u>PASS-20</u> Validität getestet im Vergleich zum Original		
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Cross-sectional Design		<u>SIP</u> Zufreindenstellende internale Konsistenz, temporal consistency reliability sehr gut, convergent/discriminant validity gut)		

Tabelle 3. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 2.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren McCracken, L..M., Yang, S.	The role of values in a contextual cognitive-behavioural approach to chronic pain	Assessments: <u>CPVI</u> sehr gute internale Konsistenzen <u>BC-MDI</u> convergent/discriminant validity, Sensitivity of 0.92, Specifity of .99, <u>CPAQ</u> siehe 1 <u>PASS-20</u> internal consistency reliability gut, siehe 1 <u>SIP</u> siehe 1	Erfolgreiches "Leben nach den eigenen Wertvorstellungen" stand in Beziehung zu Schmerzakzeptanz (but also accounted for unique variance in patient functioning beyond variance accounted for by acceptance) Resultate stimmen mit Interperatation überein: Wenn Werte als das eigene Handeln lenken, erfahren die Betroffenen relative bessere Levels von dailiy activity und emotional functioning	Assessments: CPVI: 6 domains, short numeric scale Selcected sample form the culture of the UK Not experiment or treatment study, results cannot confirm causal relations or treatment processes
Jahr 2006				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Cross-sectional Design				

Tabelle 4. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 4.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren McCracken L.M.	Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain	Assessments: <u>CPAQ</u> Reliabilität $\alpha=0.85$, Validität wird unterstützt durch standardisierte Messungen von Distress und daily functioning <u>BDI</u> siehe 1	Höhere Schmerzakzeptanz stand in Verbindung mit weniger Schmerzintensität, weniger Schmerz bezogener Angst und Vermeidung, weniger Depressionen, weniger physischer und psychosozialer Beeinträchtigungen, mehr „daily uptime“ und besserem Arbeitsstatus bei Betroffenen die eine Behandlung für chronische Schmerzen suchten	div. Biases: volunteer/referral bias und recall/memory biases shared method variance, Erfassungsmethoden Vertrauenswürdigkeit von Daten die zu einem Zeitpunkt erfasst wurden, ist fraglich
Jahr 1998		<u>PASS-40</u> mit internal konsistenten Subskalen mit adäquater test-retest Reliabilität, Validität von PASS als Indiz für Schmerz basierte Angst wird von Messungen anderer Instrumente unterstützt		
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Cross-sectional Design		<u>SIP</u> siehe 1		

Tabelle 5. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 5.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren McCracken, L. M. Vowles, K. E. Eccleston, C	Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method	Demographische und Schmerz bezogene Informationen wurden zu Beginn mit einem Fragebogen erhoben. <u>CPAQ</u> siehe 4 <u>BDI</u> siehe 1 <u>PASS</u> siehe 4 <u>SIP</u> siehe 1	-Akzeptanz ist in seinem Kern ein aktiver Prozess. Dieser verlangt vom Individuum, dass es weiterhin Funktionsfähig bleibt und an erfreuenden und stärkenden Aktivitäten des täglichen Lebens teilnimmt, auch wenn es Schmerzen erleidet.	-methodische Einschränkungen -Sample: waren alles Betroffenen die auf der Suche nach Behandlung waren
Jahr 2004				
Studientyp/ Design - case study				

Tabelle 6. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 7.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren McCracken L.M.	A Contextual Analysis of Attention to Chronic Pain: What the Patient Does With Their Pain Might Be More Important Than Their Awareness or Vigilance Alone	Assessments: <u>CPAQ</u> siehe 1 <u>PVAQ</u> internale und temporal konsistent, sagt Beziehungen mit Messungen von attention-related pain coping strategien voraus, was die Validität unterstützt	-grössere Levels der Aufmerksamkeit und tiefere Levels der Akzeptanz sind Prädiktoren für schlechtere Funktion. -Akzeptanz ist der bessere Prädiktor für Kognitive Funktionen und grössere Funktionsmuster (larger patterns of functioning) inkl. Emotionale, physische, soziale Aspekte. der momentane Ansatz zu Aufmerksamkeit, vor allem bei chronischen Schmerzpatienten bedarf einer breiteren Perspektive	div. Biases: attention bias, recall/memory bias Methoden sind correlational und beinhalten keine Manipulation von experimentellen Variablen. Richtung der beschriebenen Beziehungen kann nicht bestätigt werden Resultate können nicht generalisiert werden
Jahr 2007		<u>BDI</u> siehe 1 <u>MSPQ</u> reliable, valid information about heightened awareness of physical sensations		
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Cross-sectional Design		<u>PASS</u> siehe 4 <u>SIP</u> siehe 1		

Tabelle 7. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 9.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren McCracken L.M.	The Role of Pain-Related Anxiety Reduction in the Outcome of Multidisciplinary Treatment for Chronic Low Back Pain: Preliminary Results	---	geringere Werte der Schmerzbezogenen Angst zeigen signifikante Verbesserungen in Outcome-Variablen, unabhängig von niedrigeren Werten der Depression. -This suggests that it is reduction in the distressed behaviour specifically tied to pain that is critical to positive treatment outcome and not just reduction of general distress regardless of the specific source (McCracken et al 1996) S. 186 -Verbesserungen/Fortschritte sind möglicherweise ein Produkt des verminderten ängstlichen emotionalen Stresses als Reaktion zu empfundenen Schmerzen.	---
Jahr 1998				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Before - after design				

Tabelle 8. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 10.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren McCracken L.M., Vowles K.E.	A Prospective Analysis of Acceptance of Pain and Values-Based Action in Patients With Chronic Pain	Assessments: <u>CPAQ</u> siehe 1 <u>CPVI</u> siehe 2 <u>PASS</u> siehe 1 <u>BC-MDI</u> siehe 2 <u>SIP</u> siehe 1	-Messinstrumente für Schmerzakzeptanz und auf Werten basierendes Handeln sagen die spätere Funktionsfähigkeit von Betroffenen (chronische Schmerzpatienten die Behandlung suchen) voraus. -der Prozess der Schmerzakzeptanz und des auf Werten basierenden Handelns kann für analytische Zwecke unterschieden werden. In der Realität jedoch sind beide Prozesse miteinander verwoben. → Weitere Untersuchungen der ACT-Prozesse sollen zukünftig gemacht werden.	Vounteer/referral bias, attention bias, recall/memory bias Erfassungsinstrumente: self-report (siehe recall bias) Zeitintervall war fest gesetzt → Grenzen: keine präzises Intervall bekannt, wo diese Resultate Gültigkeit hätten
Jahr 2008				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Single design study				

Tabelle 9. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 11.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren McCracken L.M., Vowles K.E., Gauntlett-Gilbert J.	A Prospective Investigation of Acceptance and Control-Oriented Coping with Chronic Pain	Assessments: BPCI neue entwickelt, total score von CPAQ wurde benutzt um BPCI zu validieren <u>CPAQ</u> siehe 1 <u>SIP</u> siehe 1 <u>BDI</u> siehe 1 <u>PASS</u> siehe 4	-Schmerzverhalten wie das Weiterführen von Aktivität trotz Schmerz stand in Beziehung mit besserem physischen, psychosozialen und emotionalen Funktionieren über eine gewisse Zeit. -wenn Klienten vermehrt versuchten die Kontrolle über ihre Schmerzen zu bekommen, hatten sie erhöhte Schwierigkeiten, vor allem mit Schmerz, psychosozialen und anderen Beeinträchtigungen, mit Angst und Depressionen -Resultate stimmten mit anderen Resultaten überein und unterstützten die Brauchbarkeit von Akzeptanz, vom flexiblen Coping um sich chronischen Schmerzen anzupassen.	Attention bias, recal/memory bias, sample bias Ursache kann nicht bestätigt werden, da Korrelationsmethoden
Jahr 2007				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Single design study				

Tabelle 10. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 12.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Keogh, E., Bond, F.W., Hanmer, R., Tilston, J.	Comparing acceptance- and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women	Assessments: <u>SF-MPQ</u> hoher Grad an Konsistenz mit der Full-Version von MPQ <u>AAQ</u> gute psychometrische Eigenschaften und voraussagende Validität <u>SF-DASS</u> exelente Validität und Reliabilität <u>BIDR</u> gute Reliabilität und Validität	-Unterschiedliche Effekte von Akzeptanz-orientiertem Ansatz bei Schmerzkoping-Instruktionen zw. Männer und Frauen → wichtig zu wissen, dass Männer und Frauen anders sich verhalten im Umgang und im Coping mit Schmerz -Akzeptanz-orientierter Ansatz reduzierte subjektives Empfinden von sensorischen Schmerzen auf dem Schmerzreport, wenn diese mit dem CBT-orientierten Copinginstruktionen verglichen wurde. -weil ACT häufig auf Langzeitziele ausgerichtet ist und emotionale Faktoren angeht, profitieren Frauen möglicherweise eher von diesem Ansatz (spekulativ)	Limitierte Kopinginstruktionen für Testsituation, für eine klinische Anwendung ungeeignet Kopingstrategie nach ACT war schwierig zu vermitteln evtl. falsche Anwendung durch TN Akzeptanzbasierte Instruktionen waren nur beneficial beim Fragebogen zur Schmerzintensität und nicht bei der Schmerzgrenze, -toleranz
Jahr 2005				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Mixed-group design				

Tabelle 11. Übersichtsmatrix der Systematic Review und Metaanalyse 18.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Morley, ST., Eccleston, C., Williams, A.	Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behavioural therapy for chronic pain in adults, excluding headache	Die allgemeine Reliabilität der codierten Daten (Quelle, Design, Teilnehmende, Behandlungen, Messungen und deren Effektgrösse) war hoch.	Verglichen mit der Kontrollgruppe zeigte die CBT in allen Messbereichen signifikante Resultate. Mit anderen aktiven Behandlungen verglichen erreichte die CBT signifikant grössere Änderungen in den Bereichen Schmerzerfahrung, kognitive Bewältigung und Schmerzbeurteilung (positive Bewältigungsmessungen) und ein reduziertes Verhalten beim Ausdruck von Schmerzen. Es wurden keine signifikanten Unterschiede in den Bereichen Stimmung/Affekt (Depression und andere), kognitive Bewältigung und Schmerzbeurteilung (negative Bewältigungsmessungen wie z.B. Katastrophieren) und soziale Rollenfunktion gefunden. Aktive psychologische Behandlungen, die auf der CBT basieren (inklusive Verhaltenstherapie (behaviour therapy, BT) und biofeedback) sind bei Erwachsenen mit chronischen Schmerzen effektiv.	Es wurden nur publizierte Studien zwischen 1974 und 1996 einbezogen. Die sehr unterschiedlichen Messungen wurden in glaubwürdig definierte Bereiche gruppiert, was kein perfektes Vorgehen ist. Die Gewichtung der Studien im Schmerzbereich ist unüblich, weil sie mit positiven Effekten einhergehen. Die Gewichtung ist subjektiv und beliebig.
Jahr 1999				
Studientyp/ Design - Systematischer Review und Metaanalyse von 25 RCTs/Computer und Handsuche der Literatur anhand einer dreistufigen Suchstrategie				

Tabelle 12. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 19.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Morley, St., Williams, A., Hussein, S.	Estimating the clinical effectiveness of cognitive behavioural therapy in the clinic: Evaluation of a CBT informed pain management programme	Reliabilitätskoeffizient: - Pain (intensity, distress, interference): 0.69 - BDI: 0.81 - HADS anxiety: 0.84 - HADS depression: 0.82 - CSC catastrophizing: 0.78 - PSEQ: 0.92 - Five-minute walk: 0.94 - Five-minute walk: 0.94	Messungen: - Pain intensity, pain distress, pain interference - BDI - HADS anxiety - HADS depression - CSQ catastrophizing - PSEQ - Five-minute walk Resultate: Testpersonen, die vor der vier wöchigen CBT-Behandlung für chronische Schmerzen unter des "clinical significant change"(CSC)-Kriteriums lagen, blieben einen Monat nach der Behandlung dort. Die meisten Resultate zeigten keine Veränderungen, aber einige Patienten machten zuverlässige Fortschritte. Einige zeigten einen Rückgang oder einen klinischen Rückgang. Wenige Patienten, die vor der Behandlung über den CSC-Kriterien lagen, verschlechterten sich einen Monat nach der Behandlung. Ähnliche Resultate gab es beim Follow-up nach neun Monaten.	Die Auswahl der Messungen in diesem Rahmen ist eine Limitation. Die neun Resultate wurden nicht gleichmässig auf die möglichen Bereiche verteilt. Schmerz ist nicht stabil. Schmerzkriterien wurden vom allgemeinen Eindruck der Patienten über positive Veränderungen am Schluss der pharmakologischen Behandlung abgeleitet, was in diesem Rahmen nicht ganz adäquat ist.
Jahr 2008				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Before and after/Case-controlle				

Tabelle 13. Übersichtsmatrix des Artikels 29.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Keefe, F.J., Jacobs, M., Edwards, C.	Persistent Pain: Cognitive- Behavioral Ap- proaches to As- sessment and Treat- ment	---	bei Schmerzen - Assessments sind wichtig - Verschiedene Bereiche: - Schmerzerfahrung - Schmerzüberzeugung, - Erwartungen, Bewältigungs- strategien - Psychophysiologische Antwor- ten - Schmerzverhalten - Soziale, Umweltfaktoren and persönliche Faktoren, die Schmerzen beeinflussen und das Schmerzverhalten CBT ist in zwei Phasen eingeteilt: In eine "treatment-rationale phase", bei der die Patienten über den Schmerz und die Rolle, welche sie bei der Schmerzkontrolle spielen können, in- formiert werden. In der "skills-training phase" werden die Patienten über Schmerzkontrollfertigkeiten und über die Anwendung von diesen Fertigkeiten in schwierigen Schmerzsituationen in- struiert. Viele Patienten konnten die Medika- menteneinnahme durch den CBT-Kurs signifikant reduzieren.	---
Jahr 1997				
Studientyp/ Design - Artikel				

Tabelle 14. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 31.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Vowles, K.E., McCracken, L..M., Eccleston, C.	Patient Functioning and Catastrophizing in Chronic Pain: The Mediating Effects of Acceptance	Assessments: <u>CPAQ</u> siehe 1 <u>BDI</u> siehe 1 <u>PASS</u> siehe 4 <u>SIP</u> siehe 1 <u>Measures of physical functioning:</u> -timed walk and sit-to-stand repetitions	→ Analyseresultate sagen, dass der indirekte Effekt von Akzeptanz signifikant war für jede Variable (Schmerzin- tensität, Depression, Schmerz basierte Angst, physische u. psychosoziale Be- einträchtigung, timed walk, sit-to-stand) -keine Beweise für einen ausgleichen- den Effekt von Akzeptanz auf die Be- ziehung von der „Häufigkeit von Ka- tastrophieren“ und „Schmerzintesität“	Konnte nicht erfasst werden wie Ka- tastrophieren und Akzeptanz über eine Zeitspanne variieren, da cross-sectiona nature Erfassungsmethode limitiert um kom- plexes psychologisches Konstrukt zu erfassen Ursachen konnte nicht bestätigt werden wegen Analysemethoden
Jahr 2008				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Cross-sectional study				

Tabelle 15. Übersichtsmatrix des Artikels 32.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Linton, ST., Hellsing, AL.	Coordinating Occupational Rehabilitation: The Role of Cognitive-Behavioral Therapy	---	<p>CBT-Programme variieren stark</p> <p>CBT ist effektiv bei der Behandlung von chronischem Schmerz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CBT reduziert Schmerz - CBT erhöht den Aktivitätslevel - CBT bringt Patienten zurück zur Arbeit <p>Die meisten Programme sind auf Schmerzen im unteren Rücken fokussiert, solche für die oberen Extremitäten sind genauso wichtig.</p> <p>CBT-Assessments und Programme müssen auf den individuellen Patienten zugeschnitten sein.</p> <p>Es gibt viele verschiedene CBT-Techniken.</p> <p>Die CBT-Behandlung kann als Lehre bezeichnet werden.</p> <p>Gruppenbehandlungen sind kosteneffektiver.</p>	---
Jahr 1998				
Studientyp/ Design - Artikel				

Tabelle 16 (Teil 1). Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 34.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G., McCracken, L.. M.	How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain	<p><u>Credibility</u>: fragwürdig, weil</p> <ul style="list-style-type: none"> -wenig oder keine Zeitangaben in Bezug auf die Datenerfassung -nur eine spezielle Methode zur Datenerfassung -keine Angaben zu möglichen Mittel zur Selbstreflexion der Forscher -keine konkreten Angaben zur Triangulation -keine Angaben zu „member checking“ <p><u>Transferability</u>: keine detaillierten Angaben zum Setting und den Teilnehmer. Die Sortierungen wurden von den Teilnehmern allein durchgeführt und an die Forscher zurückgeschickt.</p> <p><u>Dependability</u>: mittelmässig, da</p> <ul style="list-style-type: none"> -klare Erklärung zum Vorgang des Erstellens der Q-Sets und zur Analysemethodik der Daten. -ausführliche Interpretation der Ergebnisse unterstützt mit Literatur -keine Angaben zu Entscheidungen die von den Forschern gefällt wurden, zu Gruppen- und Kategorienbildungen während der Datenanalyse (keine Angaben zum audit trail). 	<p>→ Zitat was Akzeptanz von chronischen Schmerzen meint:</p> <p>„to accept chronic pain means to acknowledge that a cure for pain is unlikely and to shift focus on to other aspects of life, all the time resisting the idea that acceptance is assign of personal weakness or failure in life“</p> <p>-Akzeptanz von chronischen Schmerzen ist nicht einfach eine Frage der Umweltadaptation oder im Hier und Jetzt leben</p> <p>-Die benötigte Veränderung um Schmerzakzeptanz zu erreichen, ist im Kern eine Veränderung von Zuschreibungen oder Ressourcen im Leben;entweder in Bezug auf ihre Ziele oder ihr Ausmass.</p>	Es wurden keine Limitations beschrieben, ausser, dass die Methodik bzw. die Aussagen der Q-Sets keine „Anti-Akzeptanz“- Aussagen zuliessen
Jahr 2003				
Studientyp/ Design - Qualitative Studie - Q-methodology-design				

Tabelle 16 (Teil 2). Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 34.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G., McCracken, L.. M.	How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain	<u>Confirmability</u> : fragwürdig, da: -keine Angaben zu Massnahmen zur Durchführung einer Selbstreflexion der Forscher -keine Angaben zu Kontrolle des gesamten Prozess durch Kollegenexperten -es gab ein Forscherteam, leider nicht ganz klar wer was gemacht hat -die Interpretationen der Daten wurde mit schriftlichen Erläuterungen von Teilnehmern zu den einzelnen Karten der Q-Sets unterstützt.		
Jahr 2003				
Studientyp/ Design - Qualitative Studie - Q-methodology-design				

Tabelle 17 (Teil 1). Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 40.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren White, D.C., Beecham, R., Kirkwood, K.	The Vocational Continuum: How to Make Sense of Vocational Outcomes After Group Cognitive Behavioural Therapy for Chronic Pain Sufferers	Psychologische Messinstrumente: - DASS ist standardisiert und wird breit angewandt. Er hat eine exzellente Reliabilität und Validität in klinischen Stichproben - RMDQ hat eine exzellente Reliabilität, Validität und Empfindlichkeit	- In dieser Studie werden physische und psychische Verbesserungen nach der CBT präsentiert. Obwohl die Teilnehmenden weiterhin mit Schmerzen leben, profitierten sie von reduziertem Stress und weniger Beeinträchtigung. - Chronische Schmerzen waren bei den meisten Teilnehmenden eine Barriere bei der Wiedereingliederung in die Arbeit oder bei der Erhöhung der Beteiligung bei der Arbeit vor der CBT.	Methodische Limitationen, in Bezug auf die Generalisation der Schlussfolgerungen → retrospektive und explorative Studie Die Datenanalyse konnte nur von der Hälfte der Teilnehmenden gemacht werden. Der Ausbildungsstatus der Teilnehmenden wurde nicht berücksichtigt.
Jahr 2008		- PSEQ zeigte eine gute test-retest Reliabilität und eine gute interne Konsistenz. - PRSS ist valide und sensibel in Bezug auf Veränderungen	- 50% der Teilnehmenden ging nach der CBT in Richtung Vollzeitätigkeit. Diejenigen, die zur Arbeit zurückkehrten, erhöhten die Arbeitszeit oder änderten die Absicht zur Arbeitsrückkehr.	
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Befor-after, case-control Design, retrospective, exploratory		-VAS hat eine gute Reliabilität und Reproduzierbarkeit - die physischen Performanzmessinstrumente (12-min walk test, 2-min stair climb test, 2-min sit to stand test, timed 20-m walk) sind auf chronische Patienten validiert	- Diejenigen, die in Richtung Vollzeitätigkeit gingen, zeigten eine signifikante Reduktion der Schmerzbarriere in Bezug zur Arbeitsrückkehr oder Arbeitszeiterhöhung. Trotzdem wurde nach dem CBT-Programm von einer Schmerzbarriere in Bezug zur Arbeitsrückkehr genannt. - Wenn durch die CBT die Partizipation in Bezug zur Arbeitsrückkehr durch die Anpassung der persönlichen Faktoren nicht verbessert werden kann, muss die Umwelt bzw. der Arbeitsplatz angepasst werden (ICF)	

Tabelle 17 (Teil 2). Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 40.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren White, D.C., Beecham, R., Kirkwood, K.	The Vocational Continuum: How to Make Sense of Vocational Outcomes After Group Cognitive Behavioural Therapy for Chronic Pain Sufferers		<ul style="list-style-type: none"> - Der finanzielle Status kann eine Rolle der Rückkehr spielen. - Eine kleine Untergruppe zeigte nach der CBT eine Arbeitsreduktion. Sie zeigte keine Veränderungen in Bezug auf die Schmerzbarriere. Die Hälfte dieser Gruppe blieb aber im Arbeitsprozess. 	
Jahr 2008				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Befor-after, case-control Design, retrospective, exploratory				

Tabelle 18. Übersichtsmatrix des Artikels 41.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Hayes, St.	Acceptance and commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies	---	-dieser Artikel erklärt ACT und zeigt wie sie mit der intellektuellen und praktischen Evolution in Verbindung steht -erklärt kurz die drei Wellen, ACT und RFT -gute Übersicht über die ganze Geschichte der CBT	---
Jahr 2004				
Studententyp/ Design - Artikel				

Tabelle 19. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Systematic Review und Metaanalyse 42.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Öst, L.G.	Efficacy of the third wave of behavioural therapies: A systematic review and meta-analysis	---	Behandlungsformen der 3. Welle: RCTs die bisher publiziert wurden, zeigen schlechte methodologische Vorgehensweisen auf, gerade im Vergleich zu den „alten“ CBT-Studien → Qualität der Studien fragwürdig - Effekt beider Therapieformen ACT und CBT war -der „mean effect“ war durchschnittlich. -bis jetzt gibt es keine Therapie der dritten Welle, welche die Kriterien einer „empirically supported treatment“ erfüllt.	-modifizierte Messinstrumente: es gibt keine etablierten, bekannten Instrumente um die methodische Qualität von Psychotherapie-Outcomes von Studien zu evaluieren. -Review wurde durch Qualität der integrierten Studien beeinflusst.
Jahr 2008				
Studientyp/ Design - Systematic review und Meta-analysis - ACT studies N=13 DBT studies N=13 CBASP studies N=1 IBCT studies N=2				

Tabelle 20. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der RCT 43.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Basler, H.D., Jäkke, C., Kröner-Herwig, B.	Incorporation of cognitiv-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: a controlled randomized study in German pain treatment centers	<p>Heidelberg Coping Scale (HCS), Düsseldorf Disability Scale (DDS) und "Pain-related self-statements scale" introduced by Flor et al. (1993)</p> <p>Validität: Skalen und Unterskalen wurden mit dem "West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)" und mit dem "Oswestry low disability questionnaire" verglichen</p> <p>Items wurden behalten, wenn sie eine gute konvergente und diskriminante Validität zeigten.</p> <p>Die Test-Retestreliabilität ist bei allen Unterkategorien der HCS und der DDS hoch.</p>	<p>Eine Behandlungskombination von kognitiv-verhaltenstherapeutischen und medizinischen Verfahren sind effektiver als rein medizinische Behandlungen. Effekte wurden bei der Schmerzkontrolle, bei Verbesserungen der Bewältigungsstrategien und bei der Reduktion von Beeinträchtigungen deutlich. Positive Veränderungen blieben während des Follow-ups. Die Schmerzintensität veränderte sich klinisch nicht signifikant. Medizinische Behandlungen hatten einen kleinen Einfluss auf das Ergebnis. Die günstigen Ergebnisse in Bezug auf die Beeinträchtigung motivieren, die kognitiven Verhaltensprozedere in die medizinische Standardbehandlung in Schmerzbehandlungszentren zu implementieren.</p>	<p>-Drop-outs: Aktionorientierter psychologischer Ansatz ist bei Frauen besser akzeptiert als bei Männer → mehr Männer wollten nicht teilnehmen → das Ergebnis wurde durch die Drop-outs beeinflusst</p> <p>- Therapeuten und Teilnehmende wussten von der psychologischen Behandlung</p> <p>- retrospektives Assessment</p> <p>- Selbsterfassung</p> <p>- keine Verhaltensbeobachtungen</p>
Jahr 1997				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - RCT, Before and after Case-controlled Design				

Tabelle 21. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 44.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Newton-John, T.R., Spence, S.H., Schotte, D.	Cognitive-behavioural Therapy versus EMG Bio-feedback in the treatment of chronic low back pain	<ul style="list-style-type: none"> - BDI, STAI, CSQ: Die Skalen haben genügend psychometrische Eigenschaften. - GALS: genügende Datenreliabilität 	<p>CBT and EMGBF sind bei kurzzeitigen Verbesserungen effektiv bei der Schmerzintensität, beim wahrgenommenen Beeinträchtigungsniveau, bei der adaptierten Schmerzüberzeugung und beim Depressionslevel. Diese Verbesserungen erwiesen sich bei der Kontrollgruppe nicht. Sechs Monate nach der Behandlung beim Follow-up wurden folgende Bereiche aufrechterhalten: Schmerzintensität, Schmerzüberzeugung und Depression mit zusätzlichen Verbesserungen bei der Angst und bei aktiven Bewältigungsfertigkeiten. Unerwartet gab es weder beim Post-Treatment noch beim Follow-up signifikante Unterschiede zwischen der CBT und der EMGBF bei allen Messergebnissen. CBT und EMGBF scheinen gleich wirksame Behandlungsansätze für CLBP-Patienten, die stark beeinträchtigt sind, zu sein.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ungenügende Stichprobengrösse - Handhabung von nicht spezifischen Faktoren bei beiden Behandlungen - Unterschiede der beiden Behandlungen zeigen sich erst später. EMGBF könnte effektiver sein. Ein Follow-up nach zwei Jahren wäre sinnvoll, ist aber mit dem methodischen Vorgehen der Studie nicht vereinbar. - Die beiden Behandlungen zeigen bei mittlerer Beeinträchtigung gleiche Wirkung, was aber nicht für alle CLBP-Patienten generell gilt
Jahr 1995				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Before and after/Case-controlled Design				

Tabelle 22. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 45.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Kraaimaat, F.W., Brons, M.R., Greenen, R., Bijlsma, J.W.J.	The effect of cognitive behavior therapy in patients with rheumatoid arthritis	-IRGL: Validität und Reliabilität sind genügend - PCI: Test-retest Reliabilitätskoeffizient (6 monatl. Intervall) ist zwischen 0.42 und 0.82.	CBT und OT sind bei der Wissenserhöhung über die RA erfolgreich. Nur die CBT zeigte moderate Veränderungen beim Schmerzbewältigungsverhalten. CBT und OT sind nicht effektiv bei physischen, psychologischen Veränderungen oder bei Veränderungen beim sozialen Gesundheitsstatus. Die Patienten dieser Studie hatten einen progressiven Krankheitsverlauf. Eine längere Krankheitsdauer zeigte negative Veränderungen bei der Selbstversorgung, beim Schmerz, bei der Depression und Angst zwischen dem pre-test zum follow-up. Positive Veränderungen hingegen wurden bei Patienten mit kurzer Krankheitsdauer gefunden.	- Der Krankheitsstatus und die Dauer sind verantwortlich für den fehlenden Effekt der CBT in dieser Studie. Eine höhere Effektivität der CBT kann bei Patienten mit einer weniger fortgeschrittenen RA erwartet werden. - OT war nur während 10 Gruppensitzungen, deshalb konnte der Nutzen der OT nicht bestätigt werden
Jahr 1995				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Before and after/Case-controlled Design				

Tabelle 23. Übersichtsmatrix basierend auf der Critical Review Form der Studie 46.

	Titel	Gütekriterien	Relevante Inhalte für Fragestellung	Grenzen der Studie
Autoren Burns, J.W., Glenn, B., Bruehl, S., Harden, R.N., Lofland, K.	Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: a replication and extension of a cross-lagged panel analysis	<ul style="list-style-type: none"> - PHI: Alpha Reliabilitätskoeffizient ist 0.71/0.76 - PCS: Test-retest Reliabilität (6 Wochen) ist 0.75, $p < 0.01$, die interne Konsistenz ist adäquat (Alpha Koeffizient für die ganze Skala: 0.87) - PASS: Interne Konsistenz der 40 Bereiche ist bei 0.88, exzellente Reliabilität, konvergente und angemessene voraussagende Validität - BDI: Exzellente psychometrische Qualität - MPI (PS,I, GA): Die interne Konsistenz und die test-retest Reliabilität der Unterkategorien sind adäquat 	Reduktionen durch frühe Behandlungen bei der Hilflosigkeit durch den Schmerz, beim Katastrophieren und bei der Schmerz basierten Angst zeigen einen signifikanten Zusammenhang mit Reduktionen durch spätere Behandlungen bei der Beeinflussung und/oder der Schmerzintensität. Hingegen gibt es umgekehrt keine Signifikanz zum Beispiel zwischen früher Schmerzintensitätsveränderung und der späten Hilflosigkeitsveränderung.	<ul style="list-style-type: none"> - nicht adäquate Operationalisierung - Die Abnahme der Schmerzintensität könnte durch andere Prozessfaktoren erfolgt sein - zwei Wochen Zeitabstand sind zu kurz, um den Prozess und die Veränderungsergebnisse zu ermitteln → Es hätte besser von Sitzung zu Sitzung gemessen werden müssen - zu kleine Stichprobe, welche nicht die Population repräsentiert - Cross-lagged panel design - Veränderungen des schlechten Verhaltens können nicht durch die CBT, sondern durch andere Aktivitäten des Programms entstanden sein
Jahr 2003				
Studientyp/ Design - Quantitative Studie - Cross-lagged panel design				