

Psychologische Aspekte in der ärztlichen Anamnese und Diagnostik

1

Die psychische und psychosoziale Dimension

- Bei ausgeprägter Diskrepanz zwischen gering objektivierbaren organischen Veränderungen und dem Vorhandensein von ausgeprägten chronischen Schmerzen ist es wichtig die psychosozialen Faktoren des Patienten zu klären und interdisziplinär herauszuarbeiten, warum der Patient eine "somatische Lösung" gefunden hat.

(Man denke in der VT an die positive Verstärkung durch Zuwendung, die Schmerzpatienten in Ihrer sozialen Umgebung erhalten können).

2

Psychologische Anamneseerhebung

Wesentliche schulenübergreifende Inhalte einer Anamnese

- Aktuelle und frühere Beschwerden und Erkrankungen
- Aktuelle psychosoziale Belastungen
- Aktuelle Lebens- und Arbeitssituation
- Krankheitsmodell und kausale Attributionen
- Bewältigungsstrategien
- Familienanamnese
- Biographische Belastungsfaktoren
- Psychische Komorbiditäten

3

Erstes Gebot: Eingehen auf die aktuelle Schmerzsymptomatik

- Beachtung von affektiven Attributen:
„quälend, zermürend, mörderisch“
(im Ggs. zu sensorischen Qualitäten: „stechend, reißend, brennend“)
- Modulationsunfähigkeit: „Tag und Nacht die gleichen Schmerzen“. Als erster Hinweis auf eine psychosomatische Mitbedingtheit.
- Vage Beschreibungen, dramatisierende Schilderungen können Hinweise auf eine bedeutsame psychische Dimension sein

4

Angaben zum Medikamenteneinnahmeverhalten

- Verharmlosung von Medikamenteneinnahme: Hinweis auf z.B. einen durch Analgetika induzierten KS.
- Angst vor Medikamentenabhängigkeit: Hinweis auf Suchtanamnese, auch familiär.

5

Subjektive Erklärungsversuche

- Rückenschmerzen werden auf ein Bagateltrauma am Arbeitsplatz (Konflikt) bezogen.
- Kopfschmerzpatient äußert im ersten Gespräch Befürchtungen an einem Tumor zu leiden.

6

Vorbestehende Beschwerden

- Es wird ein vermeintlich lokales Schmerzproblem präsentiert (Zuvor Aufsuchen verschiedenster Ärzte wegen unterschiedlicher unspez. Beschwerden.
- Aushalten vieler organischer Erkrankungen in der Vorgeschichte, danach Auftreten einer depressiven Erschöpfung mit Erklärung durch eine nur gering organisch erklärbare Schmerzsymptomatik

7

Aktuelle Lebens –und Arbeitssituation

- 1/3 von Kopfschmerzpatienten:
- zeigten berufliche Belastungen
- Ehe –und Partnerschaftsprobleme
- Beziehungskonflikte in der Familie
- Psychosoziale Belastungen können bedeutsame Zeitpunkte für die Krankheitsentwicklung, bzw. auch Auftreten einer Schmerzkrankheit sein.

8

Mögliche Prädiktoren für die Schmerzchronifizierung

- Berufliche Belastungsfaktoren
- Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Aktivität ist oberstes Prinzip der Schmerztherapie)
- Nicht abgeschlossenes Rentenverfahren
- Sekundärer Krankheitsgewinn: Regressansprüche an einen Unfallgegner, soziale Gratifikationen, Rentenzahlungen können eine Therapieresistenz begründen. Oft sind die geschilderten Schmerzen objektiv nur unzureichend erklärbar. Solche Zusammenhänge sind dem Pat. häufig nicht bewusst und können als bewusste Simulation verwechselt werden.

Man denke hierbei an eine Begutachtung !!!
Eine deutliche Beschwerdebesserung würde den Rentenanspruch als unberechtigt erscheinen lassen.

9

Die Vermeidensfrage

- Was würde sich bei Schmerzfreiheit ändern ?
„ Ohne Schmerzen wäre ich beruflich erfolgreich“

Ein Patient mit deutlichen beruflichen Leistungsknick, bisher schmerzreaktiv gewertet, stellt sich nun eher in der Diagnostik in einer klassischen narzisstischen Krise dar.

10

Sekundär psychische Phänomene

- Bei nozizeptiven und neuropathischen Schmerzen (klarer organischer Hintergrund): Auftreten von sekundär psychischen Phänomenen (Gereiztheit, Angst vor erneuten Schmerzattacken, dysphorische und depressive Verstimmung)

11

Krankheits –und Schmerzverarbeitungsmuster

- Bei Chronifizierung von Rückenschmerzen wurden entscheidende pathogene kognitive Prozesse festgestellt:
- External-fatalistische Kontrollüberzeugungen
- Katastrophisieren
- Niedrige eigene Kompetenzeinschätzung
- >> Vermeiden körperlicher und sozialer Aktivitäten >> weitere Verstärkung der Chronifizierung

12

Krankheits –und Schmerzverarbeitungsmuster

- Durchhaltestrategien ohne Ruhe –und Entspannungsphasen führen zu
>> biomechanischen Überlastung und psychischen Erschöpfung.

Studien zu Chronischen Rückenschmerzen zeigten, dass kognitive Konzepte der Krankheitsverarbeitung eine größere Bedeutung bei der Chronifizierung haben, als das Ausmaß objektiver somatischer Befunde.

13

Biographische Risikofaktoren für somatoforme Erkrankungen

- Physischer oder psychischer Missbrauch
- Suchtprobleme in der Herkunftsfamilie
- Emotional karge Erziehung und frühe Überforderung im Leben.
- Verlust von nahen Bezugspersonen
- Sündenbockfunktionen für Konflikte
- >> Auswirkungen auf emotionale Entwicklung und die individuelle Schmerzverarbeitung.

14

Schmerz als körperlicher Ausdruck des psychischen Leidens

- Schmerz als Lösung eines ungelösten Konfliktes und der Funktion der psychischen Stabilisierung.
- >> Somatoforme Schmerzstörungen
- >> Verarbeitung und Ausgestaltung organisch begründbarer Schmerzphänomene kann die somatische Behandlung komplizieren.

15

Familienanamnese

- Eltern mit chronischen Schmerzsyndromen
>> Frühes Modelllernen bei entsprechender Familiendynamik.
- Der thorakale Schmerzanfall:
>> Im Zusammenhang mit einer Herzerkrankung naher Bezugspersonen.
>> DD: Angsterkrankung bis hin zur dissoziativen Symptomatik.
- Belastungen durch psychiatrische Erkrankungen oder Abhängigkeitserkrankungen haben Einfluss auf den Umgang mit eigenen psychischen Problemen oder Medikamenteneinnahme.

16

Komorbidity von Schmerzchronifizierung und psychischen Erkrankungen

- Somatisierungsstörung
- Depression
- Angststörungen

>> Hinweis auf eine psychische Störung kann ein hoher Leidensdruck und eine Therapieresistenz trotz adäquater Behandlung sein.

17

Die posttraumatische Belastungsstörung – Eine weitere Komorbidity

- Vor allem bei unfallkorrelierten Schmerzphänomenen
- Psychische Beschwerden: Psychovegetative Reaktionen, depressive Störungen, Angstsymptome, Suchtphänomene.
- Genaue Differenzierung ist wichtig und schwierig zwischen kausaler, funktioneller und rein psychogener Bedingtheit.

18

Die posttraumatische Belastungsstörung – Eine weitere Komorbidität

- Ätiologie der Traumata:
Missbrauch
Kriegserlebnisse
Lebensbedrohliche Unfälle.

Unterschiedliche psychodynamischen
Auswirkungen durch Zeitpunkt des Traumas
Therapie muss die prätraumatische
Persönlichkeitsentwicklung und psychische
Ressourcen berücksichtigen

19

„Anamnese ist Interaktion“

- Anamnese ist auch Interaktionsanalyse
- Beobachtung des Schmerzverhaltens
- Beurteilung der Schmerzbeschreibung
- Übertragungs- und
Gegenübertragungsphänomene

20

Wie reagiert der Therapeut auf den Patienten ?

- Z.B. aggressive Gegenübertragung als Hinweis auf eine narzisstische Problematik
- Sachlich karge und emotionslose Schilderung des Pat. als Hinweis auf Abspaltung von Gefühlen bei früh entstandener psychosomatischer Problematik

21

Psychometrische Verfahren

- Erfassung der Schmerzintensität, des Schmerzerlebens und –Verhaltenes, der kognitiven Schmerzbewältigung, der schmerzassoziierten Behinderung und Beeinträchtigung
- Selbsteinschätzung anhand von Skalen und Fragebögen
 - >> Einschätzung des Schweregrades der psychischen Beeinträchtigung durch die Schmerzen sowie auch Einschätzung affektiver Störungen.

22

Verschiedenste Skalen und Fragebögen

- Eindimensionale Schmerzskalen: Visuelle, verbale oder numerische Skalen.
- Adjektivskalen: McGill Pain Questionnaire (MPQ), 20 Item-Klassen, jeweils 2-6 schmerzbeschreibende Adjektive.
Erfassung von affektiven, sensorischen und kognitiv-bewertenden Dimensionen.

23

Verschiedenste Skalen und Fragebögen

- Mehrdimensionale Fragebögen:
Messung von Parametern der Lebensqualität:
Körperliche, psychische, soziale und funktionale Gesundheit.

Messung bzw. Erfassung von schmerzkorrelierten Einschränkungen von Alltagsaktivitäten

Befindlichkeitsskalen.

Allgemeine Depressionsskala
Z.B. Deutscher Schmerzfragebogen der DGSS

24

29) Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht/entsprochen hat.
selten = weniger als 1 Tag oder überhaupt nicht · **manchmal** = 1 bis 2 Tage,
öfters = 3 bis 4 Tage lang · **meistens** = die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang).

Während der letzten Woche ...	selten oder nicht	manchmal	öfters	meistens
	0	1	2	3
1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. hatte ich kaum Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. fühlte ich mich einsam, sogar wenn ich mit Menschen zusammen war	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. fühlte ich mich innerlich angespannt und verkrampft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. war ich deprimiert/niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. war alles anstrengend für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. dachte ich oft an Selbstmord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. hatte ich Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. habe ich schlecht geschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. fühlte ich mich innerlich leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. habe ich weniger geredet als sonst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. fühlte ich mich einsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. waren die Leute unfreundlich zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. sah ich ohne Hoffnung in die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. mußte ich weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. war ich traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. hatte ich das Gefühl, daß die Leute mich nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. konnte ich mich zu nichts aufraffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25

Multiaxiale Schmerzklassifikation für die psychosoziale Dimensionen bei Schmerzkrankheit

- MASK-P: Diagnostik nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und Forschung (DGPSF) und der DGSS, ICD-10, Kapitel V (F) oder OPD.

Klassifizierung der am Krankheitsgeschehen beteiligten psychischen Faktoren

Diagnosestellung primär behandlungsbedürftiger psychischer Erkrankungen mit Leitsymptom Schmerz

Hilfreiche Kriterien zur Entscheidung für Psychotherapie

- Schmerzverstärkende psychosoziale Faktoren oder kognitiv negative Bewältigungsstrategien bei sonst organisch erklärbaren Schmerzzuständen im Vordergrund ? >> Kognitiv-behaviorale Schmerzbewältigungsstrategien.
- Überwiegen einer psychosomatischen Bedingtheit von Schmerzzuständen, begleitende psychische Erkrankungen oder eine primäre somatoforme Schmerzstörung:
>> Psychotherapie hat den Vorrang.

27

Die Multimodale Schmerzbehandlung

- Erfordert neben der somatischen, psychologischen Therapieverfahren auch weitere Maßnahmen wie
- Entspannungstechniken.
- Kreativ-therapeutische Verfahren.

28

Einige Grundregeln der Psychologischen Diagnostik

- Pat. mit komplexen somatopsychischen oder psychosomatischen chronischen Schmerzsyndromen bedürfen einer fachkompetenten Psychodiagnostik.
- Es gibt eine weites Spektrum von Störungen, die zu differenzieren sind.

Verlaufsbeeinflussende psychosoziale Faktoren

Inadäquate Krankheits –und Schmerzverarbeitung

29

Einige Grundregeln der Psychologischen Diagnostik

- Frühzeitige Integration der psychologischen Diagnostik in ein interdisziplinäres Konzept der Diagnostik und Therapie ist sinnvoll.
- „Die individuelle Schmerzempfindung eines Pat. ist als subjektive Realität zu respektieren“.
- Die subjektive Leidensebene und ihre psychischen Ursachen müssen vor dem Einsatz symptomatischer, insbesondere invasiver oder pharmakologischer Maßnahmen stärker berücksichtigt werden.
- >> Somit kann dann auch der iatrogene Anteil einer Chronifizierung verhindert werden

30