

A. Batra

Fibromyalgie und somatoforme Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht

Einleitung

Der Begriff der Fibromyalgie, auch generalisierte Tendomyopathie genannt, bezeichnet eine Erkrankung mit dem Leitsymptom des generalisierten muskulären Schmerzes, deren Ätiologie bis heute unbekannt ist. Erst 1990 wurden die diagnostischen Kriterien durch das American College of Rheumatology (ACR) erarbeitet [19]. Voraussetzung für die Diagnose einer Fibromyalgie ist das Vorhandensein generalisierter, persistierender Schmerzen sowie Schmerzäußerungen bei manuellem Druck auf wenigstens 11 von 18 definierten Druckpunkten. Eine hinreichend andere Erklärung für die Schmerzsymptomatik muss ausgeschlossen sein. Zusätzliche akzessorische Symptome wie beispielsweise Müdigkeit, Schlafstörungen oder Depressivität wurden in die diagnostischen Kriterien nicht mit aufgenommen, da weitere Verbesserungen der Spezifität oder Sensibilität, die durch o.g. Symptome bei über 80 % liegt, nicht erreicht werden konnten. Dennoch sind die zusätzlichen Symptome aus ätiologischen und letztlich auch aus therapeutischen Gesichtspunkten relevant.

Die Schwere der Erkrankung ist individuell verschieden und nicht zwangsläufig mit einer Berentung verbunden. Der Verlauf der Fibromyalgie ist unvorhersehbar, die Erkrankung kann spontan remittieren, aber auch chronifizieren und zur Invalidität, jedoch nicht zum Tode führen.

Das medizinische Klassifikationssystem ICD-10 benennt im Bereich der psychischen Störungen (Kapitel F) ein Krankheitsbild, das eine mit der Fibromyalgie vergleichbare Symptomatik als „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ mit diffuser Beschwerdesymptomatik und ebenfalls unbestimmter Genese beschreibt. Die Patienten beschreiben Schmerzen, gastrointestinale Beschwerden oder abnorme Hautempfindungen. Das Krankheitsbild geht häufig mit der Diagnose einer Angststörung, einer depressiven Verstimmung oder einem sekundären Substanzmissbrauch einher. Charakteristisch sind auch hier sekundäre Störungen des sozialen, interpersonellen und familiären Verhaltens sowie lange komplizierte Krankheitsverläufe mit einem chronisch-fluktuierenden Verlauf und negativen Untersuchungsergebnissen. Dies ist zum Teil verbunden mit vielen ergebnislosen Operationen und der hartnäckigen Weigerung, den Rat und die Versicherung behandelnder Ärzte anzunehmen, dass eine somatische Erklärung für die Erkrankung nicht zu finden sei. Von verschiedenen Autoren wird die Fibromyalgie als eine Form der somatoformen Störung interpretiert.

Angesichts der unklaren Ätiologie, aber auch begründet durch die sehr reichhaltige Begleitsymptomatik, ist die Therapie der somatoformen Schmerzstörungen, aber auch der Fibromyalgie, im Fokus verschiedener medizinischer Disziplinen: Ausgehend von der Vorstellung, es handle sich primär um einen somatischen Krankheitsbegriff, sind häufig primär Internisten, Neurologen, Orthopäden oder Rheumatologen in der Behandlung engagiert, die begleitende psychische Symptomatik, Depressivität, Ängstlichkeit, lassen viele Patienten die Behandlung von Psychiatern, Psychotherapeuten oder Psychosomatikern aufsuchen. Die Kombination von somatischen und psychischen Symptomen wird häufig auch in dem Gebiet der Psychosomatik unter dem Begriff der Somatisierungsstörungen zusammengeführt.

Zusammenfassung

Ziel: Die Fibromyalgie ist ein chronifiziertes Schmerzsyndrom ungeklärter Ätiologie mit zahlreichen somatischen und psychischen Begleitsymptomen. Es ist unklar, ob es sich hierbei um ein primär somatisches oder psychiatrisches Krankheitsbild im Sinne einer somatoformen oder affektiven Störung handelt. **Ergebnis:** Die Fibromyalgie und die „somatoforme Störung“ weisen übereinstimmende Klassifikationsmerkmale auf. Auf Symptomebene liegen zahlreiche psychopathologische Merkmale aus dem Spektrum der affektiven Störungen vor. Prädiktiv bedeutsam sind eine psychovegetative Vulnerabilität und Traumatisierung. **Diskussion:** Die Fibromyalgie umfasst ein sehr heterogenes Krankheitsbild. Die Bedingungsfaktoren können in einem „biopsychosozialen Vulnerabilitäts-Stressmodell“ zusammengeführt werden.

Schlüsselwörter Fibromyalgie
– Somatoforme Schmerzstörung
– Depression – Angst – Trauma

Die Behandlung der Fibromyalgie gestaltet sich in Anbetracht der ungeklärten Ätiologie und der Multidisziplinarität im therapeutischen Ansatz als schwierig. Die symptomatische Behandlung beschränkt sich gelegentlich auf die Gabe diverser Medikamente. Zum Einsatz kommen hierbei Kortikosteroide, nicht-steroidale Antirheumatika, Analgetika, Muskelrelaxantien, Benzodiazepine, Homöopathika und sogar Immunsuppressiva, ohne dass in zahlreichen vergleichenden Studien ausreichende Wirksamkeiten einzelner Substanzen bewiesen werden konnten. Einzig für die Gabe von serotonerg wirksamen Antidepressiva, insbesondere Amitriptylin, Fluoxetin und Clomipramin konnte eine mäßige Wirksamkeit bei einem Teil der Patienten nachgewiesen werden.

Auch die nicht-medikamentösen Therapien, Akupunktur, Hypnose, Krankengymnastik oder die Anwendung von balneophysikalischen Maßnahmen, sind leider nur beschränkt wirksam. Oftmals verspüren die Patienten zwar eine kurzfristige Linderung ihrer Symptomatik, ohne dass jedoch der Verlauf der Erkrankung auf Dauer wesentlich beeinflusst werden könnte.

Anschrift des Verfassers

Prof.Dr.med. Anil Batra
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Osianderstrasse 24
72076 Tübingen
Tel.: 07071-2982300
Fax.: 07071-295384
Email: ukpp@uni-tuebingen.de

Psychologische, psychotherapeutische und insbesondere verhaltenstherapeutische Maßnahmen zielen auf eine Förderung der Aktivität der Patienten und auf die Veränderung der erlebten Selbsteffizienz der Patienten, eine Erweiterung der im Rahmen der Erkrankung häufig reduzierten sozialen Bezüge und eine Anhebung der Lebensqualität. Angebote zur gruppen- oder einzeltherapeutischen, verhaltenstherapeutischen Behandlung für Fibromyalgie-Patienten sind nur vereinzelt vorhanden [16]. Selbsthilfegruppen, die Rheumaliga oder die Fibromyalgievereinigung bieten in Deutschland Unterstützung bei der Suche nach Therapiemöglichkeiten.

Zur somatischen und psychiatrischen Ätiologie der Störung

Im Folgenden sollen die zahlreichen somatischen und psychologischen Befunde, seien es nun ätiologisch bedeutsame Faktoren oder Epiphänomene, zusammengetragen werden.

Pathogenetische Konzepte werden aus unterschiedlicher Sicht formuliert: Aus rein somatischem Blickwinkel werden statische Fehlfunktionen, degenerative oder entzündliche Veränderungen, Störung des Muskelstoffwechsels, nur ultramikroskopisch sichtbare Läsionen der Muskeln mit Zerstörung der Myofibrillen und Glykogenansammlungen in der Nähe von Muskelnekrosen oder andere pathologische Umbauten von Muskelgewebe als schmerzauslösend angesehen. Auch Zeichen einer veränderten Mikrozirkulation wurden gefunden. Daneben wurden auch zentral-nervöse Mechanismen für eine erhöhte Verspannung und verringerte Schmerzempfindlichkeit diskutiert. Hinweise hierfür wurden in charakteristischen Schlafstörungen, allgemeiner Müdigkeit und anderen funktionellen Störungen gesehen. Somatische Schmerzmodelle nennen weitere sehr unterschiedliche Erklärungskonzepte: Folgen von viralen Infektionen, Intoxikation mit Schwermetallen, Störungen des Non-REM-Schlafes, ein Analgetikamissbrauch oder zerebrale Perfusionsstörungen, hormonelle Veränderungen und eine genetische Prädisposition sind nur Beispiele.

Auch im Bereich der Autoimmunhypothese liegen widersprüchliche Befunde vor. So wurden von einzelnen Arbeitsgruppen Phospholipid-, Serotonin- und Gangliosid-Antikörper gefunden; diese konnten jedoch nicht sicher repliziert werden. Das Aufkommen von Autoantikörpern wird als Ausdruck einer zentralen Störung der neuroendokrinen Regulation angesehen [9]. Zahlreiche Befunde im Bereich des Serotonin-, Katecholamin-Stoffwechsels, im Bereich der Neurotransmitter (Substance P und Endorphine) sind z.T. widersprüchlich und daher fragwürdig. Manche sind eher als Epiphänomene zu verstehen und für die ätiologische Klärung als irrelevant anzusehen [13].

Auch soziokulturelle Faktoren spielen bei der Diagnosestellung eine Rolle. So finden Untersuchungen zu kulturellen Unterschieden interessanterweise übereinstimmende Aktualprävalenzen in England, Dänemark und den USA, jedoch deutlich geringere Prävalenzen chronifizierter Schmerzerkrankungen bei den Indianern Nordamerikas [8].

Aus psychologischer bzw. psychiatrischer Sicht sind zusätzlich weitere diverse Vulnerabilitätsfaktoren für eine chronifizierte Schmerzerkrankung, somatoforme Störung oder eine Fibromyalgie identifiziert worden: gehäuft anzutreffen sind reduzierte soziale Bedingungen, schlechte Ausbildungsbedingungen und ein niedriges Bildungsniveau. Die akzessorischen Beschwerden der Patienten ähneln Symptomen, die von depressiven Patienten berichtet werden: Antriebsarmut, eine Stimmungsverschlechterung, zirkadiane Störungen und vegetative Begleitsymptome sind häufig. Allerdings ist bislang ungeklärt, ob die Symptomatik in den meisten Fällen bereits vor dem Ausbruch der Schmerzerkrankung vorhanden war, oder ob die psychischen Begleitsymptome erst im Zuge der Chronifizierung der Schmerzen aufgetreten sind.

Fibromyalgiepatienten leiden vor Ausbruch der Fibromyalgie im Vergleich zu Gesunden häufiger an behandlungsbedürftigen Depressionen und weisen signifikant höhere Werte auf Depressionsskalen im Gegensatz zu Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis oder anderen chronischen Schmerzerkrankungen auf [1,2,7]. Die Depressivität scheint mit

der Frequenz der Schmerzattacken, nicht aber mit der Schmerzintensität assoziiert. Krankheitsdauer und Depressivität korrelieren miteinander. Allerdings liegen auch Studien vor, die keine signifikant höhere Prävalenz depressiver Störungen bei Patienten mit einer Fibromyalgie gegenüber Patienten mit anderen chronischen Schmerzerkrankungen nachweisen können. Passive Coping-Strategien und eine Neigung der Patienten mit einer Fibromyalgie zur Katastrophisierung verstärkt die Depressivität bei regelmäßigen starken Schmerzen [10]. Ätiologisch mag dieser Zusammenhang nur zum Teil durch sekundäre, reaktive depressive Verstimmungen infolge der schmerzhaften Beeinträchtigung des Alltags erklärt werden.

Das Konzept der so genannten „Affective spectrum disorder“ geht von einer Verwandtschaft verschiedener affektiver Störungen, der Depression, Fibromyalgie, des Colon irritabile und des chronischen Müdigkeitssyndroms (Chronique fatigue syndrome) aus. Die pathogenetische Verwandtschaft wird aus der Ähnlichkeit der Symptomatik sowie einer vermuteten zugrunde liegenden Störung des Serotoninstoffwechsels bei all diesen Erkrankungen und dem Ansprechen der Schmerzsymptomatik und der anderen Symptome auf Antidepressiva abgeleitet. Es wird angenommen, es handle sich um eine psychiatrische Erkrankung (eine larvierte Depression oder Angststörung), die durch psychische Prädispositionen (Persönlichkeitsmerkmale), kognitive Faktoren, Werthaltungen aber auch sekundäre Bedingungen wie einen laufenden Rentenantrag oder operante Verstärkerbedingungen infolge einer Entlastung von Verantwortung oder Zuwendungen durch relevante familiäre Bezugspartner beeinflusst wird. Diese Hypothesen münden in therapeutische Konzepte, die eine Ressourcenaktivierung und Veränderung der Verstärkerbilanz fordern. Andere ätiologische Konzepte gehen von einer sekundären psychiatrischen Komorbidität bei Patienten mit einer Fibromyalgie aus. *Arnold* et al. [4] beschreiben ein signifikant erhöhtes Risiko für bipolare Störungen, eine depressive Störung (OR 2.7), Angststörung (OR 6.7) oder Suchterkrankung (OR 3.3). Auch *Raphael* et al. [14] finden depressive Störungen und

posttraumatische Belastungsstörungen deutlich häufiger bei Patienten mit einer Fibromyalgie. Gleiches gilt für Familienangehörige ersten Grades, die ebenfalls gehäuft unter depressiven und bipolaren Störungen leiden. In eigenen Studien zur Genese der Fibromyalgie und zu Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit chronischen Schmerzen zeigten sich Fibromyalgiepatienten ängstlicher als Patienten mit einer anderen, organisch begründeten Schmerzerkrankung (rheumatoide Arthritis) [10].

In neuerer Zeit wird verstärkt das Konzept der frühen psychischen oder physischen Traumatisierung als Ursache psychischer Störungen, insbesondere auch der somatoformen Störungen diskutiert. Bei vielen Fibromyalgiepatienten finden sich physikalische Traumata in den sechs Monaten vor Beginn der Erkrankung [3]. Ein Nackentrauma führt bei 22 % der Verletzten zu einer Fibromyalgie [5]. Auch andere Verkehrsunfälle provozieren eine Fibromyalgie, selbst wenn der zugrunde liegende organische Stressor geringer ist als die nachfolgend geäußerte Schmerzausprägung annehmen lässt [11]. Es wird vermutet, dass ausgehend von orthopädischen Problemen, die aus dem Trauma resultieren, muskuläre Verspannungen auftreten, die wiederum Schlafstörungen und insbesondere Störungen des Tiefschlafs zur Folge haben und hierdurch auf die Entstehung des Schmerzes und dessen Chronifizierung Einfluss nehmen [18].

Psychische Traumata scheinen ebenfalls mit dem Auftreten einer Fibromyalgie assoziiert zu sein [12]. In einigen Untersuchungen [17] werden Gewalterfahrungen und insbesondere ein sexueller Missbrauch in der Kindheit bei Patienten mit einer Fibromyalgie häufiger als bei anderen Schmerzpatienten gefunden. Auch im Erwachsenenalter sind körperliche Gewalteinwirkungen oder Traumatisierungen im Sinne einer Vergewaltigung mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für eine Erkrankung an einer Fibromyalgie verbunden. Problematisch an vielen dieser Untersuchungen ist allerdings, dass es sich hierbei um selbstselektierte Stichproben handelt, die das Hilfesystem aus eigener Veranlassung aufsuchen. In wenigen Arbeiten werden Patienten aus repräsentativen Stichproben untersucht.

Hierbei sind, wie bei *Ciccone et al.* [6], die Zusammenhänge bzgl. der kindlichen Missbrauchserfahrung und einer späteren Fibromyalgie nicht in der gleichen Deutlichkeit gegeben, wohl aber die Bedeutung einer Vergewaltigung in Verbindung mit dem Erleben von Todesgefahr für die Entstehung einer Fibromyalgie bei Erwachsenen. Weitergehende Analysen zeigten jedoch, dass die Entstehung der Schmerzerkrankung nicht primär mit dem Ereignis der Traumatisierung, sondern vielmehr mit dem Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung assoziiert ist. *Ciccone et al.* [6] und andere Autoren [15] gehen davon aus, dass eine sexuelle Traumatisierung nur im Falle einer erhöhten psychovegetativen Vulnerabilität, die sich in der posttraumatischen Belastungsstörung offenbart, mit dem Vollbild einer Schmerzerkrankung in Sinne einer Fibromyalgie einhergeht.

Diskussion: Fibromyalgie und somatoforme Schmerzstörung aus psychiatrischer Sicht

Angesichts der sehr heterogenen Befundlage sowohl im somatischen als auch psychiatrischen und psychosomatischen Bereich sowie der weiterhin uneinheitlichen Befundlage ist es gerechtfertigt, von einem „biopsychosozialen Vulnerabilitäts-Stressmodell“ der Fibromyalgie auszugehen. Somatische, psychische und soziale Belastungen und Vulnerabilitäten mit einer individuell sehr unterschiedlichen Zusammensetzung summieren sich bis zum Auftreten einer psychischen, somatischen oder psychosomatischen Störung. Prädiktiv bedeutsam sind eine vorbestehende psychovegetative Labilität oder somatische Vorerkrankung, Stressoren in der aktuellen und früheren Biographie, aktuelle Traumatisierungen sowie Konflikte im Vorfeld der Erkrankung.

Aus Sicht der Psychiatrie ist die „Fibromyalgie“ bei einem nicht unerheblichen Teil der Patienten als eine psychiatrische Erkrankung aus dem Bereich der affektiven Störungen oder der somatoformen Schmerzstörungen anzusehen. Angesichts der unscharfen Klassifikation, aber auch der methodischen Probleme, die sich bei epidemiologischen Untersuchungen (selbstselektierte

Stichproben, „Over-inclusive-Skalen“) ergeben, ist anzunehmen, dass die „Fibromyalgie“ wie auch die „somatoforme Schmerzstörung“ als Sammelbegriffe für verschiedenste (psychosomatische und psychiatrische) Störungen dienen.

Literatur

- Ahles TA, Kahn SA, Yunus MB, Spiegel DA, Masi AT: Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: A blind comparison of DSM-III diagnoses. *American Journal of Psychiatry* (1991), 148(12): 1721-1726
- Ahles TA, Yunus MB, Masi AT: Is chronic pain a variant of depressive disease? The case of primary fibromyalgia syndrome. *Pain* (1987), 29: 105-111
- Al-Allaf AW, Dunbar KL, Hallum NS, Nosratzadeh B, Templeton KD, Pullar T: A case-control study examining the role of physical trauma in the onset of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology* (2002), 41: 450-453
- Arnold LM, Hudson JI, Keck PE, Auchenbach MB, Javaras KN, Hess EV: Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry* (2006) 67: 1219-1225
- Buskila D, Neumann L: Musculoskeletal injury as a trigger for fibromyalgia/ post-traumatic fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports* (2000), 2: 104-108
- Ciccone DS, Elliott DK, Chandler HK, Nayak S, Raphael KG: Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Clinical Journal of Pain* (2005), 21(5), 378-386
- Hudson JI, Goldenberg DL, Pope HG, Keck PE, Schlesinger L: Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *The American Journal of Medicine* (1992), 92: 363-367
- Jacobsson LT, Nagi DK, Pillemer SR, Knowler WC, Hanson RL, Pettitt DJ, Bennett PH: Low prevalences of chronic widespread pain and shoulder disorders among the Pima Indians. *J Rheumatol* (1996) 23: 907-909
- Klein R. Mit chronischem Müdigkeits- bzw. Fibromyalgiesyndrom assoziierte Manifestationen: Ausdruck einer Dysbalance im neuroendokrinen Regelkreis? In: Berg PA (Hrsg.) *Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom*. Springer, 2. Auflage 2003, S. 25-56
- Leitlein G: Krankheitsverarbeitung bei Patienten mit chronischen Schmerzen. *Med. Dissertation, Universität Tübingen*, 2001

- 11 McLean SA, Williams DA, Clauw DJ: Fibromyalgia after motor vehicle collision: Evidence and implications. *Traffic Injury Prevention* (2005), 6: 97-104
- 12 Pöyhiä R, Da Costa D, Fitzcharles MA: Previous pain experience in women with fibromyalgia and inflammatory arthritis and nonpainful controls. *The Journal of Rheumatology* (2001), 28(8): 1888-1891
- 13 Price DD, Staud R: Neurobiology of fibromyalgia syndrome. *The Journal of Rheumatology* (2005), 23(75): 22-28
- 14 Raphael KG, Janal MN, Nayak S, Schwartz JE, Gallagher RM: Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain* (2006), 124: 117-125
- 15 Roy-Byrne P, Smith WR, Goldberg J, Afari N, Buchwald D: Post-traumatic stress disorder among patients with chronic pain and chronic fatigue. *Psychological Medicine* (2004), 34: 363-368
- 16 Strobel ES, Wild J, Müller W: Interdisziplinäre Gruppentherapie für die Fibromyalgie. *Zeitschrift für Rheumatologie* (1998), 57(2): 89-94
- 17 Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ: Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis. II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine* (1997), 59: 572-577
- 18 White KP, Carette S, Harth M, Teasell RW: Trauma and fibromyalgia: Is there an association and what does it mean? *Seminars in Arthritis and Rheumatism* (2000), 29(4): 200-216
- 19 Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al.: The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* (1990) 33:160-172