

De positieve invloed van aandachtstraining op de kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn

Ilse Lubbers – 6 juni 2007

Eindexamenopdracht afdeling Fysiotherapie Hogeschool Utrecht

Inleiding *Patiënten met chronische pijn gaan van behandelaar naar behandelaar. Een van de specifieke methoden voor de behandeling van chronische pijn is aandachtstraining. Aandachtstraining helpt patiënten om zichzelf te leren hoe ze moeten leven met pijn. Aandachtigheid (mindfulness) is het op een niet-oordelende wijze aanwezig zijn bij wat zich zowel intern als extern voordoet. In dit artikel wordt gekeken welke positieve bijdrage aandachtstraining kan leveren op de kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn.*

Methode *In het artikel worden eerst theoretische achtergronden uitgelegd en vervolgens worden artikelen uiteengezet in relatie tot de vraagstelling.*

Resultaten *Uit onderzoeken komt naar voren dat aandachtstraining positieve effecten teweeg brengt op het gebied van pijn, kwaliteit van leven, psychische uitputting en ook met betrekking tot de omgang met en acceptatie van de beperkingen en pijn. Deze effecten bleven vaak tijdens follow-up gehandhaafd. Ook de behandelaar kan door toepassing van aandachtigheid een positieve invloed uitoefenen op de relatie met de patiënt, dat ten goede komt van de behandeling.*

Conclusie *Aandachtstraining kan een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn. Deze positieve bijdrage wordt geleverd op de aspecten sociaal functioneren, mentale gezondheid, fysiek functioneren, lichamelijke pijn, vitaliteit, emotioneel functioneren, cognitief functioneren, algemene gezondheid en rolbeperkingen door fysiek en emotioneel functioneren. Ook is gebleken dat aandachtstraining de manier van omgaan met pijn en acceptatie van pijn op een positieve manier kan beïnvloeden.*

Inleiding

De aanleiding voor het onderwerp van dit artikel is ontstaan na een stage op de chronische pijnafdeling van Revalidatiecentrum De Hoogstraat. Deze stage heeft de interesse gewekt voor het gebied van de psychosomatische fysiotherapie. Op deze chronische pijnafdeling is door de fysiotherapeute een pilot gestart, waarin aandachtstraining in plaats van ontspanningstraining wordt gegeven aan patiënten met chronische pijn. Door deze pilot is de interesse ontstaan om de invloed van aandachtstraining uit te werken in een artikel.

Patiënten met chronische pijn ervaren aanhoudende onprettige sensaties die moeilijk te controleren zijn. De worsteling met de controle van deze sensaties wordt geassocieerd met de ervaring van een grotere beperking en psychische uitputting, terwijl acceptatie van chronische pijn wordt geassocieerd met een betere kwaliteit van emotioneel, sociaal en fysiek functioneren (McCracken, 2005). Patiënten met chronische pijn lijden en zijn vooral beperkt in het verwerken van gedeeltelijke alertheid, overweldigende invloeden van uitputtende gedachten en emoties, en van gewoonte patronen van ineffectieve ontwijking. Sommige chronische pijnpatiënten raken te gefocust op hun pijn en denken in negatieve termen over hun situatie. De patiënten lijden emotioneel van zowel hun gedachten, als gebeurtenissen buiten hun gedachten. Ze raken gefixeerd in herhalende patronen van niet-succesvolle omgang met pijn op manieren die hun functioneren beperken (McCracken, 2007).

Er zijn specifieke behandelmethoden ontwikkeld voor chronische pijn die zich richten op de processen van lijden en beperkingen. Een van deze specifieke behandelmethoden is gebaseerd op mindfulness (aandachtigheid). Deze methode, aandachtstraining, is ontwikkeld door Jon Kabat-Zinn (oprichter en directeur van de Stress Reduction Clinic van het gezondheidscentrum van de universiteit van Massachusetts) in 1979, en is gebaseerd op boeddhistische meditatietechnieken. Het ontwikkelde programma is Mindfulness Based Stress Reduction, ook wel aandachtstraining, genoemd. Dit programma is gebaseerd op de aanname dat de interactie tussen lichaam en geest behulpzaam kan zijn bij het verminderen van pijn en stress (Jain, 2007; Kabat-Zinn, 1982; Shapiro, 2006).

De kern van aandachtstraining ligt in het verschil tussen automatisme, leven op de automatische piloot, en leven met open aandacht. Leven met open aandacht betekent leven in het hier-en-nu. Aandachtigheid is het op een niet oordelende wijze aanwezig zijn bij dat wat zich zowel intern als extern voordoet (Baer, 2003; Bishop, 2002; Kabat-Zinn, 2003). Daarmee wordt het automatische handelen doorbroken en wordt de geest getraind. In de training leren mensen hun eigen kracht in te zetten om anders met zichzelf, met stress, pijn en vermoeidheid om te gaan. Aandachtstraining helpt patiënten om zichzelf te leren hoe ze moeten leven met chronische pijn (Kabat-Zinn, 1982).

Uit diverse onderzoeken is gebleken dat aandachtstraining van belang kan zijn. In een onderzoek van Carlson (2003; 2005) is aangetoond dat deelname aan een 8 weken durende aandachtstraining geassocieerd wordt met een toename in de kwaliteit van leven en een afname van stress symptomen bij patiënten met borst- en prostaatkanker. Davidson (2003) suggereert dat aandachtstraining kan leiden tot veranderingen in de hersenen, die geassocieerd worden met een effectievere omgang met negatieve emoties onder stress, evenals positieve veranderingen in de immuunfunctie (met betrekking tot een influenza vaccin). Recent is onderzoek gedaan naar de invloed van deelname aan aandachtstraining op het stoppen met roken. Deelname werd positief geassocieerd met het stoppen met roken en een afname in stress van deze deelnemers (Davis, 2007). Kaplan (1993) heeft aangetoond dat aandachtstraining een positieve invloed kan hebben voor patiënten met fibromyalgie. Onderzoek naar de kwaliteit van leven bij ontvangers van orgaantransplantaten (Kreitzer, 2005), heeft een positief effect laten zien op de kwaliteit van leven na het volgen van aandachtstraining. Patiënten met BED (binge

eating disorder) laten na het volgen van aandachtstraining een afname zien in de hoeveelheden en ernst van hun aanvallen (Kristeller, 1999).

Op basis van de aanleiding en de resultaten uit bovenstaande onderzoeken is de volgende vraagstelling geformuleerd:

Welke positieve bijdrage kan aandachtstraining leveren aan de kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn?

Eerst zullen de aspecten chronische pijn, kwaliteit van leven en aandachtstraining nader worden toegelicht. De vraagstelling zal in het artikel worden uitgewerkt naar aanleiding van literatuuronderzoek. Hierbij zullen de resultaten van diverse onderzoeken op het gebied van aandachtstraining worden uitgezet.

Wat is chronische pijn

Er is sprake van chronische pijn wanneer deze langer dan 6 maanden aanwezig is. Chronische pijn is een multidimensionele ervaring met sensorische, affectieve en cognitieve componenten. Deze componenten interacteren en dragen bij aan de uiteindelijke pijnreactie. Depressie en angst gaan vaak samen met chronische pijn. In patiënten met chronische pijn is de mate van pijn en lijden die wordt ervaren niet geloofwaardig geassocieerd met de hoeveelheid opgelopen weefselschade. Deze pijn kan langdurig blijven bestaan nadat de pijnlijke stimulus zelf verwijderd is (McCaffrey, 2003).

Wat is kwaliteit van leven

De definitie van gezondheid, gesteld door de wereld gezondheidsorganisatie in 1948, zegt dat gezondheid een staat is van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn. Kwaliteit van leven is hiermee gerelateerd en is gebaseerd op 4 basis metingen, namelijk lijsten van symptomen, status van de mentale gezondheid, activiteiten van het dagelijkse leven en het sociaal functioneren (Armstrong, 2007). Op basis hiervan zijn diverse vragenlijsten ontwikkeld, zoals de Sickness Impact Profile en de 36-item Short-Form Health Survey (Armstrong, 2007; Bergner, 1981; Ware, 1992). Aspecten van kwaliteit van leven zijn onder andere fysiek functioneren, lichamelijke pijn, algemene gezondheid, vitaliteit, mentale gezondheid, sociaal functioneren, emotioneel functioneren, cognitief functioneren, rol beperkingen door fysiek of emotioneel functioneren (Coons, 2000).

Wat is aandachtstraining volgens Kabat-Zinn

Aandachtstraining wordt gegeven in een cursus die ook wel “mindfulness based stress reduction program” heet (verder genoemd als aandachtstraining). Hierin wordt een training gegeven in een vorm van meditatie die ook wel mindfulness- of aandachtmeditatie wordt genoemd. Alle meditatie oefeningen worden onafhankelijk van de hiermee geassocieerde religieuze en culturele overtuigingen geleerd. Meditatie kan gedefinieerd worden als de bewuste zelfregulatie van aandacht van moment tot moment. Er zijn 2 soorten meditatie, namelijk de concentratiemeditatie en

de aandachtmeditatie. De aandachtmeditatie heeft zijn grondbeginselen in het Theravada Boeddhisme, waar het bekend is als sattipatana vipassana ofwel inzicht meditatie. De oefening in deze vorm van meditatie vooronderstelt concentratie om de constante aandacht te handhaven. In de uitvoering van aandachtmeditatie wordt niet één gebeurtenis beschouwd als een afleiding, deze gebeurtenis is slechts een ander object van observatie. Aan geen enkele mentale gebeurtenis wordt een relatieve of absolute waarde van belangrijkheid toegekend op basis van zijn inhoud. Alle gedachten worden hetzelfde behandeld: ze worden slechts waargenomen als ze verschijnen (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, 2003).

In de aandachtstraining worden 3 onderdelen geleerd, namelijk de lichaamsverkenning, meditatie (aandacht voor ademhaling en andere gewaarwordingen) en (hatha) yoga voor eenvoudige lichaamsbeweging. De aandachtmeditatie is hierbij de grootste zelfregulerende activiteit van de training. Een van de aandachtmeditatie oefeningen is de lichaamsscan, een 45 minuten durende oefening waarin de aandacht gericht is naar opeenvolgende delen van het lichaam, terwijl de deelnemers liggen met gesloten ogen. In de zittende meditatie worden de deelnemers geïnstrueerd om te zitten in een ontspannen en waakzame houding met de ogen gesloten, en de aandacht gericht op de sensaties van de ademhaling. De (hatha) yoga houdingen worden gebruikt om aandachtigheid te leren van lichaamssensaties gedurende de subtiele bewegingen en rekkingen. De deelnemers oefenen de aandachtigheid ook gedurende algemene activiteiten als lopen, staan en eten. Een belangrijke consequentie van het oefenen in aandachtigheid is de realisatie dat de meeste sensaties, gedachten en emoties fluctueren of van voorbijgaande aard zijn. Ze passeren als “golven in de zee” (Baer, 2003; Grossman, 2004).

De training bestaat uit een meestal 8 tot 10 weken durend programma. De training wordt gegeven in groepen, variërend tussen de 10 en 40 deelnemers. De groep kan heterogeen of homogeen zijn met betrekking tot de beperkingen of probleemgebieden van de deelnemers. De wekelijkse sessies duren gemiddeld 2,5 uur en er is één enkele sessie van een hele dag in een weekeinde aan het einde van de cursus. Omdat de ontwikkeling van aandachtigheid bepaald wordt door regelmatig en herhaald oefenen, zijn deelnemers verplicht iedere dag 45 minuten huiswerkoefeningen uit te voeren. Dit gebeurt in de vorm van meditatie oefeningen, aandacht yoga en het toepassen van aandachtigheid in situaties in het dagelijkse leven (Grossman, 2004; Kabat-Zinn, 1982; Proulx, 2003).

Methode

Om literatuur te vinden is gezocht op online databanken, namelijk pubmed en google (evenals scholar.google). Hierbij zijn de volgende trefwoorden gebruikt: mindfulness, mindfulness meditation, Mindfulness Based Stress Reduction, chronic pain, physiotherapy.

De oorspronkelijke onderzoeken van Kabat-Zinn over de invloed van aandachtstraining op chronische pijn dateren uit de jaren tachtig. Doordat deze

onderzoeken in bijna alle gevonden artikelen naar voren kwamen, is besloten deze artikelen mee te nemen als onderdeel van dit artikel.

Vanuit de gevonden literatuur is verder gezocht naar de aanvullende artikelen. Vervolgens zijn de belangrijkste artikelen uiteengezet en de resultaten en conclusies vergeleken. Om de kwaliteit van de artikelen te beoordelen is gebruik gemaakt van de scorelijst naar Koes et al. (1991) (Aufdemkampe, 2003). Op basis daarvan is een conclusie getrokken en de discussie geschreven.

Inclusiecriteria waren: onderzoeken/reviews met betrekking tot bovenstaande trefwoorden en artikelen gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar.

Exclusiecriteria: artikelen met een andere invulling aan aandachtstraining dan gebaseerd op het principe van Jon Kabat-Zinn.

Resultaten

In deze resultaten zal eerst een cyclus van chronische pijn uitgelegd worden. Ook zal de poorttheorie van pijn beschreven worden, waarop de invloed van aandachtstraining uit af te leiden is. Vervolgens wordt beschreven wat de invloed is van de behandelaar tijdens therapie. Ook zal beschreven worden wat het verschil is tussen aandacht en ontspanning. Daarna volgen de onderzoeken naar de invloed van aandachtstraining op chronische pijn en de kwaliteit van leven van deze patiënten.

Cyclus van chronische pijn

De cyclus van chronische pijn begint met een verhoogde focus op de pijn en de fysieke beperking. Deze obsessie kan vaak leiden tot een sociale isolatie en depressie. Fysieke beperkingen, een verkeerde dosering van pijnstillende medicatie, emotionele en psychische uitputting en de verstoring van persoonlijke relaties zijn de uitkomsten van een continuerende cyclus van chronische pijn. Verder kan een inadequate behandeling van chronische pijn de pijn verergeren in plaats van laten verdwijnen. Chronische pijn is moeilijk te behandelen en patiënten met chronische pijn worden vaak van de ene naar de andere behandelaar gestuurd in hun zoektocht naar hulp (McCaffrey, 2003).

Poorttheorie

De gedachte speelt een essentiële rol in de gewaarwording van pijn. De poorttheorie van pijn geeft voor deze perceptie een verklaring. Deze poorttheorie is ontwikkeld door Melzack en Wall in 1965. Zij suggereren dat een poortensysteem in het centrale zenuwstelsel de pijnbanen opent en sluit. De poorten kunnen geopend worden om pijn door de efferente en afferente banen te laten vervolgen van en naar de hersenen, of de poorten kunnen gesloten worden om deze pijnbanen te blokkeren. Het poort controle mechanisme voor openen en sluiten kan beïnvloed worden door zenuwimpulsen in de efferente banen. Efferente zenuwimpulsen worden aangedaan door een enorme variëteit aan psychologische factoren die bekend staan de hersenen te beïnvloeden.

De boodschap die door de hersenen verzonden wordt via de efferente pijnbanen naar de locatie waar de pijn gevoeld wordt, kan beïnvloed worden door de interpretatie van de gedachte aan de pijnsensatie. Veel externe factoren hebben invloed op de interpretatie van de pijn, zoals emoties en eerdere ervaringen met pijn en angst. Deze pijntheorie integreert de fysiologische, psychologische, cognitieve en emotionele componenten die de perceptie van pijn reguleren (Kabat-Zinn, 1982; McCaffrey, 2003).

Pijn kan beschouwd worden als een lichaam-geest fenomeen dat open staat voor therapieën die op dit fenomeen aangrijpen. Lichaam-geest therapie is een manier van behandelen die lichaam en geest bijstaat in de communicatie met elkaar en om de symptomen, die samengaan met pijn, op te lossen. Chronische pijn heeft een lichaam-geest connectie en daarom kan een lichaam-geest therapie de patiënt helpen in het reduceren van symptomen van chronische pijn. Voorbeelden van lichaam-geest therapieën zijn meditatie, ontspanning, cognitieve gedragstherapie, en ook aandachtstraining (McCaffrey, 2003).

Aandachtstraining en chronische pijn

Het voordeel van het gebruiken van meditatie voor de zelfregulatie van chronische pijn hangt er vanaf of de patiënt de mogelijkheid kan ontwikkelen om intense gevoelens in het lichaam te observeren als een kale gewaarwording. Door te oefenen kan de patiënt leren om bewust een houding van gedistantieerde observatie aan te nemen ten opzichte van een sensatie wanneer deze prominent in het veld van bewustzijn komt. Ook de begeleidende en onafhankelijke cognitieve processen welke leiden tot een evaluatie en labeling van de sensatie als pijnlijk, worden geobserveerd met een gelijke afstand. Wanneer deze aandachtige houding van gedistantieerde observatie regelmatig aangenomen wordt in de aanwezigheid van pijn, kan dit resulteren in een specifieke deconditionering van de alarmreactie op de primaire sensatie. Dit draagt bij aan een geleerde herkenning van de primaire sensatie. De nociceptieve signalen blijven onverminderd, maar de emotionele en cognitieve componenten van de pijnervaring, de pijn, het lijden, worden verminderd (Kabat-Zinn, 1982).

Invloed van de behandelaar

Om aandachtstraining te kunnen geven is het belangrijk dat de therapeut zelf ook deze methode kan toepassen. Aandachtstraining geeft de therapeut een mogelijkheid om die factoren te beïnvloeden die zorgen voor het meeste succes van een behandeling. In bijvoorbeeld de psychotherapie is gebleken dat factoren buiten de therapie, zoals karakteristieken van de patiënt, de kracht van sociale hulp naast de behandeling van de patiënt, het motivatieniveau en levensgebeurtenissen voor ongeveer 40% de uitkomst van de therapie bepalen. Placebo-effecten en de verwachting van veranderingen tellen voor ongeveer 15% van de uitkomst. De overige 30% wordt toegeschreven aan factoren gerelateerd aan de kwaliteit van de therapeutische relatie (Fulton, 2005).

Aandachtstraining beoefent diverse kwaliteiten die zeer geschikt zijn om een sterk therapeutisch verbond te bewerkstelligen. Aanhoudende oefening in aandachtigheid

is een voorwaarde voor de dwalende geest van de therapeut. Oefening brengt de gedachte terug naar het nu. En na verloop van tijd wordt de capaciteit voor aandacht versterkt. Wat aandachtigheid leert in onze eigen ervaring, is dat alle emoties vergankelijk zijn en niet ontvangen kunnen worden zonder angst. Uiteindelijk verliezen sommige emoties hun bedreiging. Dit wordt beschreven door de volgende metafoer:

Als een theelepel zout wordt toegevoegd aan een kopje water, dan smaakt het water sterk naar zout. Wanneer een theelepel zout wordt toegevoegd aan een kan vol met water, smaakt het water minder zout. Wanneer het zout wordt toegevoegd aan een vijver vol met water, dan is de zoute smaak nog verder verspreid. Oefening in aandachtigheid is als het worden van de grotere hoeveelheid water. Moeilijke emoties (als het zout) blijven bestaan, maar de kracht om te verstoren wordt verspreid in de openheid van de gedachte (Fulton, 2005).

Verschil tussen aandacht en ontspanning

Dunn (1999) heeft in een onderzoek gekeken of concentratie en aandachtmeditatie unieke vormen van concentratie zijn. Onderzocht is of meditatie elektrofysiologisch (op basis van EEG's) verschilt van een staat van ontspanning met gesloten ogen. Het resultaat ondersteunt sterk de visie dat concentratie en aandachtmeditatie verschillen van ontspanning. Gebleken is dat aandachtmeditatie en concentratie verschillende corticale patronen produceren in vergelijking met ontspanning. Dit resultaat, gekoppeld aan de subjectieve rapportages van de deelnemers, suggereert dat aandachtigheid en concentratie unieke vormen van bewustzijn zijn en buitengewoon verschillen van ontspanning. Ook wordt gesuggereerd dat concentratie en aandachtmeditatie unieke vormen van bewustzijn zijn en niet zomaar een mate van ontspanning. Davidson (2003) heeft gekeken naar het effect van aandachtstraining op de hersenen. Hierbij is de hersenactiviteit gemeten voor en na aandachtstraining in een 8 weken durend programma volgens Kabat-Zinn (1982). Er werden significante vergrotingen aangetoond van de linker anterieure hersenactiviteit, een patroon dat geassocieerd wordt met een positief effect in mentale en fysieke gezondheid. De prefrontale asymmetrische activiteit is veranderlijk en kan gevormd worden door training. Door grotere aandacht kan de kwaliteit van leven toenemen.

Invloed van aandachtstraining op chronische pijn

Een van de eerste en veelbelovende onderzoeken naar de invloed van aandachtstraining op chronische pijn is uitgevoerd in de jaren '80. Kabat-Zinn (1982) heeft onderzoek gedaan naar de invloed van aandachtstraining bij patiënten met chronische pijn. Dit onderzoek is uitgevoerd onder 51 patiënten. Patiënten werden ingesloten bij aanwezigheid van chronische pijn of een met chronische pijn gepaard gaande aandoening, waarvoor ze uitbehandeld waren. De grootste groepen patiënten omvatten lage rugpijn, pijn boven in de rug en schouders, cervicale pijn en hoofdpijn. De groep onderging een programma van 10 weken, met iedere week een sessie van 2 uur. Huiswerk werd meegegeven voor 45 minuten per dag, 6 dagen per week. De inhoud van training komt overeen met het originele programma, als beschreven in de inleiding, met daarin de onderdelen lichaamsverkenning, aandachtmeditatie en yoga. Een van de gebruikte meetinstrumenten was de McGill-

Melzack pain rating index, evenals de Body Parts Problem Assessment Scale, de Dermatome Pain Map, Table of Levels of Interference, Medical Symptoms Checklist, Positive States of Mind, de Hopkins Symptom Checklist (SCL90R) en de Multidimensional Health Locus of Control.

Na 10 weken liet 65% van de patiënten een significante reductie van meer dan 33% zien in de totale pijnindex en 50% liet een significante reductie van meer dan 50% zien. Ook werden significante en grote reducties aangetoond in stemmingswisselingen. Dit effect werd na 2.5, 4 en 7 maanden follow-up gehandhaafd. De meerderheid van de patiënten ervaarde een aanmerkelijke verbetering in hun condities gedurende de training. Verbetering werd geobserveerd voor alle categorieën chronische pijnpatiënten die deelnamen. De ervaring van patiënten die aandachtstraining uitvoeren suggereert dat een toename van bewustheid en sensitiviteit van de kenmerken van pijn en stress reacties in het moment zelf, leiden tot een spontane ontwikkeling van nieuwe cognitieve en gedragsmatige copingresponse met betrekking tot pijn en stress. Verminderde pijn leidt tot een verbetering in de kwaliteit van leven.

In een ander onderzoek van Kabat-Zinn et al. (1985) naar de invloed van aandachtstraining op patiënten met chronische pijn, is onderzoek gedaan bij 90 patiënten in vergelijking met een controle groep van 21 patiënten met chronische pijn. Inclusie criterium was dat de chronische pijn meer dan 6 maanden aanwezig was. De patiënten werden verwezen via 4 klinieken. De interventiegroep onderging een programma van 10 weken, met een zelfde inhoud en opbouw als het onderzoek van Kabat-Zinn in 1982 (zie inleiding). De controlegroep onderging reguliere behandeling, maar niet in enige vorm van zelfregulatie. De gebruikte meetinstrumenten waren de McGill-Melzack pain rating index, de Body Parts Problem Assessment Scale, Table of Levels of Interference, Medical Symptoms Checklist, Positive States of Mind, de Hopkins Symptom Checklist (SCL90R) en de Summary Outcome Questionnaire.

Er werden statistisch significante reducties aangetoond in de metingen van nu-aanwezige pijn, negatief lichaamsbeeld, inhibitie van activiteiten door pijn, medische symptomen en gemoedstoestand. Pijn gerelateerd medicijngebruik nam af. Activiteitsniveaus en gevoelens van eigenwaarde namen toe. De controlegroep liet geen significante veranderingen zien op deze metingen na traditionele behandelingsprotocollen. Bij follow-up na 15 maanden werden deze toenames in pijngerelateerd gedrag gehandhaafd, uitgezonderd nu-aanwezige pijn. Toename in activiteitsniveau (fysiek functioneren) heeft een positieve invloed op de kwaliteit van leven.

Bear (2003) heeft in een review gekeken naar de invloed van aandachtstraining als klinische interventie. Artikelen werden geïncludeerd met de zoekterm aandachtigheid of aandachtstraining, Engelse artikelen, artikelen die groepen vergelijken of voor-nametingen uitvoeren. Exclusiecriteria waren niet-gepubliceerde teksten, studies met betrekking tot niet-aandachtige vormen van meditatie en studies van aandachtstraining als gedefinieerd door Langer (een andere beschrijving van aandachtigheid).

Vier studies beschreven de effecten van aandachtstraining op chronische pijn. Over het algemeen werden significant statistische verbeteringen aangetoond met

betrekking tot pijnwaarden, andere medische symptomen en algemene psychologische symptomen. Veel van deze veranderingen werden gehandhaafd gedurende follow-up. Twee studies onderzochten het effect van aandachtstraining op fibromyalgie. Beide rapporteerden een verbetering in een verscheidenheid aan symptomen. Er werd gesuggereerd dat de patiënten de programma's volledig volgen, ondanks de hoge eisen voor huiswerkoefeningen. En dat grote aandeel van patiënten blijft doorgaan met het beoefenen van de taken lang nadat de training is beëindigd.

In een meta-analyse uitgevoerd door Grossman et al. (2004) is gekeken naar de gezondheidsvoordelen met betrekking tot aandachtstraining. Inclusiecriteria voor dit onderzoek waren een breed spectrum van klinische populaties, zowel gecontroleerde als observatie onderzoeken, Engelse artikelen en groepsinterventies. Onderzoeken werden uitgesloten als de informatie over de interventie niet compleet was, een slechte kwantitatieve gezondheidsevaluatie, inadequate statistische analyse en wanneer aandachtstraining niet de centrale component van de interventie was. Zowel de gecontroleerde als niet-gecontroleerde onderzoeken lieten significante resultaten zien. De bevindingen uit deze analyse suggereren het gebruik van aandachtstraining als interventie voor een grote diversiteit aan chronische aandoeningen en problemen. De consistente en relatief grote effect-sizes (mate van opvallendheid van een behandeling ten opzichte van de ruis in de meting) van zeer verschillende onderzoeken, geeft aan dat aandachtstraining de algemene kenmerken, van omgaan met psychische uitputting en de aandoening in het dagelijkse leven, zal vergroten.

Majumbar et al. (2002) heeft in een onderzoek gekeken of aandachtstraining een bijdrage levert aan gezondheid. Deze studie is uitgevoerd onder 21 patiënten. Inclusie criterium was patiënten met een chronische fysieke, psychologische of psychosomatische ziekte. Patiënten werden uitgesloten wanneer ze psychotisch of suïcidaal waren. De training duurde 8 weken, met iedere week een sessie van 2,5 uur. Patiënten werden geacht iedere dag 30 minuten te oefenen. De inhoud van het programma volgt de opbouw van Kabat-Zinn (1982). De gebruikte vragenlijsten waren de Hopkins Symptom Checklist (SCL90R), Positive Negative Affect Schedule, Befindlichkeitsskala (Zersser en Koeller), Freiburg Complaint List, Sense of Coherence en de Frage zur Lebenszufriedenheit (Questions on Life Satisfaction). De interventie leidde tot hogere niveaus van verbondenheid met de uitvoering van meditatie en tevredenheid met de voordelen van de cursus, evenals effectieve en blijvende significante veranderingen van symptomen (specifiek in psychische uitputting, welzijn en kwaliteit van leven). De veranderingen hadden gemiddeld-tot-grote effect-sizes. Bij de follow-up rapporteerden de deelnemers dat ze in staat zijn succesvoller te copen met hun bestaande symptomen, en aandachtstraining een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven.

Recent heeft McCracken et al. (2007) de rol onderzocht van aandachtigheid in relatie tot het functioneren van patiënten met chronische pijn. Honderdenvijf chronische pijnpatiënten die hulp zochten bij interdisciplinaire pijn management teams, kregen een gestandaardiseerde reeks vragenlijsten toegestuurd. Deze bestond uit de Mindfulness Attention Awareness Scale, de British Columbia-Major Depression

Inventory, Chronic Pain Acceptance Questionnaire, de Pain Anxiety Symptoms Scale, de Sickness Impact Profile en de Visual Analogue Scale (0-10). Correlatie analyses hebben aangetoond dat aandachtigheid significant gerelateerd is aan diverse metingen van het functioneren van de patiënt. Aandachtigheid droeg bij aan significante verschillen in metingen van depressie, pijngerelateerde angst, fysieke, psychosociale en andere aandoeningen. In ieder geval was een grotere aandachtigheid geassocieerd met een beter functioneren. De gecombineerde toenames van verschillen, verklaard door acceptatie van pijn en aandachtstraining, waren op zijn minst gemiddeld en in sommige gevallen bleken zij van potentieel belang. De resultaten tonen aan dat gedrag patronen, gekarakteriseerd als aandachtig, significant het psychische, sociale, cognitieve en emotionele functioneren voorspellen, evenals medicatiegebruik bij patiënten die behandeling zoeken voor chronische pijn.

Reibel et al. (2001) heeft onderzoek gedaan naar de invloed van aandachtstraining op gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven in een heterogene patiëntenpopulatie. Aan dit onderzoek namen 136 patiënten deel. De grootste groepen patiënten waren chronische pijn, hypertensie en angst/paniekstoornissen. De aandachtstraining bestond uit een 8 weken durend programma, met een sessie van 2,5 uur per week. Huiswerk werd meegegeven voor 20 minuten per dag, 6 dagen per week. De inhoud van het programma was overgenomen van de aandachtstraining volgens Kabat-Zinn (1982). De gebruikte vragenlijsten bij dit onderzoek waren de 36-item Short-Form Health Survey, de Medical Symptom Checklist en de Symptom Checklist-90 Revised. De resultaten tonen een significante verbetering van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, een vermindering van de fysieke symptomen, en een afname in psychische uitputting in de heterogene patiëntenpopulatie. De significante verbeteringen werden geobserveerd op alle aspecten van de 36-item Short-Form Health Survey, inclusief de aspecten vitaliteit, lichaamspijn, rol beperkingen veroorzaakt door fysieke gezondheid en sociaal functioneren. Na 1 jaar follow-up werd een handhaving van de initiële verbeteringen waargenomen. Er wordt gesuggereerd dat patiënten met chronische medische aandoeningen die deelnemen aan aandachtstraining, in staat zijn om positieve veranderingen in hun fysieke en mentale gezondheidsstatus te beïnvloeden, en een toename ervaren in kwaliteit van leven. Dit is waarschijnlijk het resultaat van een vergrote mogelijkheid tot het copen met stress, pijn en ziekte.

Plews-Ogan et al. (2005) hebben in een onderzoek gekeken naar de invloed van aandachtstraining versus massagetherapie op de management van chronische pijn. Tevens was een controlegroep aanwezig. Er waren 30 deelnemers, 10 per groep. Deelnemers werden ingesloten wanneer ze langer dan 3 maanden chronische musculoskeletale pijn hadden. Deelname was uitgesloten bij een gevangenenstatus, cognitieve beperkingen, geen betrouwbaar vervoer en zwangerschap. De controlegroep onderging een standaard behandeling, voortbordurend op eerdere behandelingen. De aandachtstraining bestond uit een 8 weken durend programma, met een sessie van 2,5 uur per week. Ook werden de deelnemers geacht zelf te oefenen. De inhoud van de aandachtstraining was gebaseerd op de originele training van Kabat-Zinn (1982). De massagegroep kreeg gedurende 8 weken, 1 uur per week een massage. De meetinstrumenten die gebruikt werden waren de Visual Analogue Scale (0-10) en de 12-item Short-Form Health Survey.

Gebleken is dat massage significante verbeteringen gaf in pijn, echter was dit voordeel weer verzwakt tijdens de 2^e nameting. Voor de groep met aandachtstraining was er een significante verbetering in vitaliteit, sociaal functioneren, rol beperkingen door emotioneel functioneren en mentale gezondheid, ook bij de 2^e nameting. Hoewel massage effectiever kan zijn voor de kortdurende reductie van pijn, heeft aandachtstraining een positieve impact op mentale gezondheid en kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn. Een effect dat lijkt aan te houden na afloop van de training.

Conclusie

Aandachtstraining kan een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn. Die positieve bijdrage wordt geleverd door een verbetering op de aspecten sociaal functioneren, mentale gezondheid, fysiek functioneren, lichamelijke pijn, vitaliteit, emotioneel functioneren, cognitief functioneren, algemene gezondheid en rolbeperkingen door fysiek en emotioneel functioneren (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, 1985; Majumbar, 2002; McCracken, 2007; Plews-Ogan, 2005; Reibel, 2001). Ook is gebleken dat aandachtstraining de manier van omgaan met pijn en acceptatie van pijn op een positieve manier kan beïnvloeden (Grossman, 2004; Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, 1985; Majumbar, 2002; McCracken, 2007; Reibel, 2001). Tevens is van belang dat de behandelaar zelf ook geschoold is in aandachtstraining, om een positieve invloed uit te kunnen oefenen op de patiënt-behandelaar relatie, die van grote invloed is op het slagen van een behandeling (Fulton, 2005).

Discussie

In dit artikel is gekeken naar de invloed van aandachtstraining op de kwaliteit van leven van patiënten met chronische pijn. Aan dit artikel zitten ook een aantal beperkingen. Na scoring van de artikelen met behulp van de scorelijst naar Koes et al (1991) is gebleken dat de artikelen van matige tot gemiddelde kwaliteit zijn. De voornaamste reden hiervoor is dat de onderzoeken niet geblindeerd zijn. Verder was de grootte van de onderzoeksgroepen in een deel van de onderzoeken klein. Ook ontbrak vaak een controlegroep. Verder waren er in de Nederlandse literatuur geen artikelen te vinden over aandachtstraining. Ook waren er geen artikelen te vinden in de combinatie fysiotherapie en aandachtstraining. Met betrekking tot de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is in de artikelen geen informatie gegeven.

In het onderzoek van McCracken et al. (2007) kwam naar voren dat aandachtstraining niet gerelateerd is aan leeftijd, geslacht, opleiding of chroniciteit van de pijn. Dit geeft aan dat deze onderdelen niet van invloed zijn op het wel of niet succes hebben van aandachtstraining, en dat dus in principe iedereen deel kan nemen aan aandachtstraining. Grossman et al. (2004) concludeert in zijn meta-analyse dat aandachtstraining een grote diversiteit aan individuen kan helpen om te copen met hun klinische en niet-klinische problemen. Ook Majumbar et al. (2002) concludeert

dat aandachtstraining een veelbelovende interventie lijkt te zijn voor verschillende chronische ziekten en psychosomatische aandoeningen.

Een van de vragenlijsten met betrekking tot kwaliteit van leven is de 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). Deze vragenlijst heeft een goede betrouwbaarheid en een redelijk goede validiteit (Brazier, 1992; Coons, 2000). De Sickness Impact Profile is een andere gebruikte vragenlijst. Deze vragenlijst heeft een hoge betrouwbaarheid en interne consistentie, terwijl de validiteit gemiddeld is (Berger, 1981; Coons, 2000). De 12-item Short-Form Health Survey (SF-12) is afgeleid van de SF-36. Er is een zeer hoge correlatie gevonden tussen de metingen van de SF-36 en de SF-12 (Gandek, 1998; Ware, 1996). Echter over de validiteit en betrouwbaarheid van deze vragenlijst is geen informatie gevonden. De Fragen zur Lebenszufriedenheit (Questions on Life Satisfaction; FLZ) vragenlijst heeft een goede betrouwbaarheid en een redelijke validiteit (Henrich, 2000).

Aandachtstraining is nog niet erg bekend in de fysiotherapie. Op Revalidatiecentrum De Hoogstraat is een pilot gestart, waarbij aandachtstraining wordt gegeven in plaats van ontspanningstraining. De eerste ervaringen uit de pilot zijn een toename van de concentratie, betere bewustwording, meer rust, beter slapen en vast houden van energie. Een andere uitkomst van deze bevindingen is dat men actief deelneemt aan de groep in plaats van de ontspanning passief te ondergaan. De waarde van deze ervaringen is laag vanwege het ontbreken van wetenschappelijke evidentie.

Relevantie voor fysiotherapie

Als beoefenaar van aandachtstraining kan de therapeut een positieve invloed uitoefenen op de relatie tussen patiënt en behandelaar. Dit komt ten goede van de behandeling (Fulton, 2005). Als fysiotherapeut kun je de patiënt een manier aanreiken, die de patiënt zelf leert omgaan met zijn pijn, evenals zijn kwaliteit van leven positief kan beïnvloeden. Als fysiotherapeut ben je bezig op functioneel niveau. Deze training kan de patiënt helpen om juist op dit functionele niveau (bijvoorbeeld het fysieke functioneren) een positieve invloed uit te oefenen. Wat weer een positieve invloed heeft op de kwaliteit van leven van deze patiënt.

Aanbevelingen verder onderzoek

Naar aanleiding van de conclusie is verder onderzoek aan te bevelen. In het bijzonder in de toepassing van aandachtstraining door fysiotherapie is nog veel onderzoek mogelijk. Ook zullen er onderzoeken van betere kwaliteit uitgevoerd moeten worden op grote groepen in geblindeerd en gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek.

Literatuur

1. Armstrong, D., Lilford R., Ogden J., Wessely S. *Health-related quality of life and the transformation of symptoms*. In: *Sociology of Health & Illness*, 29(4), 2007.
2. Aufdemkampe G., Berg J. van den, Windt D.A.W.M. van der. *Hoe vind ik het?* Tweede herziene druk. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Mechelen 2003.
3. Baer R.A.: *Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review*. In: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2003.
4. Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B., Gilson B.S.: *The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure*. In: *Medical Care*, 19(8), 1981.
5. Bishop S.R.: *What do we really know about mindfulness-based stress reduction?* In: *Psychosomatic medicine*, 64, 2002.
6. Brazier J.E., Harper R., Jones N.M., O'Cathain A., Thomas K.J., Usherwood T., Westlake L.: *Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measures for primary care*. In: *British Medical Journal*, 305(6846), 1992.
7. Carlson L.E., Garland S.N.: *Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients*. In: *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(4), 2005.
8. Carlson L.E., Speca M., Patel K.D., Goodey E.: *Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients*. In: *Psychosomatic Medicine*, 65, 2003.
9. Coons S.J., Rao S., Keininger D.L., Hays R.D.: *A comparative review of generic quality-of-life instruments*. In: *Pharmacoeconomics*, 17(1), 2000.
10. Davidson R.J., Kabat-Zinn J., Schumacher J., Rosenkranz M., Muller D., Santorelli S.F., Urbanowski F., Harrington A., Bonus K., Sheridan J.F.: *Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation*. In: *Psychosomatic Medicine*, 65, 2003.
11. Davis J.M., Fleming M.F., Bonus K.A., Baker T.B.: *A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers*. In: *Complementary and Alternative Medicine*, 7, 2007.
12. Dunn B.R., Hartigan J.A., Mikulas W.L.: *Concentration and mindfulness meditations: Unique forms of consciousness?* In: *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24(3), 1999.

13. Fulton P.R.: Chapter 3: Mindfulness as clinical training. In: Germer C.K., Siegel R.D., Fulton P.R. *Mindfulness and psychotherapy*, The Guildford Press, New York 2005.
14. Gandek B., Ware J.E., Aaronson N.K., Apolone G., Bjorner J.B., Brazier J.E., Bullinger M., Kaasa S., Lepke A., Prieto L., Sullivan M.: *Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 health survey in nine countries: results from the IQOLA project*. In: Journal of Clinical Epidemiology, 51(11), 1998.
15. Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H.: *Mindfulness-based stress reduction and health benefits; A meta-analysis*. In: Journal of Psychosomatic Research, 57, 2004.
16. Henrich G., Herschbach P.: *Questions on Life Satisfaction (FLZ^M) – A short questionnaire for assessing subjective quality of life*. In: European Journal of Psychological Assessment, 16(3), 2000.
17. Jain S., Shapiro S.L., Swanick S., Roesch S.C., Mills P.J., Bell I., Schwartz G.E.R.: *A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction*. In: Annals of Behavioral Medicine, 33(1), 2007.
18. Kabat-Zinn J.: *An outpatient program in Behavioral Medicine for chronic pain patients on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results*. In: General Hospital Psychiatry, 4, 1982.
19. Kabat-Zinn J.: *Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future*. In: American Psychological Association, 10, 2003.
20. Kabat-Zinn J., Lipworth L., Burney R.: *The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain*. In: Journal of Behavioral Medicine, 8, 1985.
21. Kaplan K.H., Goldenberg D.L., Galvin-Nadeau M.: *The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia*. In: General Hospital Psychiatry, 15, 1993.
22. Kreitzer M.J., Gross C.R., Ye X., Russas V., Treesak C.: *Longitudinal impact of mindfulness meditation on illness burden in solid-organ transplant recipients*. In: Progress in Transplantation, 15(2), 2005.
23. Kristeller J.L., Hallett C.B.: *An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder*. In: Journal of Health Psychology, 4(3), 1999.
24. Majumbar M., Grossman P., Dietz-Waschkowski B., Kersig S., Walach H.: *Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample*. In: The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 8(6), 2002.

25. McCaffrey R., Frock T.L., Garguilo H.: *Understanding chronic pain and the mind-body connection*. In: Holistic Nursing Practice, 17(6), 2003.
26. McCracken L.M., Gauntlett-Gilbert J., Vowles K.E.: *The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability*. In: Pain, (nog niet gepubliceerd), 2007.
27. McCracken L.M., Vowles K.E., Eccleston C.: *Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: a preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase*. In: Behaviour Research and Therapy, 43, 2005.
28. Plews-Ogan M., Owens J.E., Goodman M., Wolfe P., Schorling J.: *A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain*. In: Journal of General Internal Medicine, 20, 2005.
29. Proulx K.: *Intergrating mindfulness-based stress reduction*. In: Holistic Nursing Practice, 17(4), 2003.
30. Reibel D.K., Greeson J.M., Brainard G.C., Rosenzweig S.: *Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population*. In: General Hospital Psychiatry, 23, 2001.
31. Shapiro S.L., Carlson L.E., Astin J.A., Freedman B.: *Mechanisms of mindfulness*. In: Journal of Clinical Psychology, 62(3), 2006.
32. Smith J.E., Richardson J., Hoffman C., Pilkington K.: *Mindfulness-based stress reduction as a supportive therapy in cancer care: a systematic review*. In: Journal of Advanced Nursing, 52(3), 2005.
33. Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D.: *A 12-item short-form health study: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity*. In: Medical Care, 34(3), 1996.
34. Ware J.E., Sherbourne C.D.: *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection*. In: Medical Care, 30(6), 1992.