

Gudrun Maria Weiser

Dr. sc. hum

**Zur Bedeutung von „Bindung“ bei chronifizierendem Rückenschmerz  
Eine epidemiologisch fundierte Quer- und Längsschnittuntersuchung**

Geboren am 12.12.1967 in Sindelfingen

Diplom der Fachrichtung Psychologie am 13. Oktober 2004 an der  
Eberhard-Karls-Universität in Tübingen

Promotionsfach: Klinische Psychosomatik

Doktorvater: Prof. Dr. med. Wolfgang Eich

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Bedeutung von „Bindung“ bei chronifizierendem Rückenschmerz im Rahmen einer epidemiologisch fundierten, prospektiven Längsschnittuntersuchung genauer zu betrachten. Die Untersuchung zur Bedeutung von Bindung bei chronifiziertem, unspezifischem Rückenschmerz erfolgte als Erweiterung des BMBF-Forschungsprojekts „Schmerzgeneralisierung: Ein prospektiver bevölkerungsbezogener Survey mit klinischer Untersuchung“. Ein Erhebungszentrum dieser multizentrischen, epidemiologischen, prospektiven Längsschnittstudie war Heidelberg. Weitere Erhebungszentren waren Bochum, Lübeck, Marburg und Göttingen. Untersucht wurde mit postalischem Fragebogen Rückenschmerz, die assoziierten Risikofaktoren und die psychosozialen Konsequenzen von Rückenschmerz zu drei Zeitpunkten (T0, T1 nach einem Jahr, T2 nach einem weiteren Jahr). Das Projekt wurde von 2003 bis 2007 durchgeführt. Das Heidelberger Teilprojekt erweiterte die multizentrische Untersuchung um eine ausführliche klinische Untersuchung zu allen drei Zeitpunkten und ergänzte die Untersuchung durch eine Erfassung der Bindungseigenschaften zu T1 und ihre Bedeutung für das Ausmaß der Rückenschmerzen zu T2.

Die Auswahl der in das Untersuchungsdesign eingeschlossenen Probanden erfolgte mittels Zufallsziehung durch die Einwohnermeldeämter. Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Gesamtstudie waren die deutsche Staatsangehörigkeit, Alter zwischen 18 und 75 Jahren und Erstwohnsitz in der Untersuchungsregion. Letztlich konnten zu T1 insgesamt 188 Probanden mit unspezifischem, chronischem Rückenschmerz untersucht werden. Ein-Jahres-Follow up zu T2 erfolgte an n = 153 Probanden.

Das überraschende Ergebnis der Überprüfung der ersten Hypothese zeigt, dass „Bindung“ gemessen mit der AAS nicht in *direktem* Zusammenhang mit den Schmerzvariablen „Schmerzintensität“, „Schmerzausbreitung“ und „Beeinträchtigung durch den Schmerz“ steht. Bei der Untergruppe der Personen mit „unsicherer Bindung“ sind die Variablen psychischer Belastung (Depressivität, Ängstlichkeit, Somatisierung) stärker ausgeprägt als bei Probanden mit „sicherer Bindung“ (Hypothese 2).

Hypothese 3 zeigt, dass Rückenschmerzprobanden mit „unsicherer Bindung“ ausgeprägtere „dysfunktionale Schmerzverarbeitungsstrategien“ anwenden als Probanden mit sicherer Bindung.

Dies trifft im Besonderen auf die verhaltensbezogene Strategie „Vermeidung sozialer Aktivität“ und auf die Strategien emotionaler Bewältigung zu, wie „Angst und Depressivität“, „gereizte Stimmung“ und „gehobene Stimmung“.

Die weiteren Strategien verhaltensbezogener bzw. kognitiver Schmerzbewältigung unterscheiden sich nicht in Abhängigkeit vom „Bindungsmuster“. Dieses Ergebnis wird bei Betrachtung der Zusammenhänge zwischen bindungsbezogenen Einstellungen und den Coping-Strategien bestätigt. Umso ausgeprägter die bindungs-bezogenen Einstellungen „Nähe“ und „Vertrauen“, desto weniger wird „soziale Aktivität vermieden“ und desto weniger kommt es zu ängstlichen, ärgerlichen oder deprimierenden Gefühlen. Bei hoher Ausprägung der Bindungsdimension „Vertrauen“ können die Probanden eher um „soziale Unterstützung bitten“, sie fühlen sich weniger „hilflos“ und haben weniger „katastrophisierende Gedanken“. Die Bindungsdimension „Angst vor dem Verlassenwerden“ steht in positivem Zusammenhang mit „Angst und Depressivität“ und „gereizter Stimmung“. Weitere Hypothesen zeigen, dass sich Teilnehmer mit unterschiedlichen „Bindungsmustern“ weder hinsichtlich des „Schmerzesgeschehens“ (Hypothese 5) noch hinsichtlich der „psychischen Belastung“ (Hypothese 6) und der „Schmerzbewältigungsstrategien“ (Hypothese 7) nach einem Jahr unterscheiden.

Der Einsatz von Strukturgleichungsmodellen ermöglicht die Überprüfung der Beziehungen zwischen den nicht *direkt* beobachtbaren Variablen „Bindung“, „psychische Belastung und Schmerzbewältigung“ und „Schmerz“. Prospektiv erklärt dieses Modell 6% der Schmerzvarianz nach einem Jahr. Die ermittelten empirischen Daten konnten sehr gut durch das theoretische Modell abgebildet werden.

„Bindung“ hat im Modell selbst keinen *direkten* Einfluss auf „Schmerz“. Die Wirkung geht *indirekt* über die Variablen „psychischer Belastung“ („Depressivität“, „somatische Symptomschwere“ und „emotionale Schmerzbewältigung“). Überraschenderweise tragen die

verhaltensbezogenen und kognitiven Schmerzbewältigungsstrategien nicht bedeutsam zur „psychischen Belastung“ bei.

„Bindung“ hat über den bedeutsamen Einfluss auf psychische Belastungsfaktoren einen überzufälligen *indirekten* Effekt auf Schmerz auch prospektiv nach einem Jahr. „Bindung“ bei der Untersuchung und Behandlung von Menschen mit chronischem Rückenschmerz zu erfassen erscheint wichtig und sinnvoll. Differenzen zwischen Subgruppen können aufgezeigt werden. Bei unsicher gebundenen Schmerzpatienten erscheint ein spezieller Fokus auf die interpersonalen Defizite als Erfolg versprechender Weg.