



Wenn der Schmerzpatient nicht arbeitet

Phänomene der dysfunktionalen Beschwerdenbewältigung als Rehabilitationshindernisse

Thomas Knecht

Psychiatrische Klinik, Münsterlingen

Quintessenz

- Die Probleme bei der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von chronischen Schmerzpatienten sind von grosser Tragweite für das Medizinal- und Sozialversicherungswesen.
- Wenig stichhaltige Gutachten ziehen oft mühselige Rechtsstreitigkeiten nach sich. Obwohl sich die Patienten selbst als körperlich leidend deklarieren, wird der Psychiater oft als letzte medizinische Untersuchungsinstanz herangezogen.
- In vielen Fällen ist keine genuine psychiatrische Störung mit Krankheitswert zu diagnostizieren; dagegen finden sich oft erhebliche Diskrepanzen zwischen zugemuteter und realisierter Arbeitsfähigkeit sowie zwischen präsentem Beschwerdebild und objektiver Befundlage.
- Eine Reihe von klinischen Phänomenen bzw. psychologischen Konstrukten erweisen sich als hilfreich bei der Schliessung solcher Erklärungslücken.

Summary

If the pain patient doesn't work.

Factors in dysfunctional symptom control as obstacles to rehabilitation

- *The problems of diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with chronic pain syndromes are of major importance for public healthcare and social insurance.*
- *Expert opinions of low validity often give rise to wearisome litigation. Even though these patients declare themselves physically ill, psychiatrists are often called in as the last in a long line of medical experts.*
- *In many cases no genuine psychiatric disorder of clinical significance is to be found. On the other hand, there are often wide discrepancies between a patient's assessed and actual working capacity, and between the symptoms presented and the objective findings.*
- *A number of clinical factors and psychological constructs have proven of assistance in closing such gaps in the assessment of work incapacity.*

Einleitung

Die rapide Zunahme von IV-Rentenbezüglern mit chronifizierten psychosomatischen Beschwerdebildern, deren Leitsymptomatik vorwiegend in diffusen, schwer einschätzbaren Schmerzen, vorab des Bewegungsapparats, besteht, stellt ein ernstes Problem für das Sozialversicherungswesen dar.

Nicht selten werden auch Psychiater beschuldigt, durch allzu bereitwillige Attestierung von ausge-

dehnten Arbeitsunfähigkeiten dieser ungunstigen Entwicklung Vorschub zu leisten. In der Tat hat diesbezüglich in den letzten Jahren – nicht zuletzt auch unter dem Druck der zunehmenden Verschuldung der Invalidenversicherung – eine gewisse Neugewichtung stattgefunden und zwar sowohl auf der Ebene der Ärzteschaft als auch der Rechtssprechung.

Noch im Jahre 1998 zogen Kissel und Mahnig [1] von der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) Zentralschweiz die Bilanz, dass knapp 80% ihrer Fibromyalgie-Patienten als zu 50% arbeitsunfähig zu betrachten seien. Dies notabene bei einem Störungsbild, welches in Europa eine Prävalenz bis zu 6% zeigen könne.

Demgegenüber steht heute ein Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts Luzern, wonach somatoforme Störungen per se nicht invaliditätsbegründend sind. Ohne Zweifel besteht jedoch ein breiter Überlappungsbereich zwischen dem sog. Fibromyalgie-Syndrom und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung.

Somatoforme Störungen sind gemäss ICD-10 [2] eine wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen; dies trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Ärzte, dass die Symptome körperlich nicht (vollumfänglich) begründbar seien. Ihren Störungswert beziehen diese Beschwerdebilder aus einer «gewissen Beeinträchtigung familiärer und sozialer Funktionen durch die Art der Symptome und das daraus resultierende Verhalten» (ICD-10).

Konkret bedeutet dies oft, dass der Patient seine Berufsbearbeitung niederlegt und in vielen Fällen auch nicht wieder aufnimmt, selbst wenn dies nach Beurteilung der behandelnden Ärzte möglich und zumutbar wäre. In den Krankenakten wird dann oftmals eine Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den vorgetragenen Beschwerden festgehalten; Zweifel kommen auf, ob der Patient die Privilegien der Krankenrolle wirklich legitimerweise (so lange) beansprucht. Dauert dieser Zustand der Arbeitsabstinenz an, so sind sozialversicherungsrechtliche Abklärungen unausweichlich.

Immer häufiger werden mit Gutachten nebst Rheumatologen, Orthopäden und Neurologen auch

Psychiater beauftragt, sei es monodisziplinär bei genügender somatisch-medizinischer Vorbefundslage, sei es bidisziplinär in Zusammenarbeit mit Spezialisten der involvierten körpermedizinischen Disziplinen, wenn eine ganzheitliche Standortbestimmung mit abschliessender Konsens-Beurteilung Not tut. Erfolgt nun eine sorgfältige psychiatrische Untersuchung, so steht man nicht selten vor der Tatsache, dass neben dem schmerzgeprägten, oft vielgestaltigen Beschwerdebild kein eigenständiges psychiatrisches Leiden diagnostiziert werden kann. Die Diagnose muss einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung» gemäss ICD-10 in Betracht gezogen werden, wenn ein chronischer Schmerz wie folgt vorliegt: Er kann nicht (vollständig) durch eine körperliche Störung erklärt werden, tritt aber in Verbindung mit gravierenden emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf, so dass ursächliche Einflüsse von dieser Seite anzunehmen sind. Eine solche ist jedoch – wie oben erwähnt – per se weder Invaliditätsbegründend noch entschädigungspflichtig.

In diesen Fällen ist das Nichtarbeiten des betreffenden Patienten gewöhnlich auch nicht auf direkt vom veränderten Geisteszustand ausgehende Beeinträchtigungen bzw. Handicaps zurückzuführen, wie dies etwa bei einem schweren schizophrenen Residualzustand oder einer organischen Hirnschädigung der Fall wäre. Vielmehr zeigt sich bei diesen Patienten in Anamnese und klinischem Eindruck oftmals eine Reihe von Phänomenen, die man summarisch als Ausdruck einer dysfunktionalen Beschwerden- bzw. Schmerzbewältigung auffassen kann; gleichwohl können sie aber zu einem zähen Hindernis im Rehabilitationsprozess werden.

Die Phänomene im Einzelnen

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit soll im Anschluss eine Auflistung derjenigen Phänomene und Mechanismen erfolgen, welche bei der sozialversicherungsrechtlichen Begutachtung von (somatoformen) Schmerzpatienten mit einiger Regelmässigkeit zu beobachten sind und welche in ihrer jeweiligen Konstellation durchaus eine psychologische Erklärung für die ungenügende Leistungsentfaltung eines Rentenbewerbers liefern können. Im Sinne eines Glossars sollen die entsprechenden Begriffe kurz erläutert werden.

Dabei handelt es sich teilweise um gut definierte, lexikalisierte Fachtermini, teilweise aber auch um fest etablierte Ausdrücke im Jargon von Klinikern und Gutachtern.

Aggravation

(von lat. *aggravare* = schwerer machen, verschlimmern). Aggravation bedeutet Symptomverstärkung [3].

Im Gegensatz zur Simulation, bei der der Patient eine nicht vorhandene Störung vorspiegelt, präsentiert der aggravierende Patient in dramatisierender Weise eine Beschwerdenintensität und/oder einen Behinderungsgrad, welche sich aus seinem bestehenden Grundleiden bei objektiver Betrachtung nicht zwingend ergeben. Eine tendenziöse, oft manipulative Note ist oft spürbar.

Eine Schwachform der Aggravation besteht in der «Verdeutlichungstendenz». Von einer solchen sprechen wir, wenn ein Patient seine an sich bestehenden Beschwerden und Beeinträchtigungen zu Demonstrationszwecken übertreibt. Damit stellt sich dem Gutachter oftmals die heikle Frage: Wo hört die legitime, eindringliche, allenfalls dramatisierende Symptompräsentation auf und wo fängt das bewusste Täuschungsmanöver an?

Die Antwort darauf kann nur lauten: Ein trennscharfes Einzelkriterium existiert nicht. Mithin ist die Gesamtbeurteilung breiter auf klinische Befunde und anamnestisches Material abzustützen.

Symptomausweitung

(Auch: «Sekundäre progressive Ausweitung»)

Von Symptomausweitung wird gesprochen, wenn die verzögerte, sukzessive Ausweitung der Beschwerden und Beeinträchtigungen sowie ihrer sozialen Konsequenzen mit dem klinischen Erfahrungswissen betreffend die beteiligte Grundstörung nicht kompatibel sind (Komplikationen müssen natürlich sorgfältig ausgeschlossen werden).

Gemäss Oliveri et al. [4] manifestiert sich eine Symptomausweitung auf fünf Ebenen:

- Symptombeschreibung
- Funktionseinschränkung
- Soziale Rolle der Symptome: Diese organisieren zunehmend das Leben des Patienten und seiner Mitwelt → Krankheitsgewinn
- (Reduzierte) Leistungsbereitschaft
- Inkonsistenzen (zwischen Befund, Beschwerden und Verhalten)

Selbstlimitierung

Dieser eher unspezifische Sammelbegriff findet immer dann Verwendung, wenn klinisch der Eindruck entsteht, der Patient gehe nicht bis an seine Leistungsgrenzen, obwohl dies physisch und der psychischen Grundverfassung nach möglich wäre. Dies kann im Alltagsverhalten, bei Tests, bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) oder bei Arbeitsversuchen der Fall sein.

Malkooperation

Dieser Begriff sollte nur dann Anwendung finden, wenn der zwingende, auf verschiedene Beob-

achtungen abgestützte Eindruck entstanden ist, dass der Patient die Rehabilitationsbemühungen bewusst und gewollt hintertreibt.

Dieser inhaltlich weit offene Begriff umfasst verschiedene Erscheinungsformen: Nichterscheinen zu Abklärungsterminen, Zurückhalten von relevanten Informationen, offenkundig unwahre Angaben, Verweigerung von Tests, Arbeitsversuchen oder angepassten Arbeiten.

Mit solchen kontraproduktiven Manövern setzt sich der Rehabilitant letztlich ins Unrecht und zwar durch Nichtgenügen der sog. «Schadensminderungspflicht», die einen zwar ungeschriebenen, jedoch im Versicherungsbereich anzuwendenden Rechtsgrundsatz darstellt.

Final ausgerichtete Entschädigungshaltung

Die Fixierung auf einen Entschädigungsanspruch wurde in früheren Zeiten irreführenderweise auch als «Rentenneurose» bezeichnet. Das Phänomen liegt deutlich vor, wenn ein Patient mit mehr oder gar ausschliesslichem Engagement für eine materielle Entschädigung (gewöhnlich Rente) kämpft statt für einen schnellstmöglichen Berufswiedereinstieg. In diesen Fällen wendet sich sein integrales Gesamtstreben vom Rehabilitationsziel ab, um sich hauptsächlich auf finanzielle Versicherungsleistungen auszurichten, was dem Einsatz bei beruflichen Massnahmen gewöhnlich Abbruch tut.

Die Entschädigungshaltung ist als umso ausgeprägter einzuschätzen, je mehr dem Rehabilitanden von Seiten der Fachleute eine Eingliederungsmöglichkeit eingeräumt und ein konkreter Eingliederungsweg aufgezeigt wird.

Persönlichkeitsregression

Dieser tiefenpsychologisch konzipierte Begriff stammt ursprünglich aus der Psychoanalyse, hat aber bereits weitere Verbreitung gefunden, zumal er sich recht nahe an den klinisch beobachtbaren Phänomenen bewegt.

«Regression» bedeutet, dass ein Patient vor der Bewältigung aktueller Lebensaufgaben zurückweicht und sich auf eine frühere Stufe seiner lebensgeschichtlichen Entwicklung begibt. Durch die entstehende Hilflosigkeit werden gewöhnlich Helfer verschiedener Art mobilisiert. Im Extremfall kann sogar ein erwachsener Mann nach Bagatelltrauma sich weder anziehen noch seine Intimhygiene verrichten.

Lhamon et al. weisen daraufhin, dass eine Persönlichkeitsregression jedoch partiell und spezifisch erfolgen kann; es wird also keineswegs zwingend die gesamte Persönlichkeit infantil. Das Individuum, das keine homogene Funktionseinheit darstellt, regrediert beispielsweise auf

vegetativer Ebene, was durch eine innerpsychische Entlastung der höheren psychologischen Funktionen sogar die Restpersönlichkeit stabilisieren bzw. vor dem Zusammenbruch schützen soll.

Kinesiophobie

Dieser Begriff bezeichnet keine klassische Phobie, sondern vielmehr eine akzentuierte, ängstlich getönte Schonhaltung, die zur Bewegungsvermeidung und schliesslich sogar zur Fixierung der betreffenden Beweglichkeitseinschränkung führt.

Der Patient nimmt die mögliche Schmerzempfindung in phobisch-überspitzter Weise vorweg und bricht die Bewegung im Sinne einer fokussierten Selbstlimitierung schon in einer früheren Phase der Ausführung ab.

Zur Quantifizierung der Kinesiophobie sind sogar spezifische Erfassungsinstrumente entwickelt worden: K-Scale, Tampa-Scale, TSK-11.

Cogniphobie

Dieser Begriff bezeichnet eine angstvoll-antizipierende Schonhaltung auf kognitiver Ebene, was dazu führt, dass (neuro-)psychologische Leistungstests mit reduziertem Einsatz absolviert oder vorzeitig abgebrochen bzw. ganz verweigert werden, dies aus der Befürchtung heraus, dass durch die intellektuelle Anstrengung Kopfschmerzen und Ähnliches ausgelöst werden könnten.

Das Ergebnis sind dann gewöhnlich unerklärlich schlechte Testresultate, d.h. unvollendete Testprotokolle; aber auch ein zu beobachtendes selbstlimitierendes Verhalten in der Testsituation kann die nötigen diagnostischen Hinweise liefern. Auch hierfür existiert eine quantifizierende Messskala: Die «C-Scale» von Martelli et al. wurde 1999 vorgestellt.

Dekonditionierung (physisch/psychisch)

Dekonditionierung bedeutet zunächst einmal «Beseitigung einer Konditionierung»; im weiteren Sinne geht es um eine teilweise oder gänzliche Einbusse der ehemals vorhandenen physischen und/oder psychischen Kondition. Bei Rentenanwärtern ist dies eine häufige Folge länger dauernden Nichtgebrauchs berufsbezogener Fertigkeiten, seien es nun mentale Prozesse oder spezifische Bewegungsabläufe. Jede länger ausgeübte Berufstätigkeit konditioniert den Leistungsträger also in ganz spezifischem Sinne; länger dauernde Arbeitsabstinenz führt zum Verlust genau dieser Trainingseffekte. Dementspre-

chend ist Dekonditionierung die unausweichliche Folge jeglichen protrahierten Schonverhaltens.

Übertriebenes/fixiertes Schonverhalten

Diese Verhaltenstendenz ist nicht primär pathologisch, sondern entspricht vielmehr einer urtümlichen Selbsterhaltungstendenz aller beweglichen Vielzeller («sickness behavior»). Im Medizinalwesen wird diesem Umstand gewöhnlich grosszügig Rechnung getragen. Allerdings ist unbestritten, dass sich gerade bei Störungen des Bewegungsapparates eine allzu lange Ruhigstellung negativ auswirken kann (Muskelatrophie, Versteifungen). So wird bei Rückenbeschwerden eine rasch einsetzende, aktive Trainingstherapie empfohlen, ansonsten weitere Verluste an Kraft, Stabilität, Beweglichkeit und Ausdauer drohen. Wer also – entgegen ärztlichem Rat – auf einer zu langen Schonphase beharrt, verstösst damit quasi gegen seine Schadenminderungspflicht.

Verharren in der Krankenrolle

Gemäss Parsons [5] gewährt eine Gesellschaft ihren erkrankten Mitgliedern eine Schonphase, welche jedoch nicht nur mit Privilegien, sondern auch mit Pflichten verbunden ist:

- Der Kranke wirkt auf schnellstmögliche Wiedererlangung seiner Kräfte hin.
- Der Kranke nimmt Hilfe von Seiten der zuständigen Fachleute an.
- Der Kranke wirkt bestmöglich im Behandlungsprozess mit.

Das allgemeine Rollenverständnis geht dahin, dass die krankheitsbegründeten Privilegien möglichst bald und evtl. schrittweise wieder aufgegeben werden. Je nach Interessenslage kann nun ein kleinerer oder grösserer Dissens darüber bestehen, wann dieser Zeitpunkt gekommen ist. Sind die Krankheitsgewinne (s.u.) beträchtlich, so kann sich das Verharren in der Krankenrolle über Gebühr verlängern. Für den Arzt stellt sich dann regelmässig die Frage, ob und wie weit der Patient noch legitimiert ist, Privilegien der Krankenrolle zu beanspruchen.

Muskuläre Insuffizienz

Muskuläre Insuffizienz ist das Endergebnis des Dekonditionierungsprozesses auf der Ebene des Muskelapparates, was sich insbesondere bei Rückenproblemen desaströs auswirkt. Insbesondere die tiefen Muskelschichten geben der Wirbelsäule die erforderliche Stabilität, zumal diese ohne muskulären Halt ein recht instabiles Gebilde ist. Viele diffuse Rückenschmerzen sind einzig auf eine schwache, ermüdbare Rückenmuskula-

tur zurückzuführen, da diese eine Überlastung der Ligamente u.a. zur Folge hat.

Subjektive Leistungsinsuffizienz

Dabei handelt es sich um ein Leistungshemmnis auf psychologischer Ebene, welches in der Praxis gewöhnlich schwer zu überwinden ist. Der Patient kapituliert vorschnell vor den Anforderungen seiner konkreten Arbeitswelt und bringt sich dadurch gleichzeitig um die stimulierende Wirkung eines ersten Erfolgserlebnisses. Damit verbunden ist oft eine negative Selbstprognose. Dieses Sich-nicht-auffinden-Können wird u.U. durch Restbeschwerden und psychische Dekonditionierung zusätzlich verstärkt.

Eine solche Negativbeurteilung des eigenen Leistungspotenzials kann natürlich auch durch eine depressive Verstimmung gefördert werden. Dies muss in der klinischen Untersuchung sorgfältig differenziert werden.

Interozeptiver Wahrnehmungsstil

Interozeption bedeutet Wahrnehmung von Innenreizen.

Patienten mit ausgeprägt interozeptivem Wahrnehmungsstil beobachten sich selbst intensiver und mit ängstlicher Besorgnis. Bei unangenehmen Körpersignalen neigen sie rascher dazu, diese als Zeichen einer Krankheit zu bewerten. Eine solche Selbstüberwachung kann über einen «interozeptiv stimulierten Aufschaukelungsprozess» die Entstehung somatoformer Störungsbilder begünstigen.

Amplifizierender/katastrophisierender Wahrnehmungsstil

Bereits 1962 hat Mechanic darauf aufmerksam gemacht, dass verschiedene Individuen dieselben Störungszeichen, u.U. höchst unterschiedlich verarbeiten [6]. Diese Unterschiede betreffen in erster Linie

- die Wahrnehmung,
- die Bewertung,
- das Ausleben

der in Frage stehenden Beschwerden und Beeinträchtigungen. Wie jemand sein Krankheitsverhalten gestaltet, sei dabei von diversen Persönlichkeitsfaktoren abhängig: Alter, Geschlecht, soziale Stellung, kulturelle Prägung u.a. Der amplifizierende Wahrnehmungsstil stellt eine denkbar ungünstige Form der Perzeption von Körperlichem dar, insbesondere von Schmerzreizen, da diese als unverhältnismässig intensiv und beeindruckend aufgenommen werden. Damit fällt eine sachliche, realitätsgerechte Einordnung in die Eigenwahrnehmung des betreffenden Indivi-

duums schwer. Das Katastrophisieren betrifft dann bereits die Bewertung, welche konsequenterweise ebenfalls übersteigert ist. Nach der Untersuchung von Picaret et al. muss eine Tendenz zum Katastrophisieren als Prädiktor für Chronifizierung, namentlich von «low back pain», betrachtet werden [7].

Hypochondrische Tendenzen

Die hypochondrische Verarbeitung von Körperempfindungen betrifft die Interpretation dieser inneren Störungszeichen, also die Bedeutungserteilung, welche an die Wahrnehmung anschliesst. Über die «hypochondrische Störung» macht die ICD-10 folgende Angaben [2]: «Vorherrschendes Kennzeichen ist die beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden, manifestiert durch anhaltende körperliche Beschwerden ... Normale oder allgemeine Empfindungen oder Erscheinungen werden von der betroffenen Person oft als abnorm und belastend interpretiert und die Aufmerksamkeit meist auf nur ein oder zwei Organe oder Organsysteme fokussiert. Die befürchtete körperliche Krankheit [...] kann von der betroffenen Person benannt werden ...»

Somit ergeben sich folgende diagnostische Leitlinien:

- 1 Eine anhaltende Überzeugung vom Vorhandensein wenigstens einer ernsthaften Krankheit als Ursache für vorhandene Symptome, auch wenn wiederholte Untersuchungen keine ausreichende körperliche Erklärung erbracht haben.
- 2 Ständige Weigerung, den Rat und die Versicherung mehrerer Ärzte zu akzeptieren, dass den Symptomen keine körperliche Krankheit zugrunde liegt.

In der Untersuchungssituation wird man den Patienten also danach fragen, was die einzelnen Beschwerden seiner Auffassung nach bedeuten. In vielen Fällen ist jedoch eher eine diffuse hypochondrische Verarbeitungstendenz als das o.g. Vollbild anzutreffen.

Krankheitsgewinn

Unter Zivilisationsbedingungen bringt eine Erkrankung nicht nur Nachteile mit sich. «Krankheitsgewinn» ist seit Sigmund Freud eine allgemeine Bezeichnung für die objektiven und subjektiven Vorteile, die ein Mensch aus seinem Kranksein zieht. Dabei wird folgendermassen unterschieden:

- Primärer Krankheitsgewinn: Hier geht es um innere und direkte Vorteile, indem beispielsweise die Krankheit eine Möglichkeit schafft, einem inneren Konflikt auszuweichen und die damit verbundenen Spannungen zu vermeiden.

- Sekundärer Krankheitsgewinn: Dieser besteht aus den äusseren Vorteilen, die eine Erkrankung für den Betroffenen mit sich bringt. So z.B. einen Zugewinn an Aufmerksamkeit und Zuwendung, eine Entlastung von unlieb-samen Pflichten, aber auch Versicherungsleistungen bis hin zur Berentung usw.
- Tertiärer Krankheitsgewinn: Dieser besteht in Vorteilen für die soziale Umgebung des Erkrankten. Sicherlich sind auch hier materielle und immaterielle Gewinne zu unterscheiden. So kann die zu erbringende Pflege von den Angehörigen als Bereicherung empfunden werden. Materielle Vorteile können sich dagegen ergeben, wenn die ganze Familie von Rentengeldern, allenfalls inkl. Hilflosenentschädigung, profitiert. Es versteht sich von selbst, dass Krankheitsgewinne jeglicher Art eher geeignet sind, einen Leidenszustand aufrecht zu erhalten bzw. ein Familiensystem, das sich um einen Symptomträger herum organisiert hat, zu stabilisieren, sofern dem nicht ganz energische Rehabilitationsbemühungen entgegen stehen.

Psychogener Symptomenkomplex nach Schröder und Täschner [8]

Diese Autoren beschreiben ein weitgehend einheitliches, morbusunspezifisches Syndrom, das v.a. bei südländischen Rentenbewerbern gehäuft vorkommen soll. Dieses umfasst im Wesentlichen die folgenden Symptome:

- Schmerzen
- Schwindel
- Kraftlosigkeit
- Vergesslichkeit
- Reizbarkeit
- Schwunglosigkeit
- Schlafstörungen.

Das Zustandekommen dieser Befindlichkeitsstörung wird folgendermassen erklärt:

- Belastende Arbeitsbedingungen
- Fehlende Konfliktbewältigung
- Versorgungswünsche
- Leichtere Auslösbarkeit des Gefühls einer «körperlichen Krankheit», z.B. durch Bagateltraumata.

Schlussbetrachtung

Rehabilitation von chronischen Schmerzpatienten kann nur gelingen, wenn von Seiten aller Beteiligten mit bester Motivation daran gearbeitet wird. Nicht selten erweist sich ein schwach ausgeprägter Genesungs- und Leistungswille als limitierender Faktor, so dass eine im Grunde zumutbare Arbeitsleistung nicht erbracht wird. Dann ist nach den oben genannten Erscheinungsformen des suboptimalen Krankheitsverhaltens zu suchen.

Diese Phänomene der dysfunktionalen Beschwerdenbewältigung sind jedoch keine psychischen Störungen per se, können demnach auch nicht nach ICD-10 klassifiziert und kodiert werden. Vielmehr können etliche von ihnen der Kategorie «Psychismen» zugeordnet werden. Dies gilt insbesondere für Formen der maladaptiven Schmerzverarbeitung wie Aggravation, Symptomausweitung, Selbstlimitierung, Kinesiophobie usw.

«Psychismen» («seelische Mechanismen») sind Funktionsanomalien und psychische Haltungen, die nach bestimmten, im Menschen vorgegebenen Mustern in Erscheinung treten [4]. Sie haben per se keinen Krankheitswert, können aber als dysfunktionale Formen der Krankheitsbewältigung die Chronifizierung fördern und dadurch die berufliche Wiedereingliederung gefährden. Zur Ausfüllung der Erklärungslücke, die sich oft aus der massiven Befund-Beschwerden-Diskrepanz bei Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen ergibt, wird man also nicht nur nach den Leitsymptomen der genuinen psychischen Störungen fahnden, sondern auch nach Anhaltspunkten für diese Formen der psychogenen Leistungsblockade.

Das wohl grösste differentialdiagnostische Problem ergibt sich bei der Abgrenzung psychischer Auswirkungen von Schmerzstörungen gegenüber echten Depressionen.

Es besteht die Vermutung, dass in diesem Zusammenhang Depressionen möglicherweise überdiagnostiziert werden [9], zumal hier ein recht grosser symptomatologischer Überlappungsbereich besteht:

Erschöpfbarkeit, Schlafstörungen, Energie- und Libidoverlust können sowohl schmerzbedingt wie auch als Begleitsymptomatik einer Depression auftreten. Zur Diagnose einer solchen wird deshalb geraten, sich v.a. auf die spezifischeren Merkmale wie Verlaufsform, vitale Traurigkeit, Tagesschwankungen, Selbstentwertung, Appetitverlust/Gewichtsabnahme, Denkhemmung mit Gedankenkreisen, Schuldgefühle und Suizidalität abzustützen. Nicht immer gelingt dies aufgrund der klinischen Untersuchung vollständig. Dann kann u.U. ein adäquater Therapieversuch (inkl. Kombinations- und Augmentationsbehandlung) den Weg zur Diagnose ex iuvantibus weisen, sind doch höchsten 10–20% aller genuinen Depressionen wirklich therapieresistent.

Es bleibt zu hoffen, dass ein solcher phänomenologisch orientierter Ansatz zu einem kritischeren diagnostischen Umgang mit chronischen Schmerzpatienten führen kann. Auf jeden Fall versetzt er uns in die Lage, die Beurteilung von somatoformen Schmerzstörungen sowie der konsekutiven Arbeits(un)fähigkeit zu versachlichen und vom Ruch der Glaubwürdigkeitsbegutachtung zu befreien.

Literatur

- 1 Kissel W, Mahnig P. Die Fibromyalgie (generalisierte Tendomyopathie) in der Begutachtungssituation – Analyse von 158 Fällen. Praxis. 1998;7:538–45.
- 2 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Huber, Bern 2000.
- 3 Peters UH. Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie 5. Aufl. Urban u. Fischer, München 2005.
- 4 Oliveri M, Kopp HG, Stutz K, Klipstein A, Zollikofer J. Grundsätze der ärztlichen Beurteilung der Zumutbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Teil 2. Schweiz Med Forum. 2006;6:448–54.
- 5 Parsons T. The social system. Free press of Glencoe, New York 1951.

- 6 Mechanic D. The concept of illness behavior. J Chron Dis. 1962;13:189–94.
- 7 Picaret HSJ, Vlaeyen JWS, Schouten JSAG. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain. Am J Epidemiol. 2002;156:1028–34.
- 8 Schröder S, Täschner K-L. Ein psychogener Symptomenkomplex bei südländischen Rentenbewerbern. Med Sach. 1989;85:174–7.
- 9 Meana M. The meeting of pain and depression: comorbidity in women. Can J Psychiatry. 1998;43:893–9.

Weitere Literatur ist auf Anfrage beim Autor zu beziehen.

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Knecht
Leitender Arzt
Psychiatrische Klinik
CH-8596 Münsterlingen
thomas.knecht@stgag.ch