

Regine Klinger
Monika Hasenbring
Michael Pfingsten

Multiaxiale Schmerz- klassifikation

Psychosoziale Dimension – MASK-P

2. Auflage

EXTRAS ONLINE



Springer

Multiaxiale Schmerzklassifikation

Regine Klinger
Monika Hasenbring
Michael Pfingsten

Multiaxiale Schmerz- klassifikation

Psychosoziale Dimension – MASK-P

2. Auflage

Regine Klinger
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE)
Hamburg, Deutschland

Michael Pfingsten
Klinik für Anästhesiologie
Universitätsmedizin Göttingen
Göttingen, Deutschland

Monika Hasenbring
Medizinische Fakultät
Ruhr-Universität Bochum
Bochum, Deutschland

Ergänzendes Material finden Sie unter: <http://extras.springer.com/>
Bitte im entsprechenden Feld die ISBN eingeben.

ISBN 978-3-662-49473-8 ISBN 978-3-662-49474-5 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-49474-5

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage erschienen 2000 im Deutscher Schmerzverlag
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2000, 2016

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: deblik Berlin

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Berlin Heidelberg

Vorwort

Am Ende eines diagnostischen Prozesses steht eine Diagnose, die sich im günstigsten Fall einem anerkannten Klassifikationssystem zuordnen lässt und die eine Richtung für therapeutische Schritte vorgibt. Je komplexer ein Störungsbild ist, desto schwieriger ist es, ein solches einheitliches System für eine klassifikatorische Einordnung zu finden. Schmerzen sind multidimensional determiniert, und es ist sinnvoll, sie unter verschiedenen Aspekten zu betrachten. Sie unterscheiden sich hinsichtlich folgender Gesichtspunkte:

- in ihrer Region (z. B. Kopf, Rücken),
- im körperlichen System, dem sie zugeordnet werden (z. B. dem zentralen Nervensystem, dem muskulären System),
- in ihrem Auftretensmuster (z. B. fluktuierend, kontinuierlich),
- in ihrer Dauer (z. B. akut, chronisch) sowie
- in ihrer Ätiologie (z. B. genetisch, posttraumatisch, dysfunktional).

Allein aus der Verbindung dieser verschiedenen Dimensionen ergeben sich unzählige Kombinationen, die nicht unbedingt miteinander vergleichbar sind.

Die international gebräuchliche Klassifikation der Krankheiten, ICD-10, ist für eine solche Klassifizierung eher ungeeignet. Schmerzdiagnosen verteilen sich über alle Kapitel der ICD, sie sind keinem Oberbegriff zugeordnet. Sie stellen innerhalb der Krankheitsbilder häufig aber einen ganz eigenständigen Bereich dar. Diese Tatsache ist in der ICD nicht abgebildet.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich aus der biopsychosozialen Betrachtungsweise von Schmerz. Die gängigen Klassifikationssysteme lassen nur bedingt eine biopsychosoziale Diagnose des Schmerzes zu und erfordern die Entscheidung zwischen einer somatogenen oder psychogenen Schmerzdiagnose – einer Betrachtungsweise, die eine Schmerzdiagnose nicht angemessen abbildet.

Die Multiaxiale Schmerzklassifikation – Psychosoziale Dimension MASK-P hat sich vor dem Hintergrund der praktischen Probleme des klinischen Alltages entwickelt. Als wir vor gut 20 Jahren begannen, eine Systematik für Schmerzdiagnosen zu erarbeiten, die sowohl die somatischen als auch psychosozialen Faktoren der Schmerzen umfassen kann, gab es de facto lediglich die ICD-10-Diagnose F 54 „Körperlicher Zustand, bei dem psychische Faktoren eine Rolle spielen“, die in Kombination mit einer somatischen Diagnose aus den ICD-Kapiteln eine (geringe) integrative Möglichkeit bot. Inhaltlich blieb die F 54 jedoch sehr global und bot als Diagnose wenige Anhaltspunkte für Therapieindikationen. Erst in einer Modifikation der ICD-10 (ICD-10 GM) wurde die neue Ziffer 45.41 „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ geschaffen, die es zuließ, dass sowohl psychische als auch somatische Faktoren an einem Schmerzproblem beteiligt sein können. Eine Ausdifferenzierung der psychosozialen Seite ist jedoch auch mit dieser Diagnose nicht möglich.

Die Multiaxiale Schmerzklassifikation – Psychosoziale Dimension setzt dagegen den Akzent auf eine differenzierte Beschreibung von Schmerzen auf der psychosozialen Ebene. Zusätzlich zu den schmerzbezogenen somatischen Diagnosen der ICD ermöglicht MASK-P damit eine systematische Differenzierung der psychischen Anteile eines Schmerzgeschehens. Darüber hinaus ist es mit einer solch differenzierten Systematik möglich, klare Indikationen für therapeutische Schritte abzuleiten.

MASK-P stellt damit eine Systematik dar, die Schmerzen in ihrer Vielfältigkeit und Multidimensionalität biopsychosozial erfasst und klassifikatorisch abbildet. Durch die Vielschichtigkeit der Beschreibungen bietet sie insbesondere für diejenigen, die sich neu in das Thema Schmerz einfinden, eine hervorragende Möglichkeit, sich schnell und vertieft in die biopsychosoziale Perspektive von Schmerz einzuarbeiten. Diese Systematik ist damit sowohl für Psychologen als auch Mediziner eine Bereicherung.

Die anstehende Revision der ICD, die voraussichtlich 2017 erscheinen wird, sieht ein eigenes Kapitel für Schmerzklassifikationen vor. Damit wird eine noch weitere Systematisierung der somatischen Seite des Schmerzes möglich. Auch die psychologische Seite innerhalb der zukünftigen ICD soll verändert werden. MASK-P bietet eine ausgezeichnete Möglichkeit, sich in diese neue Schmerzklassifikation einzuflechten und als Add-On eine Differenzierung mit Therapieindikationen zu liefern.

Regine Klinger, Monika Hasenbring & Michael Pfungsten

Im Sommer 2016

Die Autoren



Priv.-Doz. Dr. Regine Klinger

Diplom-Psychologin

Psychologische Psychotherapeutin Verhaltenstherapie

Psychologische Schmerzpsychotherapeutin

PD Dr. Regine Klinger ist Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) und Vizepräsidentin der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und dort Sprecherin der Ad-hoc-Kommission Nachwuchsförderung der Deutschen Schmerzgesellschaft. Sie ist psychologische Schmerzpsychotherapeutin und als psychologische Leiterin des Bereichs Schmerzmedizin und Schmerzpsychologie der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Psychologische Schmerzbewältigung bei Kopf- und Rückenschmerzen, Placebo-/Noceboforschung, Lernprozesse bei der Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen, Schmerzklassifikation.



Prof. Dr. Monika Hasenbring

Prof. Dr. phil. Monika I. Hasenbring ist Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie und Soziologie an der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum sowie der Ambulanz für Psychotherapie. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Schmerzverarbeitung bei subakuten und chronischen Schmerzen, körperliche Aktivität, Emotionsregulation und Schmerzwahrnehmung, Entwicklung von Verfahren in der Psychologischen Schmerzdiagnostik. Sie ist Mitglied der Editorial Boards von Der Schmerz, European Journal of Pain und PAIN.



Prof. Dr. Michael Pfingsten

Diplom-Psychologe

Psychologischer Psychotherapeut Verhaltenstherapie

Psychologischer Schmerzpsychotherapeut

Prof. Dr. Michael Pfingsten war von 2009 bis 2012 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) und Vizepräsident der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. Er ist aktuell Sprecher der Ad-hoc-Kommission Multimodale Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft und auch in der KEDDOQ-Kommission für Kerndokumentation und Qualitätssicherung in der Schmerztherapie engagiert. Er ist als leitender Psychologe der Schmerzmedizin in der Klinik für Anästhesiologie der Universitätsmedizin Göttingen tätig. Seine Forschungsschwerpunkte sind Konzepte und Evaluation der Multimodalen Schmerztherapie, Chronifizierungsfaktoren bei Rückenschmerzen

und die Klassifikation/Qualitätssicherung in der Schmerztherapie. Er ist darüber hinaus Herausgeber des Journal-Club Schmerzmedizin und Mitglied der Expertenkommission für die Nationale VersorgungsLeitlinie Rückenschmerz.

Inhaltsverzeichnis

Mitarbeiterverzeichnis	XI
1 Einleitung	1
<i>Regine Klinger, Monika Hasenbring, Michael Pfungsten</i>	
1.1 Beschreibung bisheriger Ansätze zur Klassifikation chronischer Schmerzen ..	4
1.1.1 Klassifikationsmöglichkeiten innerhalb des international gebräuchlichen Diagnoseschlüssels ICD [bzw. DSM für Kapitel V (F)]	4
1.1.2 IASP-Taxonomie	9
1.1.3 Kopfschmerzklassifikation der IHS (ICHD-3)	9
2 Multiaxiale Schmerzklassifikation – Psychosoziale Dimension MASK-P	11
<i>Regine Klinger, Monika Hasenbring, Michael Pfungsten, unter Mitarbeit von Albert Hürter</i>	
2.1 Einleitung	12
2.2 MASK-P – Achsenstruktur und Gesamtaufbau	12
2.3 MASK-P – Theoretischer Hintergrund	13
2.3.1 Verhaltenstheoretische Basis	14
2.3.2 Tiefenpsychologische Basis	15
2.3.3 Systemtheoretische Basis	16
2.4 MASK-P – Allgemeine Hinweise zur Handhabung	17
2.4.1 Abgrenzung der MASK-P-Ziffern zu psychopathologischen Störungen nach ICD/DSM	17
2.4.2 Operationalisierungen und Ziffernvergabe	17
2.4.3 Achsenzusatzkodierung	17
2.4.4 Zeitzusatzkodierung	18
2.4.5 MASK-P – Rating-Bogen	19
2.4.6 Diagnosenachse 11: MASK-P-Diagnosen	19
2.4.7 MASK-P-Diagnose- und Befundbogen	20
2.4.8 Nutzen für das Aus-, Fort- und Weiterbildungscurriculum Spezielle Schmerzpsychotherapie (SSPT)	21
2.4.9 Ableitung von Therapieindikationen	21
2.5 Verknüpfung zur ICD und DSM/Anwendungsbeispiel	22
3 MASK-P-Operationalisierungen	25
<i>Regine Klinger, Monika Hasenbring, Michael Pfungsten</i>	
3.1 Motorisch-verhaltensmäßige Schmerzverarbeitung	26
3.2 Emotionale Schmerzverarbeitung	33
3.3 Kognitive Schmerzverarbeitung	40
3.4 Krankheitsbezogene Metakognitionen	46
3.5 Aktuelle Stressoren	52
3.6 Traumata/Belastungen in der Lebensgeschichte	57

3.7	Habituelle Personenmerkmale.....	62
3.8	Maladaptive Stressverarbeitung	69
3.9	Psychophysiologische Dysregulation	78
3.10	Konfliktverarbeitungsstil	78
3.11	MASK-P-Diagnosen: funktionale Zusammenhänge.....	84
	Serviceeteil	111
	Anhang	112
	Literatur.....	119

Mitarbeiterverzeichnis

Priv.-Doz. Dr. Regine Klinger

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
(UKE)
Zentrum für Anästhesiologie
und Intensivmedizin
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
Bereich Schmerzmedizin
und Schmerzpsychologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
r.klinger@uke.de

Prof. Dr. Monika Hasenbring

Ruhr-Universität Bochum
Medizinische Fakultät
Abt. für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Universitätsstraße 150
44801 Bochum
monika.hasenbring@rub.de

Prof. Dr. Michael Pfingsten

Universitätsmedizin Göttingen
Klinik für Anästhesiologie
Schmerzmedizin
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen
michael.pfungsten@med.uni-goettingen.de

Dr. Albert Hürter

Münsterstraße 9
53111 Bonn
info@praxis-drhuerter.de

Einleitung

Regine Klinger, Monika Hasenbring, Michael Pfingsten

- 1.1 Beschreibung bisheriger Ansätze zur Klassifikation chronischer Schmerzen – 4**
 - 1.1.1 Klassifikationsmöglichkeiten innerhalb des international gebräuchlichen Diagnoseschlüssels ICD [bzw. DSM für Kapitel V (F)] – 4
 - 1.1.2 IASP-Taxonomie – 9
 - 1.1.3 Kopfschmerzklassifikation der IHS (ICHD-3) – 9

Die Klassifikation von Schmerzen stellt aufgrund von dessen Multidimensionalität eine besondere Herausforderung dar. Die Internationale Klassifikation von Krankheiten, ICD (ICD-10: Bundesministerium für Gesundheit 1994; World Health Organization 1991; 2007), wirft in ihrer heutigen Fassung (ICD-10) für die Schmerzklassifikation erhebliche Probleme auf (Hildebrandt u. Pfingsten 1993; Hildebrandt et al. 1992; Klinger et al. 1992).

- **Die Probleme ergeben sich vor allem daraus, dass diese Klassifikation für Schmerzen kein einheitliches Zuordnungssystem bereitstellt, sondern dass vielmehr Schmerzen als Symptom unterschiedlicher Krankheitsbilder über alle Kapitel der Klassifikation verteilt aufgeführt werden.**

Zudem lassen sich Schmerzen dort in der Regel nur dichotom entweder als somatogen oder als psychogen einordnen, was dazu geführt hat, dass die unter dem Kapitel der somatoformen Störungen (F 45) kodierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung eine bei Schmerzerkrankungen sehr häufig vergebene Diagnose war, deren Kriterien allerdings oftmals nicht erfüllt waren.

Aufgrund dieser Kritikpunkte wurde in Deutschland mit der Hinzunahme der F 45.41 in das Diagnosenkapitel der somatoformen Störungen ein Sonderweg beschritten (Nilges u. Rief 2010). Die *chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren* bezieht sich auf Schmerzen, die durch einen somatischen Krankheitsfaktor ausgelöst und in der Regel auch aufrechterhalten werden oder bei denen ein somatischer Auslösefaktor und eine ebensolche Aufrechterhaltung sehr wahrscheinlich sind. Zusätzlich liegen jedoch auch psychologische Faktoren vor, die für das Krankheitsverständnis und/oder die Behandlung von Relevanz sind.

Diese Diagnose kann für alle chronischen Schmerzformen zutreffen; die beteiligten psychischen Faktoren sind durch syndromspezifische Besonderheiten geprägt. Hinsichtlich Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung haben psychische Faktoren eine wesentliche Bedeutung, die positiv identifiziert werden muss.

Mindestens zwei der nachfolgenden psychischen Faktoren müssen vorliegen:

- 1 – „Stress“ und Belastungssituationen, ggf. in Verbindung mit ungünstigen psychischen Verarbeitungsprozessen, führen zu einer Beeinflussung des Schmerzerlebens.
- 2 – Auf Verhaltensebene haben sich auf der Grundlage *schmerzbezogener Angst* (in der Regel ohne den Kriterien einer Angststörung zu entsprechen) zunehmende *Passivität, Schon- und Fehlhaltungen* und daraus resultierende körperliche Dekonditionierung entwickelt. Auch Durchhaltestrategien als dysfunktionale Verhaltensmuster können zur Aufrechterhaltung beitragen.
- 3 – Es bestehen *maladaptive Kognitionen* in Form von gedanklicher Einengung auf das Schmerzerleben, Katastrophisieren von Körperempfindungen und Krankheitsfolgen, Grübeln über schmerzassoziierte Inhalte und rigide Attribution der Ursachen auf organische Faktoren.
- 4 – Ausgeprägte *emotionale Belastungen* sind nachweisbar, z. B. Verzweiflung oder Demoralisierung. Wenn die Kriterien einer Depression oder Angststörung erfüllt sind, so ist dies zusätzlich zur Diagnose F 45.41 zu kodieren. Ausschließlich im Rahmen von Depression oder Angststörungen auftretende Schmerzen dürfen nicht als F 45.41 kodiert werden.
- 5 – Familiäre, soziale und existenzielle Konsequenzen: Die Überzeugung, körperlich nicht mehr belastbar zu sein, hat zu veränderten Rollen in der Familie geführt, ist mit reduzierten Kontakten im Freundeskreis (sozialer Rückzug) und zunehmenden Problemen im Beruf (Krankschreibung, Kündigung, vorzeitige Berentung) verbunden.