



Abb. 1: Patientin beim Ausfüllen der Allgemeinen Depressionsskala (ADS-L).

Myoarthropathien des Kausystems: XV – Diagnostik: Schmerzpsychologische Filterfragebögen

► Paul Nilges, Hans J. Schindler, Jens C. Türp

Indizes: Schmerzdiagnostik, Stufenschema, Fragebögen, Schmerzchronifizierung, Allgemeine Depressionsskala, Beschwerden-Liste

Bei der Diagnostik von Patienten mit persistierenden bzw. chronischen myoarthropathischen Beschwerden ist eine schmerzpsychologische Filterdiagnostik sinnvoll. Dadurch können solche Beeinträchtigungen der Stimmung und des körperlichen Wohlbefindens frühzeitig identifiziert werden, die mit einem erhöhten Risiko von Misserfolgen bei Behandlungen verbunden sind und eine Erweiterung des Therapiekonzepts erfordern.

Gemäß den Empfehlungen des Interdisziplinären Arbeitskreises für Mund- und Gesichtsschmerzen in der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) [6, 7] ist es bei einem kleinen Teil der Patienten mit myoarthropathischen Schmerzen sinnvoll, neben den bereits dargestellten Maßnahmen der Mindestdiagnostik (Schmerzanamnese; klinische Befundung; Orthopanthomogramm) eine psychosoziale Filterdiagnostik (Screening) durchzuführen (Achse II). Dabei werden Belastungen durch unspezifische körperliche Beschwerden sowie Symptome einer depressi-

ven Verstimmung (Depressivität) mit einfachen Fragebögen erfaßt. Diese Faktoren sind mit einem erhöhten Chronifizierungsrisiko und Fehlschlägen bei monodisziplinären Behandlungen verbunden [4].

Aufgrund der derzeit herrschenden Approbationsordnung findet innerhalb des Studiums der Zahnmedizin bedauerlicherweise keine Ausbildung in medizinischer Psychologie und/oder psychosomatischer Medizin statt. Die intensive Beschäftigung mit dieser Thematik bleibt daher auf einige wenige engagierte Zahnärzte beschränkt [z. B. 3]. Dessen ungeachtet ist es für jeden Zahnarzt empfehlenswert, sich mit Hilfe von psychometrischen Filterfragebögen in die „Sphäre der Achse II“ zu wagen, um Hinweise für vorhandene psychosoziale Belastungen zu erkennen und die betroffenen Patienten einer erweiterten Diagnostik (und ggf. Therapie) durch einen Psychotherapeuten zuzuleiten.

Indikation

Ein weiterführender Einsatz von Filterfragebögen – neben der bereits in Folge X vorgestellten Graduierung chronischer Schmerzen (GCS) [8] – ist dringend zu empfehlen, wenn

- anamnestische Hinweise auf psychosoziale Belastung vorliegen; oder
- eine starke schmerzbezogene Beeinträchtigung mit Hilfe der GCS festgestellt wurde (dysfunktionaler chronischer Schmerz [8]); oder
- Schmerzen zum Zeitpunkt der Patientenvorstellung länger als sechs Monate (traditionell – wenn heute auch umstritten – als Zeitschwelle für Chronifizierung definiert) bestehen; oder
- es nach einer alio loco oder selbst durchgeführten Initialtherapie von 4 Wochen nicht zu einer wesentlichen Besserung gekommen ist.

Instrumente

Der DGSS-Arbeitskreis empfiehlt derzeit den Einsatz folgender Fragebögen (Bezugsquellen: S. XX):

- Allgemeine Depressionsskala (ADS-L) [5];
- Beschwerden-Liste (B-L) [9].

Die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität für beide Instrumente sind erfüllt [2]:

1. Bei beiden Tests erfolgen Bearbeitung und Auswertung unabhängig vom Untersucher; somit ist die **Objektivität** vorhanden.
2. ADS-L und B-L weisen eine hohe **Reliabilität** auf.
3. Beide Tests besitzen eine ausreichende **Validität**.

Eine Studie an 95 Patienten mit persistierenden

bzw. chronischen myoarthropathischen Schmerzen ergab, daß der möglichst frühzeitige Einsatz von ADS und B-L zusätzlich zur GCS sinnvoll erscheint [1]. Daher sollte man die Indikation für eine Standarddiagnostik möglichst großzügig stellen, zumal das Ausfüllen und Auswerten beider Bögen nur wenige Minuten in Anspruch nimmt.

Allgemeine Depressionsskala (ADS-L)

Zur Einschätzung des Vorhandenseins einer **depressiven Verstimmung** wird die ADS-L eingesetzt (Abb. 1). Sie enthält 20 auf die letzte Woche beschränkte Aussagen, z. B.

- „Während der letzten Woche haben mich Dinge
- beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen“;
- „... konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern“.

Für jede der Aussagen hat der Patient vier Antwortmöglichkeiten:

- 0: selten oder überhaupt nicht;
- 1: manchmal;
- 2: öfters;
- 3: meistens, die ganze Zeit.

Die Antworten werden zu einem Summenwert addiert. Die Fragen 4, 8, 12 und 16 sind „negativ“ gepolt, d.h. die Zuordnung der Punktwerte zu den Antwortalternativen ist umgekehrt (z. B. bei Frage 8: „...dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft“ ergibt die Antwort „selten“ 3 Punkte, die Antwort „meisten“ 0 Punkte). Dadurch ist eine Überprüfung der Sorgfalt bei der Bearbeitung des Fragebogens möglich (Lügenkriterium).

Übersteigt die Gesamtsumme der Punkte einen Wert von 26 (= Prozentrang über 75, d. h. der Patient gehört zum oberen Viertel bezüglich des Merkmals Depressivität innerhalb der Gruppe der Schmerzpatienten), so sind weitergehende Untersuchungen dringend indiziert. Dieser Wert liegt oberhalb des Schwellenwerts von > 23, ab dem für die Allgemeinbevölkerung die „Möglichkeit einer ernsthaften depressiven Störung“ besteht [5]. Der höhere Schwellenwert trägt der Tatsache Rechnung, daß bei Menschen mit körperlichen Beschwerden regelhaft eine höhere Belastung durch depressive Symptome besteht [10, 11].

Beschwerden-Liste (B-L)

Die Beschwerden-Liste, die in zwei Parallelversionen vorhanden ist (B-L bzw. B-L'), erfaßt das Ausmaß vorhandener unspezifischer somatischer Symptome als Hinweis auf eine **globale Beeinträchtigung des subjektiven körperlichen Befindens**, d.h. auf eine Gesundheitsbelastung (Abb. 2). Der Fragebogen kann daher auch als ein „Gesundheitsbe-

ADS-L als Index für depressive Verstimmung

B-L / B-L' als Gesundheitsbelastungsindex

Psychosoziales Screening ist bei persistierenden Schmerzen ein Muss

Objektive, reliable und valide Instrumente

B-L _____ B _____
 Inst _____ Stat _____ Datum _____ Wt _____
 I-Nr _____ ICD-Nr _____ Uhrzeit _____ / _____ Tz _____
 _____ / _____

Ab hier vom Patienten auszufüllen:

Name _____ Mädchenname _____
 Vorname _____ Geburtsdatum _____ / _____ Jahre
 Beruf _____ Geschlecht m/w _____

Bitte, füllen Sie diese Beschwerdenliste sorgfältig aus. Machen Sie ein Kreuz in eine der vier Spalten rechts entsprechend der Stärke Ihrer Zustimmung bzw. Ablehnung! Beantworten Sie alle Punkte, lassen Sie keinen aus!

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

	stark	mäßig	kaum	gar nicht
1. Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals				
2. Kurzatmigkeit				
3. Schwächegefühl				
4. Schluckbeschwerden				
5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust				
6. Druck- oder Völlegefühl im Leib				
7. Mattigkeit				
8. Übelkeit				
9. Sodbrennen oder saures Aufstoßen				
10. Reizbarkeit				
11. Grübelei				
12. Starkes Schwitzen				
13. Kreuz- oder Rückenschmerzen				
14. Innere Unruhe				
15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen				
16. Unruhe in den Beinen				
17. Überempfindlichkeit gegen Wärme				
18. Überempfindlichkeit gegen Kälte				
19. Übermäßiges Schlafbedürfnis				
20. Schlaflosigkeit				
21. Schwindelgefühl				
22. Zittern				
23. Nacken- oder Schulterschmerzen				
24. Gewichtsabnahme				

lastungsindex“ angesehen werden. Die Ausprägung von 24 typischen Beschwerden, die von Patienten häufig genannt werden, wird auf einer vierstufigen Skala beurteilt. Bei jedem der genannten Symptome muß der Patient durch Ankreuzen angeben, ob die Beschwerden nicht, kaum, mäßig oder stark vorhanden sind. Dazu wird jede Antwort jeweils mit 0 (= nicht vorhanden), 1 (= kaum), 2 (= mäßig) oder 3 Punkten (= stark) bewertet.

Zur Auswertung wird ein Summenwert gebildet. Bei Frauen und Männern sind Werte über 23 als Hinweis für eine erhöhte Belastung zu sehen, Werte über 30 können als eindeutiges Risiko für das Vorliegen solcher Belastungen gelten.

Bei diesen Zuordnungen handelt es sich um mehr oder weniger hohe Wahrscheinlichkeiten, dass eine Beeinträchtigung vorliegt, also um diagnostische Hinweise, nicht um eine Diagnose.

Fazit für die Praxis

- Durch den Einsatz valider Fragebögen, wie B-L und ADS-L, kann der Zahnarzt wertvolle Kenntnisse über das psychische Befinden seiner an persistierenden Schmerzen leidenden Patienten gewinnen. Wie die bereits vorgestellte Graduierung chronischer Schmerzen [8] eignen sich diese wertvollen Instrumente darüber hinaus zur diagnostischen Abschätzung des zu erwartenden Behandlungserfolgs sowie zur Überprüfung und zum Nachweis der Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen.
- Das Ausfüllen der Fragebögen dauert nur wenige Minuten. Daher lassen sie sich hervorragend in den zahnärztlichen Praxisalltag integrieren.
- Die Auswertung (Addieren der Punktwerte für die Antworten) kann durch trainiertes Praxispersonal erfolgen. Die Interpretation der Befunde und die Information der Patienten erfolgt demgegenüber ausschließlich durch den Zahnarzt.
- Die genaue Kenntnis psychosozialer Belastung hilft, das Risiko chronischer Verläufe möglichst frühzeitig zu erkennen, Grenzen für die eigene Behandlung abzuschätzen sowie wissenschaftlich fundiert und für Patienten nachvollziehbar angemessene Therapiemaßnahmen einzuleiten (Überweisung; Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen). ◆

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Paul Nilges
DRK Schmerz-Zentrum
Auf der Steig 16
D-55131 Mainz



Dr. med. dent. Hans-Jürgen Schindler
Hirschstr. 105
D-76137 Karlsruhe



Prof. Dr. med. dent. Jens C. Türp
Klinik für Rekonstruktive Zahn-
medizin und Myoarthropathien
Universitätskliniken für Zahnmedizin
Universität Basel
Hebelstr. 3, CH-4056 Basel



▶ BEZUGSQUELLEN

Testzentrale Göttingen

Robert-Bosch-Breite 25
D-37079 Göttingen
Tel.: (0551) 50 688 0
Fax: (0551) 50 688 24

Testzentrale der Schweizer Psychologen AG

Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel.: 031 300 45 45
Fax: 031 300 45 90

Tab. 1: Bezugsquellen der Allgemeinen Depressions-
skala (ADS-L) und der Beschwerden-Liste (B-L) in
Deutschland und der Schweiz

▶ LITERATUR

1. Becker I.N.S., Türp J.C., Gerdts T.: Psychosoziale Filterdiagnostik bei Patienten mit chronischen Gesichtschmerzen. *Schmerz* 15 (Supplement 1), S82-83 (P11.82) (1999).
2. Brähler E., Holling H., Leutner D., Petermann F. (Hrsg): *Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests*. Band 2. 3. Aufl. Hogrefe, Göttingen 2002.
3. Demmel H.-J., Lamprecht F.: Zahnmedizin. In von Uexküll T. (Hrsg): *Psychosomatische Medizin* 6 Aufl. Urban & Fischer, München 2000, 1201-1208.
4. Gatchel R.J.: Comorbidity of chronic pain and mental health disorders: the biopsychosocial perspective. *Am Psychol* 59, 795-805 (2004).
5. Hautzinger M., Bailer M.: *Allgemeine Depressions-skala*. Beltz, Weinheim 1995.
6. Türp J.C., John M., Nilges P., Jürgens J., Ahlers M.O., Böhner W., Busche E., Hugger A., Jakstat H.A., Koch W.H., Niederfeilner J., Paak S., Palatka P., Peschen-Rosin R., Schindler H.J., Sommer C., Sprotte G., Weißmann K., Wernze H.: Schmerzen im Bereich der Kaumuskulatur und Kiefergelenke. Empfehlungen zur standardisierten Diagnostik und Klassifikation von Patienten. *Schmerz* 14, 416-428 (2000).
7. Türp J.C., Hugger A., Nilges P., Hugger S., Siegert J., Busche E., Effenberger S., Schindler H.J.: Aktualisierung der Empfehlungen zur standardisierten Diagnostik und Klassifikation von Kaumuskel- und Kiefergelenkschmerzen. *Schmerz* 20, 481-489 (2006).
8. Türp J.C., Schindler H.J.: Myoarthropathien des Kausystems: X - Diagnostik: Graduierung chronischer Schmerzen. *Zahn Prax* 7, 156-159 (2006).
9. von Zerssen D.: *Die Beschwerden-Liste (B-L)*. Manual. Beltz, Weinheim 1976.
10. Williams A.C., Richardson P.H.: What does the BDI measure in chronic pain? *Pain* 55, 259-266 (1993).
11. Williams A.C.: Depression in chronic pain: mistaken models, missed opportunities. *Scand J Behav Ther* 27, 61-80 (1998).