

1. Generalisierter rheumatischer Schmerz: Probleme der Nomenklatur

Schmerzen am Bewegungssystem, die nicht auf eine Körperregion beschränkt sind und die sich nicht einer bestimmten körperlichen Ursache zuordnen lassen, finden sich häufig in der allgemeinmedizinischen Versorgung und sehr häufig in der Versorgung von Schmerz- und Rheumapatienten. Eine umfangreiche amerikanische schmerzepidemiologische Untersuchung zeigt, dass auf die Frage nach Schmerzen während des letzten Jahres 84-98 % der Befragten mehr als eine von 7 Schmerzregionen nannten. (Taylor & Curran, 1985). Raspe, Wasmus, Greif, Kohlmann, Kindel & Mahrenholz (1990) fanden bei 80 % einer repräsentativen Stichprobe von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, dass diese gleichzeitig noch andere rheumatische Beschwerden angaben.

In anderen bevölkerungsepidemiologischen Studien zur Häufigkeit multilokulärer Schmerzen (z.B. Brattberg, Thorslund & Wikman, 1988; Crook, Rideout & Browne, 1984; Magni, Caldieron, Rigatti-Luchini & Merskey, 1990; Sternbach 1986; Dworkin, v. Korff & LeResche, 1990) werden Prävalenzraten von 11% bis 38% berichtet. Eine Studie von James, Large, Bushnell & Wells (1991) ermittelte für 45-64-jährige Personen mit Schmerzen an mindestens 4 Körperregionen Prävalenzraten von 21,4 % bei Männern und 33% bei Frauen. Croft, Rigby, Boswell, Schollum & Silman (1993) berichten aufgrund epidemiologischer Befragungen von 2034 englischen Erwachsenen über eine Prävalenz multilokulärer Schmerzen von 11,2 %.

Aufgrund dieser Zahlen steht außer Frage, dass Schmerz an mehreren Regionen - insbesondere bei chronischen Schmerzen und bei Schmerzen ohne hinreichende körperliche Ursache - in der Bevölkerung weit verbreitet und in der ärztlichen Allgemeinversorgung von Patienten eher die Regel als die Ausnahme sind. Croft et al. (1993) führen aus:

"It seems clear, that persistent pain involving more than one region of the body is common, and that musculoskeletal symptoms dominate the picture" (S. 712).

Indessen steht die Häufigkeit und Bedeutung multilokulärer Schmerzen im Gesundheitswesen in erkennbarem Kontrast zum Stand der wissenschaftlichen Begriffsbildung. Zentrale Fragen der Diagnostik und Klassifikation werden nach wie vor kontrovers dis-

kutiert. Dies gilt insbesondere für ausgedehnte somatoforme Schmerzen, für die der Nachweis körperlicher Ursachen nicht erbracht werden kann. Bereits in der Streuung epidemiologischer Prävalenzraten deuten sich Probleme der empirischen Begründung valider Unterscheidungskriterien an. So basieren die angegebenen Häufigkeiten für multilokuläre Schmerzen, die je nach Studie von 11,2 % bis zu 80 % reichen, auf unterschiedlichen Definitionskriterien, sie wurden aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden an Klinikstichproben wie auch an repräsentativen Bevölkerungsstichproben ermittelt und scheinen nur bedingt miteinander vergleichbar zu sein. Folglich liefert die breite Verteilung der Prävalenzraten bereits einen ersten Einstieg in die Problematik der Klassifikation generalisierter Schmerzen, die in den letzten Jahren immer offensichtlicher geworden ist.

Ein weiteres Indiz dafür, dass wichtige definatorische und nosologische Fragen bei Klagen über generalisierte Schmerzen bis heute nicht hinreichend geklärt sind, ergibt sich aus der Existenz verschiedener Diagnose- und Klassifikationssysteme. Wie wir zeigen werden, sind derzeit mehrere Diagnose- und Klassifikationssysteme in Gebrauch mit teilweise unterschiedlichen, teilweise auch übereinstimmenden Diagnose- und Klassifikationskriterien zur Unterscheidung von Patienten mit generalisierten Schmerzen. Dabei wird die Suche nach validen Einteilungskriterien dadurch kompliziert, dass medizinische und klinisch-psychologische Fachgesellschaften jeweils unterschiedliche Kriterienkataloge vorgelegt haben und sich jede Gesellschaft um die empirische Begründung und Absicherung ihrer Kriterien bemüht. Eine Vereinheitlichung oder Angleichung dieser Kriterien scheint geboten, um die Voraussetzung für einen wissenschaftlichen Dialog zu schaffen, der sowohl innerhalb einzelner Fachgesellschaften als auch zwischen Vertretern unterschiedlicher Fachgesellschaften geführt werden kann.

Angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Einteilungskriterien, die eine systematische Erforschung multilokulärer Schmerzen erschwert hat, stellt sich Frage, wie eine mögliche Vereinheitlichung diagnostischer und klassifikatorischer Differenzierungskriterien bei Klagen über generalisierte Schmerzen erzielt werden kann. Grundsätzlich wird ja durch alle Klassifikationssysteme eine Vereinheitlichung und Optimierung des wissen-

schaftlichen Dialogs angestrebt. Indessen wird der Wert eines Klassifikationssystems beschränkt sein, wenn die jeweils verwendeten Kriterien nicht mehr sind als willkürlich festgelegte Sprachkonventionen, die auf Patienten mit generalisierten Schmerzen angewendet werden. Zu fordern sind stattdessen valide Einteilungskriterien, die unabhängig von Stichprobenselektionsbedingungen und Untersuchungsbedingungen gültig sind. Dabei ist die Validität der Differenzierungskriterien um so höher zu veranschlagen, wenn diese

- (a) einen durch wiederkehrende morphologische oder funktionelle Veränderungen bestimmten Symptomenkomplex bezeichnen, der weitgehend unabhängig von den speziellen Untersuchungs- und Stichprobenselektionsbedingungen nachgewiesen werden kann;
- (b) eine hohe Sensitivität für die betreffende Erkrankung und eine hohe Spezifität gegenüber anderen Krankheiten aufweisen und
- (c) mit hinreichender Reliabilität und Objektivität in der Praxis erfasst werden können (ergänzt nach Genth, 1996).

Klassifikationskriterien, die nicht an diesen Vorgaben orientiert sind, bergen offensichtlich (vermeidbare) Risiken für die wissenschaftliche Begriffsbildung. Werden die genannten Vorgaben ignoriert, so bezeichnen die Kriterien mehr oder weniger zufällige Einteilungen situationsabhängiger, flüchtiger klinischer Erscheinungsbilder. Ein Gewinn zum besseren Verständnis der bezeichneten Störungen und zur Vereinheitlichung des wissenschaftlichen Diskurses ist davon nicht zu erwarten. Hingegen erhöht die Berücksichtigung der Vorgaben die Wahrscheinlichkeit, dass valide und zugleich eindeutig abgrenzbare klinische Störungen (im Idealfall „nosologische Entitäten“) bezeichnet werden, die unabhängig von den Untersuchungsbedingungen existieren, unter denen sie nachgewiesen wurden.

Tatsächlich erfüllen die derzeit bei Klagen über generalisierte Schmerzen verwendeten Klassifikationskriterien aber nur sehr eingeschränkt die genannten Forderungen. Beispielsweise werden die Untersuchungsbedingungen, unter denen multilokuläre oder generalisierte Schmerzen geäußert werden, oder die Abhängigkeit der Merkmalsausprägungen von Stichprobenselektionsbedingungen in den aktuellen Kriterienkatalogen

kaum berücksichtigt. Die Kriterien selbst sind leicht veränderbar und können vielfach von Patienten problemlos simuliert oder verfälscht werden. So bleibt vielfach offen, ob und inwieweit Schmerzangaben unter bestimmten Untersuchungs- und Stichprobenselektionsbedingungen tatsächlich abgrenzbare klinische Syndrome bezeichnen. Zweifel am Wert aktuell gebräuchlicher Diagnose- und Klassifikationskriterien werden auch durch neuere Forschungsergebnisse (s.u.) nahegelegt, die zeigen, dass einige dieser Kriterien in noch zu bestimmendem Umfang als das Ergebnis von Stichprobenselektionseffekten, ideosynkratischen Reaktionen auf Messvorgänge oder als Reaktionen auf institutionelle Rahmenbedingungen anzusehen sind.

Vor diesem Hintergrund zielt die vorliegende Arbeit darauf ab, die Eignung aktuell gültiger Klassifikationskriterien zur Unterscheidung von Patienten mit generalisierten Schmerzen empirisch zu überprüfen und gegebenenfalls Alternativen zu den bestehenden Unterscheidungskriterien bereitzustellen. Insbesondere gehen wir der Frage nach, **inwiefern sich die Ausprägung ausgewählter Diagnose- und Klassifikationskriterien bei generalisierten Schmerzen als abhängig erweist (a) von den konkreten Untersuchungsbedingungen und (b) von den Stichprobenselektionsbedingungen.**

In dem Maße, in dem die Abhängigkeit der Diagnose- und Klassifikationskriterien von den Untersuchungsbedingungen wie auch von der Stichprobenauswahl nachgewiesen werden kann, reduziert sich der Wert dieser Kriterien für die klinische Praxis wie auch für den wissenschaftlichen Diskurs. Denn bei ausgeprägter Abhängigkeit der Merkmalsausprägung von diesen „Kontextbedingungen“ der Messung ist davon auszugehen, dass sich das bezeichnete Störungsbild **erst durch die Reaktion auf die Untersuchungsbedingungen konstituiert und demnach nicht unabhängig davon existiert.**

Im Verlauf dieses ersten Kapitels soll dieser Aspekt noch ausführlicher behandelt werden. Zuvor erfolgt aber eine kritische Bestandsaufnahme der aktuellen Klassifikationsansätze, sofern sie generalisierte rheumatische Schmerzen betreffen. Die Bestandsaufnahme beinhaltet die kurze Darstellung der aktuellen Klassifikationskriterien, deren kritische Bewertung und schließlich eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Fibromyalgie-Klassifikationskriterien, von denen die vorliegende Untersuchungsreihe ihren Ausgang nimmt.

1.1 Kritik der aktuellen Klassifikationsansätze

In der wissenschaftlichen Diskussion werden verschiedene Klassifikationsansätze zur Einteilung und Unterscheidung von Patienten mit generalisierten Schmerzen verwendet. In diesem Kapitel werden die aktuell zur Klassifikation generalisierter Schmerzen verwendeten Kriterien skizziert und nach einheitlichen Kriterien (Differenziertheit, Gewichtung kausaler Mechanismen, Bedeutung sozialer Verstärkerbedingungen) miteinander verglichen. Aus dem Vergleich heraus begründen wir, warum die hier beschriebene Suche nach den für Patienten mit generalisierten Schmerzen geeigneten Klassifikationskriterien von den Fibromyalgie-Klassifikationskriterien des American College of Rheumatology (ACR) ihren Ausgang nimmt.

1.1.1 Generalisierter Schmerz im Spiegel der aktuellen Klassifikationssysteme

Der Begriff „generalisierter Schmerz“ ist keine aktuell gängige Bezeichnung für einen charakteristischen Symptomkomplex oder eine nosologische Krankheitseinheit, sondern wird hier als Sammelbegriff für den Sachverhalt verwendet, dass Patienten über Schmerzen in mehreren Körperregionen klagen.¹ Der Begriff der Generalisierung weist darauf hin, dass Schmerzen an mehreren Körperregionen häufig dynamischen Veränderungen im zeitlichen Verlauf unterliegen und sich daher nur als Zustand innerhalb eines Entwicklungsprozesses zutreffend beschreiben lassen. Das bedeutet auch, dass sich die hier gewählte Bezeichnung des generalisierten Schmerzes nicht allein auf den Sachverhalt eines sich ständig ausdehnenden Schmerzes beschränkt, sondern die Möglichkeiten einer Verlagerung von Schmerzen innerhalb des Körpers und damit auch der Abnahme von Schmerzen innerhalb umschriebener Körperregionen mit einschließt.

Zur Strukturierung des wissenschaftlichen Diskurses über generalisierte Schmerzen werden zur Zeit verschiedene Klassifikationssysteme verwendet. Die international be-

¹ Andere Bezeichnungen für „generalisiert“ sind „multilokulär“, „ausgedehnt“ (engl. „wide spread“) oder „polytop“. Die Begriffe werden in der Literatur nicht einheitlich verwendet. Wir verwenden nachfolgend aus Gründen der Lesbarkeit im Falle von Schmerzen an mehreren Körperregionen nur den Begriff „generalisiert“.

kanntesten Klassifikationssysteme sind die der überwiegend neurologisch und physiologisch ausgerichteten International Association for the Study of Pain (IASP; Merskey, 1986), die psychiatrischen Klassifikationssysteme DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) und der psychiatrische Teil der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) sowie die Klassifikationskriterien des American College of Rheumatology (ACR-Kriterien; Wolfe, Smythe, Yunus et al., 1990) mit internistisch-rheumatologischer Ausrichtung.

Neben diesen internationalen Klassifikationssystemen sind auch vereinzelt Klassifikationen auf der Grundlage einer ausführlicheren Schmerzdiagnostik vorgeschlagen worden, die sich ausschließlich oder weitgehend an psychologischen Kriterien orientiert. Dies sind im deutschsprachigen Raum die Multiaxiale Schmerzklassifikation auf verhaltenstheoretischer Grundlage (Klinger, Denecke, Glier, Kröner-Herwig, Nilges, Redegeld & Weiss, 1997) oder die umfangreiche Strukturierte Biographische Anamnese für Schmerzpatienten (Egle, 1993) auf psychodynamischer Grundlage. Dabei ist insbesondere die Strukturierte Biographische Anamnese wegen ihres Umfanges primär als diagnostisches Hilfsmittel (also zur ausführlichen Bewertung des einzelnen Patienten) gedacht und nicht als Klassifikationsinstrument.

In der internationalen Diskussion um die Klassifikation generalisierter Schmerzen hat der von Turk & Rudy (1988, 1992) vorgelegte Klassifikationsvorschlag ebenfalls auf der Grundlage psychologischer Variablen die meiste Beachtung gefunden. Er wird ausführlich in Kapitel 5 behandelt.

Von allen derzeit verwendeten Klassifikationssystemen sieht allein das des ACR eine eigene Kategorie für generalisierten bzw. ausgedehnten Schmerz vor, in allen anderen Klassifikationssystemen wird die Ausgedehntheit der Schmerzen vergleichsweise nachrangig behandelt. Nachfolgend werden die genannten medizinischen Klassifikationssysteme kurz skizziert und nach übergreifenden Merkmalen (Auswahl der Klassifikationskriterien, Differenziertheit der dadurch erzielten Schmerzdeskription, Gewichtung kausaler pathophysiologischer Mechanismen, Gewichtung schmerzbezogener Verstärkerbedingungen) bewertet.