

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei all denen bedanken, die mich während dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben.

An erster Stelle möchte ich mich bei den Fibromyalgie-PatientInnen bedanken, die an meinem Projekt teilgenommen haben, da ohne sie diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Danken möchte ich auch Herrn Prof. Dr. Thomas Fydrich für seine stets interessierte und ermutigende Betreuung dieser Arbeit. Herrn Dr. Thomas Weiss danke ich, dass ich die Erlaubnis bekam seine FM-PatientInnen, soweit einverstanden, zu befragen und die Bereitstellung seiner Praxisräume für die Interviews. Frau Janine Breil möchte ich danken, da sie sich ohne Zögern dazu bereit erklärt hat, als meine Zweitgutachterin zu fungieren. Ich möchte mich auch bei der Fibromyalgie-Gruppe bedanken, die sich alle drei bis vier Wochen zum Informationsaustausch unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Thomas Fydrich und Dr. Thomas Weiss trafen. Die Gruppe bestand aus Anja Beyer, Elisa Franetzki, Ruth Gesele, Mechthild Kadura, Andreas Roock und Elisabeth Schmidt.

Einen wichtigen Beitrag zur Erstellung und Korrektur der vorliegenden Arbeit kommen Marc Hörster, Caroline Wolff, Philipp Falk und meinem Bruder Rüdiger Blank zu teil. Auch ihnen möchte ich an dieser Stelle danken. Danken möchte ich zudem Bernd Reuschenbach, der mir bei den methodischen Grundlagen unter die Arme griff und meiner Freundin Unni Aadland für ihre nützlichen Tipps. Für persönlichen Beistand, moralische Unterstützung und die Bereitstellung eines Computers möchte ich meinen Eltern, Dr. Astrid Blank und Dr. Albrecht Blank, danken.

Abstract

Die vorliegende Studie besteht aus zwei Themenblöcken. Bei der einen Thematik wird die differenzialdiagnostische Abgrenzbarkeit des Fibromyalgie-Syndroms (FMS) mit den Störungsbildern chronisches Erschöpfungssyndrom (CFS) und Neurasthenie untersucht. Die andere Problemstellung befasst sich mit der Komorbidität psychischer Störungen bei Fibromyalgie-PatientInnen (FM-PatientInnen). 66 FM-PatientInnen wurden mit dem SKID-I und Zusatzinterviewfragen, die für die Diagnoseerstellung des CFS und der Neurasthenie erstellt wurden, interviewt. Die Ergebnisse zeigen, dass die diskriminante Validität zwischen dem FMS, CFS und Neurasthenie unzureichend ist, da eine Prävalenz von ca. 20% bei dem CFS und 53% bei der Neurasthenie vorliegt. Des weiteren lässt die Befundlage erkennen, dass eine erhöhte Komorbidität der FM-PatientInnen bei der Major Depression (ca. 17%), bei Angststörungen (ca. 33%) und bei somatoformen Störungen (ca. 76%) vorliegt, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung. Die Prävalenz einer Major Depression ist bei den FM-PatientInnen vergleichbar mit Personen chronisch somatischer Erkrankungen, wobei bei den Angststörungen die Prävalenz, verglichen mit Personen chronisch somatischer Erkrankungen, höher zu liegen scheint. Da in dem Bereich somatoformer Störungen zur Zeit noch wenige Forschungsergebnisse hinsichtlich chronisch somatischer Erkrankungen vorliegen, konnte die Prävalenz somatoformer Störungen bei den FM-PatientInnen mit Prävalenzen bei Personen chronisch somatischer Erkrankungen nicht verglichen werden.

Abstract

The present study looks into two different issues. One topic deals with the differentiation of the diagnostic definitions of fibromyalgia, chronic fatigue syndrome (CFS) and neurasthenia, whereas the other topic is about the comorbidity of mental disorders in patients suffering from fibromyalgia. 66 patients suffering from fibromyalgia underwent an interview using SCID-I and additional interview questions about CFS and neurasthenia. Results could show that the discriminant validity between fibromyalgia, CFS and neurasthenia is insufficient as the prevalence of CFS is approx. 20% and the prevalence of Neurasthenia is 53%. Furthermore, it could be seen that in patients suffering from fibromyalgia, there was a higher comorbidity with regard to major depression (approx. 17%), anxiety disorders (approx. 33%) and somatoform disorders (approx. 76%) compared to the general population. The prevalence of major depression in patients suffering from fibromyalgia was similar to people with chronic somatic illnesses. Concerning anxiety disorders, there was a different picture. Patients suffering from fibromyalgia seemed to show higher prevalence in anxiety disorders compared to people suffering from chronic somatic illnesses. Due to the lack of research with regard to somatoform disorders, no comparison could be made between the patients of this study and people with chronic somatic illnesses.

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	I
ABSTRACT	II
INHALTSVERZEICHNIS	III
ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	VI
ANHANGSVERZEICHNIS	VII
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	VIII
1 EINLEITUNG	1
2 DAS PHÄNOMEN SCHMERZ	3
2.1 DEFINITION AKUTER UND CHRONISCHER SCHMERZEN	3
2.2 SCHMERZMODELLE.....	4
2.2.1 <i>Gate-Control Theorie</i>	5
2.2.2 <i>Das Diathese-Stress Modell</i>	6
3 DAS FIBROMYALGIE-SYNDROM (FMS).....	7
3.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG.....	7
3.2 EPIDEMIOLOGIE	7
3.3 DIAGNOSEKRITERIEN.....	8
3.4 ÄTIOLOGIE UND PATHOGENESE	9
4 DAS CHRONISCHE ERSCHÖPFUNGSSYNDROM (CFS).....	12
4.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG.....	12
4.2 EPIDEMIOLOGIE	12
4.3 DIAGNOSEKRITERIEN.....	13
4.4 ÄTIOLOGIE UND PATHOGENESE	14
5 DIE NEURASTHENIE	15
5.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG.....	15
5.2 EPIDEMIOLOGIE	16
5.3 DIAGNOSEKRITERIEN.....	17
5.4 ÄTIOLOGIE UND PATHOGENESE	17
6 EIN VERGLEICH ZWISCHEN FMS, CFS UND NEURASTHENIE.....	19
6.1 ALLGEMEIN	19
6.2 DAS FMS, CFS UND DIE NEURASTHENIE IN DER LITERATUR	25
6.3 DISKREPANZ: LITERATUR UND DIAGNOSTISCHE KLASSIFIKATIONSSYSTEME	25
7 CHRONISCH SOMATISCHE ERKRANKUNGEN UND PSYCHISCHE STÖRUNGEN.....	27
7.1 AFFEKTIVE STÖRUNGEN/ MAJOR DEPRESSION	30
7.1.1 <i>Begriffsbestimmung</i>	30
7.1.2 <i>Epidemiologie</i>	31

7.1.3 Ätiologie und Pathogenese.....	34
7.1.4 FMS und depressive Störungen.....	35
7.2 ANGSTSTÖRUNGEN.....	36
7.2.1 Begriffsbestimmung.....	36
7.2.2 Epidemiologie.....	36
7.2.3 Ätiologie und Pathogenese.....	38
7.2.4 FMS und Angststörungen.....	39
7.3 SOMATOFORME STÖRUNGEN.....	39
7.3.1 Begriffsbestimmung.....	39
7.3.2 Epidemiologie.....	40
7.3.3 Ätiologie und Pathogenese.....	41
7.3.4 FMS und somatoforme Störungen.....	42
8 FRAGESTELLUNG UND ANNAHMEN	44
9 METHODE.....	47
9.1 UNTERSUCHUNGSDESIGN	47
9.2 ERHEBUNGSINSTRUMENTE	47
9.2.1 Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen (SKID-I).....	47
9.2.2 Die Zusatzinterviewfragen für das CFS und die Neurasthenie.....	50
9.2.3 Der Schmerzfragebogen: Abschnitt „Schmerzparameter“	51
9.2.4 Die Allgemeine Depressionsskala (ADS).....	52
9.2.5 Das Brief Symptom Inventory (BSI)	53
9.3 STICHPROBE	54
9.3.1 Soziodemographische Daten der Stichprobe	54
9.4 DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG.....	54
9.5 STATISTISCHE AUSWERTUNG	55
10 ERGEBNISSE	57
10.1 ERGEBNISSE DES SKID-I.....	57
10.1.1 Affektive Störungen/ Major Depression	60
10.1.2 Angststörungen.....	61
10.1.3 Somatoforme Störungen.....	63
10.1.4 Gegenüberstellung der Ergebnisse des SKID-I.....	65
10.2 ERGEBNISSE DES CFS UND DER NEURASTHENIE.....	65
10.3 DESKRIPTIVE AUSWERTUNG: SCHMERZPARAMETER, ADS UND BSI.....	67
10.3.1 Die Schmerzparameter.....	67
10.3.2 Die ADS und der BSI.....	68
10.4 MAßE DER ASSOZIATIONEN: SCHMERZPARAMETER, ADS UND BSI	69
10.4.1 Korrelationen: ADS und Schmerzparameter	69
10.4.2 Korrelationen: BSI und Schmerzparameter	69
10.4.3 Korrelationen: ADS und BSI.....	70
10.4.4 Korrelationen zwischen den Schmerzparametern.....	70
10.4.5 Korrelationen zwischen den Bereichen des BSI.....	71
11 DISKUSSION	73
11.1 ÜBERBLICK.....	73
11.2 DISKUSSION DER ERGEBNISSE DES SKID-I.....	75
11.2.1 Diskussion der Ergebnisse: Affektive Störungen/ Major Depression	76
11.2.2 Diskussion der Ergebnisse: Angststörungen.....	77

11.2.3 Diskussion der Ergebnisse: Somatoforme Störungen	79
11.3 DISKUSSION DER ERGEBNISSE: CFS UND NEURASTHENIE	81
11.4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE: SCHMERZPARAMETER, ADS UND BSI	83
11.4.1 Diskussion der Ergebnisse: Schmerzparameter.....	83
11.4.2 Diskussion der Ergebnisse: ADS.....	84
11.4.3 Diskussion der Ergebnisse: BSI.....	84
11.4.4 Diskussion der Korrelationen: Schmerzparameter und ADS.....	86
11.4.5 Diskussion der Korrelationen: Schmerzparameter und BSI.....	87
11.4.6 Diskussion der Korrelationen: ADS und BSI.....	88
11.5 DISKUSSION DER METHODE.....	89
11.5.1 Stichprobe.....	89
11.5.2 Design.....	89
11.5.3 Durchführung der Untersuchung	90
11.5.4 Implikationen und Vorschläge für künftige Forschungsansätze	92
12 ZUSAMMENFASSUNG.....	94
13 ANHANG	95
ANHANG A: DIAGNOSEKRITERIEN DES CFS VON 1988 UND 1994	95
ANHANG B: ZUSATZINTERVIEWFRAGEN DES CFS UND DER NEURASTHENIE	98
AUSSCHLUSSKLAUSEL.....	99
ANHANG C: DER SCHMERZFRAGEBOGEN: ABSCHNITT „SCHMERZPARAMETER“	100
14 LITERATURVERZEICHNIS	101

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Ähnlichkeiten des FMS zum CFS und der Neurasthenie.....	21
Tab. 2: Ähnlichkeiten des FMS zum CFS und Neurasthenie hinsichtlich Diagnosekriterien.....	23
Tab. 3: Unterschiede des FSM zum CFS und Neurasthenie hinsichtlich Diagnosekriterien.....	24
Tab. 4(a): Untersuchte Sektionen psychischer Störungen des SKID-I.....	49
Tab. 4(b): Untersuchte Sektionen psychischer Störungen des SKID-I.....	49
Tab. 5: Diagnosen psychischer Störungen.....	58
Tab. 6: Psychische Störungen, die nicht diagnostiziert wurden.....	58
Tab. 7: Diagnosevergabe psychischer Störungen in Häufigkeiten.....	59
Abb. 1: Häufigkeitsverteilung affektiver Störungen bei den FM-PatientInnen.....	61
Abb. 2: Häufigkeitsverteilung der Angststörungen bei den FM-PatientInnen.....	62
Abb. 3: Häufigkeitsverteilungen der somatoformen Störungen bei den FM-PatientInnen....	64
Abb. 4: Häufigkeitsverteilungen der Störungsbereiche affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen bei den FM-PatientInnen.....	65
Abb. 5: Häufigkeitsverteilungen des CFS, der Neurasthenie sowie der Kombination CFS und Neurasthenie.....	66
Tab. 8: Deskriptive Statistiken der Schmerzparameter.....	67
Tab. 9: Deskriptive Statistiken der ADS und des BSI.....	68
Tab. 10: Korrelationen zwischen der ADS und den Schmerzparametern.....	69
Tab. 11: Korrelationen zwischen den Schmerzparametern.....	71
Tab. 12: Signifikante Korrelationen des BSI.....	72

Anhangsverzeichnis

Anhang A: Diagnosekriterien des CFS von 1988 und 1994.....	95
Anhang B: Zusatzinterviewfragen des CFS und der Neurasthenie.....	98
Anhang C: Der Schmerzfragebogen des DGSS: Abschnitt „Schmerzparameter“.....	100

Abkürzungsverzeichnis

ACR	American College of Rheumatology
ADS	Allgemeine Depressionsskala
ADS-K	Kurzform der Allgemeinen Depressionsskala
Angststörung NNB	Nicht näher bezeichnete Angststörung
BDI	Beck-Depression Inventar
BSI	Brief Symptom Inventory
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CES-D	Center for Epidemiological Studies Depression Scale
CFS	Chronisches Erschöpfungssyndrom
Depressive Störung NNB	Nicht näher bezeichnete depressive Störung
DGSS	Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
DSM-I	Diagnostic Statistic Manual, edition 1
DSM-III-R	Diagnostic Statistic Manual, edition 3, revised
DSM-IV	Diagnostic Statistic Manual, edition 4
FM	Fibromyalgie
FMS	Fibromyalgie-Syndrom
F-SozU (K-14)	Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Kurzform mit 14 Items)
GAD	Generalisierte Angststörung
GSI	Global Severity Index
IASP	International Association for the Study of Pain
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Version 10
ICD-7	International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death, Version 7
MDE	Major Depression Episode
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
Münchener EDSP-Studie	Münchener Early Developmental Stages of Psychopathology-Studie
PDI	Pain Disability Index
PSI	Positive Symptom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
PTSD	Posttraumatische Belastungsstörung
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-Revised (90 Items)
SKID-I	Strukturiertes klinisches Interview für DSM- IV: Achse 1: Psychische Störungen
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

Die *Fibromyalgie* (FM) oder auch *Fibromyalgie-Syndrom* (FMS) genannt, gehört zu der Gruppe der rheumatischen, chronischen Erkrankungen, wobei das FMS, im Gegensatz zu allen anderen rheumatischen Krankheiten, nicht entzündlich ist. Das FMS zeichnet sich vorwiegend durch einen Ganzkörperschmerz aus, wobei sich die Hauptschmerzpunkte vor allem periartikulär im Sehnenansatzbereich befinden. Neben dem chronischen Schmerz leiden PatientInnen unter funktionellen Störungen verschiedener Organsysteme.

In den Industrieländern liegt die Prävalenz des FMS bei ungefähr 2-3%. Obwohl eine beachtliche Zahl von Menschen, darunter vor allem Frauen mittleren Alters, unter dieser Krankheit leiden, ist über die Erkrankung selbst sehr wenig bekannt, und sie gilt sogar als das am schlechtesten definierte und erforschte Phänomen innerhalb der Rheumatologie; ihre Ätiologie und Pathogenese sind dem zufolge bis heute noch nicht eindeutig festgelegt.

Es gibt beachtliche Ähnlichkeiten zwischen dem Erscheinungsbild des FMS und der *Neurasthenie* sowie dem FMS und dem *chronischen Erschöpfungssyndrom* (CFS). Die diskriminante Validität der drei Störungsbilder kann somit in Frage gestellt werden. Abgesehen davon konnten Untersuchungen eine erhöhte Komorbidität zwischen dem FMS und psychischen Störungen wie *depressiven Störungen*, *Angststörungen* und *somatoformen Störungen* aufdecken. Dies deutet auf eine erhöhte psychische Belastung der FM-PatientInnen hin.

In der vorliegenden Studie, die im folgenden vorgestellt wird, wurden 66 PatientInnen, die am FMS erkrankt waren, interviewt. Die Untersuchung besteht aus zwei thematischen Blöcken. Ein Block befasst sich mit der differenzialdiagnostischen Abgrenzbarkeit des FMS mit den Erkrankungen CFS und Neurasthenie. Bei dem anderen Block geht es um die Komorbidität psychischer Störungen bei FM-PatientInnen.

Die theoretischen Grundlagen dieser Untersuchung werden in den ersten sieben Kapiteln dargelegt. Nach der Einleitung, erfolgt im zweiten Kapitel eine Abhandlung des Themas Schmerzes. Es wird zwischen akuten und chronischen Schmerzen unterschieden und verschiedene Modelle zur Erklärung des Phänomens Schmerz werden vorgestellt. Um der Frage der differenzialdiagnostischen Abgrenzbarkeit zwischen dem FMS, dem CFS und der Neurasthenie nachzugehen, werden in den Kapiteln drei bis einschließlich sechs die Störungsbilder detailliert beschrieben und gegenübergestellt. Kapitel sieben befasst sich mit dem zweiten thematischen Block der vorliegenden Arbeit. Es geht um den Zusammenhang

chronisch somatischer Erkrankungen, das FMS einbezogen, und psychischen Störungen. Es werden vor allem die affektiven Störungen, Angststörungen und somatoformen Störungen in bezug zu chronisch somatischen Erkrankungen näher beleuchtet.

Vor dem Hintergrund der theoretischen Grundlagen werden im achten Kapitel die Fragestellungen und Annahmen formuliert. Im neunten Kapitel werden methodische Gesichtspunkte hinsichtlich des Untersuchungsdesigns, der Erhebungsinstrumente, der Stichprobe und der statistischen Auswertung dargelegt. Daraufhin erfolgt die Ergebnisdarstellung der Studie in Kapitel 10. Kapitel 11 diskutiert und interpretiert die Ergebnisse, gefolgt von einer Zusammenfassung der neuen Erkenntnisse in Kapitel 12.

2 Das Phänomen Schmerz

2.1 Definition akuter und chronischer Schmerzen

Schmerzen zu empfinden, zu lokalisieren und Maßnahmen zu ergreifen, um sich den schmerzauslösenden Reizen zu entziehen, stellen einen wichtigen und notwendigen Teil unseres Lebens dar. Akuter Schmerz besitzt eine äußerst wertvolle Funktion, nämlich die Erhaltung der Unversehrtheit des Organismus. Akuter Schmerz weist auf drohende oder bereits eingetretene Gewebsschädigungen hin und ist normalerweise auf den Ort dieser Schädigung begrenzt, so dass man Hinweise auf die zugrundeliegende Schmerzursache erhält. In der Regel dauert akuter Schmerz Tage, höchstens Wochen an. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Behandlung der zugrundeliegenden Ursache die Schmerzen beseitigt (Basler, Zimmer und Rehfish, 1997).

Basler et al. (1997) postulieren, dass chronischer Schmerz nicht ein Begleitsymptom einer Krankheit oder ein Hinweis auf eine Verletzung wie bei akutem Schmerz sein muss, sondern chronischer Schmerz kann sich auch als eigenständige Krankheit entwickeln. Es gibt dann keinen engen Zusammenhang mehr zwischen Schmerzgeschehen und einer Schmerzursache. Ausmaß und Intensität der Schmerzen hat nichts mehr mit der Schmerzlokalisierung zu tun, die Schmerzen haben somit ihre Warn- und Schutzfunktion verloren. In der relevanten Literatur wurde chronischer Schmerz lange nur über die zeitliche Dimension beschrieben und definiert. Dauerte ein Schmerz mehr als ein halbes Jahr an, wurde dieser als chronisch bezeichnet. Seit neuestem jedoch beschreibt man chronischen Schmerz nicht nur bezüglich der Zeit, sondern auch hinsichtlich der Anzahl der Behandlungsversuche, psychischer und sozialer Beeinträchtigung sowie beruflicher negativer Folgen aufgrund von Schmerzen. Im Gegensatz zu akutem Schmerz sind chronische Schmerzen oft nicht genau lokalisierbar, halten trotz Interventionen an und lassen sich nicht automatisch organpathologisch erklären. Es gibt persistierende „gutartige“ chronische Schmerzsyndrome wie z.B. chronische Rückenschmerzen. Chronischer Schmerz kann aber auch eine Begleiterscheinung einer fortschreitenden bösartigen (z.B. Tumor) oder fortschreitenden gutartigen Krankheit (z.B. Polyarthrititis) sein.

Die *International Association for the Study of Pain* (IASP) definierte 1986 Schmerz als „unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage or described in terms of such damage“ (Merskey zitiert nach Hermann und Flor,

2000, S.249). Da diese Definition der IASP die Schmerzempfindung als affektiv getönte Sinneserfahrung beschreibt, entfernt sie sich von einer rein sensorischen Sichtweise, wie dies früher bei den traditionell-medizinischen Modellen der Fall war. Die emotionale Komponente wird als integraler Bestandteil des Schmerzes gesehen. Zudem wird daraufhin gewiesen, dass Gewebsschädigung oft Teil einer Schmerzerfahrung ist, aber nicht sein muss. Zu kritisieren an dieser Definition ist jedoch, dass sie keine Verhaltenskomponente des Schmerzes berücksichtigt. Schmerzen beeinflussen jedoch das Verhalten und werden wiederum von Verhalten gelenkt. So kommt es aufgrund von Schmerzen oftmals zu Vermeidungsverhalten wie körperlicher Inaktivität. Dies kann wiederum den Schmerz beeinflussen, da Muskelabbau und Muskelrigidität Schmerzen fördern.

In Deutschland wird die Prävalenz chronischer Schmerzen auf etwa 5-10% in der Gesamtbevölkerung geschätzt. Rücken- und Kopfschmerzen sind die beiden Schmerztypen mit der höchsten Prävalenzrate. Die Lebenszeitprävalenz von Rückenschmerzen beträgt 70%. Es wird geschätzt, dass zwischen 4-18% der PatientInnen mit akuten Rückenschmerzen im Laufe der Zeit ein chronisches Schmerzproblem entwickeln (Flor, 2003).

2.2 Schmerzmodelle

Es gibt zahlreiche Modelle, die versuchen, das Phänomen Schmerz zu erklären, angefangen mit den traditionell-medizinischen Modellen. Diese Modelle lassen die Komplexität von Schmerzen außer acht, da im Vordergrund nur die physiologische Seite des Schmerzgeschehens steht. Im Laufe der Zeit wandte man sich von dieser rein physiologischen Sichtweise ab, da diese nicht ausreichend alle Aspekte des Schmerzes erklären konnte. Darauf folgten integrative Modelle, die die Schmerzen von mehreren Ebenen beleuchten. Wichtige integrative Modelle, die im folgenden näher erläutert werden, sind die Gate-Control Theorie und das Diathese-Stress Modell. Für eine Übersicht relevanter Schmerzmodelle empfiehlt es sich bei Flor & Hermann *Verhaltensmedizin des Schmerzes* (1999) nachzuschlagen.

2.2.1 Gate-Control Theorie

Heutzutage gibt es Ansätze, die den Schmerz besser erklären können als die traditionell-medizinischen Modelle und abgesehen von der physiologischen Seite, auch andere Aspekte einbringen. Die Gate-Control Theorie (Melzack & Wall, 1965) ist die erste Theorie, die das Schmerzgeschehen auch von der psychologischen Seite beleuchtet und ihr eine Bedeutung zuschreibt.

Die Gate-Control Theorie beschreibt eine Schmerzpforte, bei der es sich um neuronale Verschaltungen auf der Ebene des Rückenmarks handelt. Das Schmerzerleben wird dort durch kognitive und affektive Komponenten sowie dem Spannungszustand der Muskulatur beeinflusst. In die Schmerzpforte münden sowohl muskuläre Reflexkreise als auch aus höheren Hirnzentren absteigende Leitungsbahnen. Die Leitungsbahnen der Hirnzentren können die Weiterleitung aus der Peripherie stammender Schmerzinformationen entweder hemmen oder fördern. Schmerzinformationen beeinflussen somit die Körpersysteme, und diese wirken wieder zurück auf die Schmerzinformation.

Diese Integration sensorischer, kognitiv-bewertender und affektiv-motivationaler Einflüsse in ein Schmerzmodell war ein Markstein in der Schmerzpsychologie. Es wurde von einem Leib-Seele Dualismus abgerückt, der implizierte, dass Schmerz ausschließlich ein Hinweis auf eine Verletzung oder eine zugrundeliegenden Krankheit ist. Für chronische Schmerzerkrankungen, wie das FMS, bedeutet dies, dass man abgesehen von der Physiologie des Schmerzes, auch den psychologischen Komponenten Beachtung schenken soll.

Einige Annahmen der Gate-Control Theorie gelten jedoch inzwischen als widerlegt (Basler et al., 1997). So wurde z.B. entkräftet, dass eine Schmerzpforte im Rückenmark existiert. Zudem macht die Theorie keine expliziten Aussagen über kognitive Prozesse und psychische Folgen chronischer Schmerzen. Auch wird kritisiert, dass soziale Prozesse, biographische Hintergründe und Diathese-Stress Annahmen nicht berücksichtigt werden (Basler et al., 1997).

2.2.2 Das *Diathese-Stress Modell*

Selbst wenn das Wissen über Schmerzen noch sehr limitiert ist, ist es doch gelungen, ein sehr kompliziertes System zu identifizieren, dass Schmerzinformationen auf verschiedenen Ebenen verarbeitet (Basler et al., 1997). Heutzutage wird dem Diathese-Stress Modell der Schmerzverarbeitung beträchtliche Beachtung geschenkt.

Die Ätiologie und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen wird in diesem Modell anhand prädisponierender, auslösender und aufrechterhaltender Prozesse erklärt (Flor, 2003). Das Diathese-Stress Modell geht davon aus, dass eine körperliche oder erworbene Prädisposition zusammen mit belastenden Lebensereignissen und inadäquaten Bewältigungsstrategien zu einer Reaktion führt, die Schmerz auslöst. Flor (2003) postuliert, dass für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Schmerzen die symptomspezifische Reagibilität entscheidend ist. Unter ihr versteht man die Tendenz, auf stresshafte Stimulation mit Hyperaktivität bestimmter Körpersysteme zu reagieren. Das Diathese-Stress Modell ist auch ein möglicher Ansatz, um das FMS erklären zu können.

3 Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS)

3.1 Begriffsbestimmung

Der Begriff *Fibromyalgie* wurde erstmals von Yunus im Jahre 1981 verwendet, die Erkrankung wurde jedoch schon wesentlich früher beschrieben. Gowers beschäftigte sich schon 1904 mit dem FMS, nannte es aber Fibrositis. Dieser Name erscheint nicht vollkommen korrekt, da damit impliziert wird, dass es sich um eine entzündliche Erkrankung handelt und das FMS nicht entzündlich ist. Boland gab dem FMS 1947 den Namen *psychogenic rheumatism*, um damit auf die psychische Komponente der Schmerzerkrankung aufmerksam zu machen.

Es handelt sich bei dem *Fibromyalgie-Syndrom* vor allem um Muskel- bzw. Sehnenansatzschmerzen. Das Krankheitsbild ist zudem durch autonome Dysfunktionen gekennzeichnet. Schlafstörungen, aber auch vegetativ-funktionelle Störungen wie Obstipation gehören zu dem Symptomenkomplex des FMS (Neeck, 2002).

3.2 Epidemiologie

Zwar kann das FMS schon vollständig im Schulalter auftreten, wird aber gehäuft bei Frauen mittleren Alters gefunden (Neeck, 2002). Die Erkrankung beginnt im allgemeinen zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr (Weiss, 1999). Frauen sind von der Erkrankung 7-8 mal häufiger betroffen als Männer. Die Prävalenzrate liegt zwischen 2-3% in den Industrieländern, wobei Schwankungen in den einzelnen Ländern existieren. Die erheblichen Schwankungen in den einzelnen Ländern sind unter anderem auf die unklare Definition des FMS zurückzuführen. In Deutschland leiden über 3% der Frauen an dieser Erkrankung (Neeck, 2002).

Studien zeigen, dass viele FM-PatientInnen stärkere psychische Belastungen aufweisen. Viele PatientInnen leiden vor allem unter depressiven Störungen und Angststörungen (Leibing & Schüßler, 2001; Csef, 2004). Depressive Störungen und andere psychische Belastungen bestehen bei mehr als 50% der PatientInnen mit FMS (Leibing & Schüßler, 2001; Schmerzklinik am Arkauwald, 2003). Auch somatoforme Störungen kommen beim FMS häufig vor (Csef, 2004).

Der Zusammenhang zwischen dem FMS und psychischen Störungen ist ungeklärt.

Leibing und Schüßler (2001) sind der Auffassung, dass nicht die depressive Störung die Ursache des Schmerzes ist, sondern eine wechselseitige Beziehung zwischen Schmerz und depressiver Störung vorliegt, wobei die meisten Forscher heutzutage, wie auch Leibing und Schüßler (2001), die Meinung vertreten, dass der Schmerz der depressiven Störung vorgeschaltet ist.

3.3 Diagnosekriterien

Zur Diagnostizierung des FMS gelten seit 1990 weitverbreitet die Klassifikationskriterien des *American College of Rheumatology* (ACR). Nach diesen Kriterien muss ein großflächiger Schmerz am Bewegungsapparat für einen Mindestzeitraum von drei Monaten vorliegen, sowie mindestens 11 von 18 definierten druckschmerzempfindlichen Stellen (sogenannte *Tender Points*) wie zum Beispiel an der langen Bizepssehne im Sulcus intertubercularis vorhanden sein. Zudem dürfen die Schmerzen nicht von einer anderen Krankheit stammen.

Im deutschsprachigen Raum gibt es eine leicht abgeänderte Form der Klassifikationskriterien des ACR, die zwischen Haupt- und Nebenkriterien unterscheidet. Zu den Hauptkriterien gehören Schmerzen, die über mehr als drei Monate im Rücken und in zwei verschiedenen Körperbereichen existieren. Ein weiteres Hauptkriterium ist das Vorhandensein von Schmerzen bei mindestens 12 von 24 Druckpunkten (die sogenannten *Tender Points*). Zu Symptomen des ersten Nebenkriteriums gehören z.B. kalte Akren, Mundtrockenheit sowie Depressivität oder seelische Belastungen. Das erste Nebenkriterium ist erfüllt, wenn 14 Symptome von mindestens sieben gegeben sind. Das zweite Nebenkriterium bezieht sich auf Stimmungsschwankungen bzw. Depressivität. Die Diagnose des FMS kann dann vergeben werden, wenn entweder beide Hauptkriterien oder ein Hauptkriterium und ein Nebenkriterium erfüllt sind.

Da es keine eindeutigen Laborbefunde des Krankheitsbildes gibt, handelt es sich beim FMS um eine Ausschlussdiagnose. Das FMS ist im DSM-IV nicht aufgelistet und ist in der ICD-10 unter der Diagnose „Rheumatismus, nicht näher bezeichnet“ (M 79.0) zu finden.

3.4 Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie und Pathogenese ist gänzlich unbekannt, es wurden aber einige Faktoren gefunden, die in einem Zusammenhang mit der Erkrankung zu stehen scheinen (Neeck, 2002; Csef, 2004). In der vorliegenden Arbeit erfolgt aus Komplexitätsgründen eine Reduktion auf einige relevante Faktoren.

Ein Auslöser der Erkrankung ist womöglich eine Störung im zentralnervösen Bereich (Berg, 1999). Dem Neurotransmitter Serotonin wird vermehrt Beachtung geschenkt, da er bei der Schmerzverarbeitung im Zentralnervensystem eine wichtige Rolle spielt und ein niedriger Serotoninspiegel bei FM-PatientInnen beobachtet werden konnte (Neeck, 2002). Deshalb vermutet man, dass ein zu niedriger Serotoninspiegel ein Grund für die verstärkten Schmerzen der PatientInnen sein könnte. Auch ist Serotonin an der Regulation des Schlafes und des psychischen Wohlbefindens beteiligt. Ein zu niedriger Spiegel dieses Stoffes könnte zudem eine Erklärung für den unerholsamen Schlaf und das psychische Unwohlsein vieler PatientInnen sein. Ursachen für den Serotoninmangel sind jedoch nicht bekannt. Ebenso spielt Substanz P, welche ein Gewebshormon und ein Neurotransmitter ist, eine Rolle im Zentralnervensystem im Zusammenhang mit Schmerzen. Man konnte bei FM-PatientInnen einen erhöhten Spiegel dieser Substanz entdecken, welcher die niedrige Schmerzschwelle teilweise erklären könnte (Neeck, 2002).

In bezug auf das Zentralnervensystem ist es auch wichtig, das Schmerzgedächtnis zu erwähnen. Man vermutet, dass das Schmerzgedächtnis eine dauerhaft verminderte Schmerzschwelle zur Folge haben könnte. Das Schmerzgedächtnis ist nicht nur spezifisch für das FMS, sondern bezieht sich auf viele Arten chronischer Schmerzen. Man versteht unter einem Schmerzgedächtnis eine Hyperreagibilität des Gehirns auf Reize, welche besonders dann auftritt, wenn der chronische Schmerz länger besteht. Es entsteht also nach einiger Zeit eine erhöhte Bereitschaft, auf jegliche Stimulation (wie z.B. Temperatur, taktile Reize) mit Schmerzen zu reagieren (Flor, 2003).

Studien konnten auch zeigen, dass oftmals eine Störung der autoimmunen Prozesse bei FM-PatientInnen vorhanden ist. Autoimmune Schilddrüsenerkrankungen und das Vorkommen von Autoantikörpern gegen bestimmte Kernantigene, Serotonin, Ganglioside, und Phospholipide wurden beobachtet (Berg, 1999).

In Anlehnung an das Diathese-Stress Modell, vermuten Forscher prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren bei dem FMS. Manche Wissenschaftler sehen

eine genetische Komponente als prädisponierender Faktor (Neeck, 2002). Jedoch ist dies nicht ganz eindeutig, da prägende Umgebungsfaktoren auch als genetische Einflüsse missverstanden werden können und belastende Umgebungsfaktoren zu der Entstehung eines FMS prädisponieren könnten. So ist nicht klar, ob die Tatsache, dass mehr Frauen an dem FMS leiden, eine genetische Ursache hat oder ob Umgebungsfaktoren, wie zum Beispiel der unterschiedliche Erziehungsstil, der an Mädchen verglichen zu Jungen angewendet wird, ursächlich ist. Gemäß dem Diathese-Stress Modell, werden auch vermehrt psychosoziale Belastungsfaktoren in den Familien der FM-PatientInnen gefunden (Berg, 1999, Neeck, 2002), welche zu einer Auslösung und Aufrechterhaltung der Schmerzen führen könnte. In den Familien gibt es gehäuft Fälle von depressiven Störungen, Alkoholismus, sexuellem Missbrauch im Kindesalter und andere Faktoren, die ein Trauma hervorrufen können (Berg, 1999; Neeck, 2002).

Es gibt psychodynamische und persönlichkeitsorientierte Erklärungsansätze, die bei chronischen Schmerzen, und somit auch bei dem FMS, von einer Schmerzpersönlichkeit sprechen, welche sich eine bestimmte Art von Konfliktbewältigung zu eigen macht (Flor, 2003). Personen mit einer Schmerzpersönlichkeit vermindern durch die Schmerzen unbewusste Schuldgefühle, befriedigen ihre masochistische Charakterstruktur und ihren Aggressionstrieb. Zudem werden Schmerzzustände erzeugt, um drohenden oder tatsächlichen Beziehungsverlust zu ersetzen. Da aber diese Persönlichkeitsmuster und Konfliktstrategien nicht spezifisch für das FMS sind, sondern auch bei anderen Erkrankungen vorkommen, erscheint diese Argumentation zur vollständigen Erklärung des FMS nicht ausreichend (Flor, 2003). Berg (1999) postuliert ebenso, dass FM-PatientInnen eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur besitzen, die durch folgende Charaktereigenschaften gekennzeichnet ist: Perfektionismus, ein ausgeprägtes Gerechtigkeitsgefühl, soziales Engagement und Ehrgeiz, geringes Selbstwertgefühl, Ängstlichkeit und Verletzlichkeit. Keel (1995) vertritt jedoch die Meinung, dass auffällige Persönlichkeitsmuster und Konfliktbewältigungsstrategien eher mit dem Verlauf anstatt der Entstehung der Erkrankung in Verbindung zu bringen sind.

Ausgehend von der Theorie einer Schmerzpersönlichkeit wird von manchen Forschern die Meinung vertreten, dass chronische Schmerzen als eine Variante einer depressiven Störung zu verstehen sind. Aber auch dieser Ansatz konnte, wie der der Schmerzpersönlichkeit, weitgehend empirisch widerlegt werden (Flor, 2003).

Über den Verlauf und die Prognose der Erkrankung FMS bleibt noch zu sagen, dass die

Beschwerden und der Krankheitsverlauf in Phasen stattfinden, sowohl kurzfristig über einen Tag als auch über die Gesamtzeit der Erkrankung (Brückle & Zeidler, 2004). Es dauert ungefähr sieben bis neun Jahre bis sich das FMS, angefangen von den ersten Symptomen, voll entwickelt hat. Bis zur eigentlichen Diagnose vergehen oftmals noch mindestens fünf Jahre. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Erstellung der Diagnose FMS keine leichte ist, und dass es sehr lange dauert, bis der verantwortliche Arzt erkennt, was genau hinter den Beschwerden der PatientInnen liegt (Brückle & Zeidler, 2004). Die Prognose des FMS ist nicht sehr gut: Das FMS bleibt chronisch stabil (Leibig & Schüßler, 1999, Brückle & Zeidler, 2004). Eine geringere Krankheitsschwere, geringe Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung und ein aktiver Umgang des PatientInnen mit der Erkrankung begünstigen einen besseren Krankheitsverlauf.

4 Das chronische Erschöpfungssyndrom (CFS)

4.1 Begriffsbestimmung

Das *chronische Erschöpfungssyndrom* (CFS) ist ein Symptomenkomplex, dessen Hauptsymptom durch eine chronisch pathologische Erschöpfung gekennzeichnet ist (Fukuda, Straus, Hickie, Sharpe, Dobbins, Komaroff and the International CFS Study Group, 1994; Späth, 2002). Die übermäßig starke und lange Erschöpfung tritt schon nach einer sehr geringen geistigen und/ oder körperlichen Belastung auf. Die Erschöpfung sollte zudem nicht die Folge einer chronischen körperlichen Krankheit oder psychischen Störung sein (Fukuda et al., 1994). Neben dem Hauptsymptom gibt es noch mehrere vegetative und funktionelle Störungen wie z.B. Schlafstörungen (Berg, 1999).

Diskussionen über chronische Erschöpfung kann man bis in die Anfänge der Medizin verfolgen (Hoffmann & Linder, 1999). Schon die frühere chinesische Medizin benutzte den Begriff *Shao Yin*, um eine Form von Erschöpfung zu beschreiben. Auch im alten Rom gab es Ausführungen über das Thema der Erschöpfung. Cicero sah einen Zusammenhang zwischen der „modernen Lebensführung“ und der Erschöpfbarkeit. Im Mittelalter beschäftigte man sich eher weniger mit dem Thema und es tauchte erst wieder in der Renaissance auf. Aufgrund der Entwicklung der Mikrobiologie und Virologie brachte man die Erschöpfung in Zusammenhang mit Bakterien und Viren. In den 60er und 70er Jahren entstand der Begriff *chronisches Epstein-Barr-Virussyndrom*, welches 1988 durch Holmes und Kollegen, eine Arbeitsgruppe des CDC, zum *chronic fatigue syndrome* (bekannt im deutschsprachigen Raum unter anderem als chronisches Erschöpfungssyndrom) umbenannt wurde (Hoffmann & Lindner, 1999).

4.2 Epidemiologie

Die Angaben zur Prävalenzrate variieren sehr stark, unter anderem aufgrund der unterschiedlichen Kriterienkataloge und uneinheitlichen Studien (Späth, 2002). Laut Späth (2002) liegt die Prävalenz zwischen 0,5-3%. Nun ist nicht klar, ob hier von einer Punktprävalenz oder Lebenszeitprävalenz die Rede ist.

In bezug auf die Punktprävalenz in der Allgemeinbevölkerung, fanden Buchwald et al. (1995) eine Prävalenz von 0,1%. Leonard et al. (1999) deckten in ihrer Studie eine

Punktprävalenz von 0,4% in der Allgemeinbevölkerung auf. Im medizinischen Versorgungsnetz konnten Bates et al. (1993), bei Verwendung der Diagnosekriterien des CDC von Holmes et al. (1988), eine Punktprävalenz von 0,3% ausmachen. Wessely, Chalder, Hirsch, Wallace and Wright (1997) erwähnten eine Punktprävalenz von 2,6% im medizinischen Versorgungsnetz. Nicht alle Studien kommen zu dem gleichen Ergebnis, aber tendenziell sind, genau wie bei dem FMS, vorwiegend Frauen im mittleren Lebensalter betroffen (Späth, 2002).

Einige Studien konnten zeigen, dass CFS-PatientInnen vermehrt unter psychischen Belastungen wie Angst, Depression und Stressbelastungen leiden (Berg, 1999, Späth, 2002). Spiegel und Spiegel (1999) postulieren, dass etwa 40-80% der an CFS erkrankten PatientInnen unter mindestens einer psychischen Störung leiden.

4.3 Diagnosekriterien

Im Jahre 1988 erstellte das *US-amerikanische Center for Disease Control and Prevention* erstmals Diagnosekriterien für das CFS (Holmes et al., 1988; siehe Anhang A). Die Kriterien von 1988 weisen jedoch einige Mängel auf, da CFS-PatientInnen von anderen Patientengruppen, die auch unter Erschöpfung leiden, nicht immer genau unterscheidbar waren. Es scheint, dass die Kriterien von 1988 auch Personen mit psychischen Störungen selektieren (Jason, Torres-Harding, Taylor und Carrico, 2001).

Ein Arbeitskreis des oben erwähnten CDC, erstellte daraufhin 1994 neue Klassifikationskriterien für das CFS, welche die weiteste Verbreitung weltweit erfahren haben (Fukuda, Straus, Hickie, Sharpe, Dobbins, Komaroff and the International CFS Study Group., 1994, siehe Anhang A). Die neuen Diagnosekriterien sind nicht so strikt wie die von 1988 und unterscheiden sich hauptsächlich durch eine geringere Anzahl der Symptome und dass manche Symptome in den Diagnosekriterien nicht identisch sind. So wurde das Symptomkriterium von 1988 *mildes Fieber oder Frösteln* nicht mehr bei den Klassifikationskriterien von 1994 aufgelistet.

Das Hauptkriterium des CFS von 1988 und 1994 besteht aus einer unerklärbaren Müdigkeit bzw. Erschöpfung, von mindestens sechsmonatiger Dauer. Nebenkriterien der Klassifikationskriterien von 1988 und 1994 sind Symptome wie Muskelschmerzen sowie unerholbarer Schlaf. In der Tat haben viele PatientInnen, bei denen ein CFS diagnostiziert wurde, ein auffälliges Schlafmuster, das aber nicht einer primären Schlafstörung

zugeschrieben werden kann.

Das CFS ist im DSM-IV nicht aufgelistet und ist bei der ICD-10 auch keiner eindeutigen Kategorie zugeordnet, wird jedoch in der Kategorie der Neurasthenie (F48.0) unter den *Kommentaren* erwähnt. Dort wird erläutert, dass manche Länder die Diagnose einer Neurasthenie nicht vergeben, sondern stattdessen eine depressive Störung, Angststörung oder CFS diagnostizieren. Da das CFS dieser Kategorie zugeordnet ist, wird damit ausgedrückt, dass die Störung für eine psychische anstatt für eine physische Erkrankung gehalten wird.

4.4 Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie und Pathogenese sind beim CFS unbekannt (Berg, 1999; Späth, 2002; Csef, 2004). Zentralnervöse pathophysiologische Mechanismen in Form einer Störung der Neurotransmitter- und Zytokin-gesteuerten Interaktionen zwischen Nervensystem, Immunsystem und endokrinologischem System werden als Auslöser in betracht gezogen (Berg, 1999). Ebenso werden immunpathologische Phänomene nicht ausgeschlossen (Csef, 2004).

Genau wie bei dem FMS und gemäß dem Diathese-Stress Model, postulieren Forscher prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren bei der Ätiopathogenese des CFS. Wissenschaftler vermuten eine genetische Prädisposition, da z.B. das gehäufte Auftreten gleicher Symptome bei Familienangehörigen ein Hinweis dafür sein könnte (Berg, 1999). Zudem vermutet man prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren wie langanhaltender Stress und seelische Belastungen bei den CFS-PatientInnen. Zu Stressauslösern werden auch Infektneigung und persistierende Infektionen gezählt. Häufig berichten PatientInnen, dass ihre Erkrankung nach einer bakteriellen oder viralen Infektion begonnen hat (Klein, 1999), jedoch konnte auch dies nie eindeutig bewiesen werden.

Berg (1999) postuliert, dass CFS-PatientInnen eine Persönlichkeitsstruktur besitzen, die den zuvor in dieser Arbeit beschriebenen Charaktereigenschaften der FM- PatientInnen sehr ähneln. Genau wie beim FMS und der Neurasthenie fehlen spezifische diagnostische Auffälligkeiten, die nur dieser Krankheit zuzuschreiben sind (Csef, 2004). In bezug auf den Verlauf der Erkrankung weisen Fukuda et al. (1994) daraufhin, dass Langzeitstudien zeigen konnten, dass PatientInnen zwar über mehrere Jahre unter dem CFS leiden, sich aber auch oftmals mit der Zeit wieder vollständig erholen können.

5 Die Neurasthenie

5.1 Begriffsbestimmung

Die *Neurasthenie*, übersetzt Nervenschwäche, ist vor allem durch psychische und körperliche Erschöpfung, sowie durch vegetative, motorische und sensorische Funktionsstörungen gekennzeichnet (Schneider, 1975). Funktionsstörungen solcher Art finden sich auch bei dem FMS sowie dem CFS.

Der Amerikaner George M. Beard war der Erste, der im Jahre 1869 den Begriff *Neurasthenie* prägte und diese Erkrankung detailliert beschrieb. Seine Abhandlungen waren ein enormer Erfolg, so dass unter anderem auch deshalb die Diagnosevergabe der Neurasthenie um das Jahr 1869 sehr beliebt und weit verbreitet war (Taylor, 2001). Beard sah in der Neurasthenie eine amerikanische Volkskrankheit. Er war der Meinung, dass die Erkrankung in den Vereinigten Staaten weitaus höher vertreten war, verglichen mit anderen Ländern. Diese Ansicht fand jedoch Kritik von Ärzten aus Europa, da die von Beard beschriebenen Symptome, wie Erschöpfung und Schwindel, auch in Europa gehäuft vorgefunden werden konnten.

Obwohl Beard der Gründer des Begriffes Neurasthenie ist, scheint es, dass es diese Erkrankung schon länger gibt, aber anderes bezeichnet wurde (Schneider, 1975). So fand sie bereits in der Antike Beachtung durch Galen (um 129-201 n. Chr.) und Philagrius (um 350 n. Chr.) Im Mittelalter sprach Aretaius von der Melancholie, welche Symptome wie Abgeschlagenheit, Schmerzen und Schlaflosigkeit beinhaltete. Ab dem 17. Jahrhundert wurde von der Hypochondrie berichtet, die ebenso wie die vorherigen Krankheitsbilder eine ähnliche Symptomatik wie die der Neurasthenie aufwies. Bis zum Jahre 1869 und noch bis zum heutigen Tage gibt es verschiedene Bezeichnungen für Krankheitsbilder, die vergleichbare Symptome wie die der Neurasthenie haben.

5.2 Epidemiologie

Anfang des 20. Jahrhunderts wurde die Diagnose Neurasthenie kaum noch vergeben, und die Störung verschwand nahezu von der Bildfläche. Die Gründe dafür sind nicht ganz klar. Einerseits kann die Diagnosevergabe schlicht an Popularität verloren haben oder die Erkrankung kommt heute kaum noch mehr vor.

Es gibt gemischte Angaben zur Prävalenz aufgrund unterschiedlicher Diagnoseinstrumente (Braganza, Kuruvilla, Jacob & Joseph, 2000). Peltzer (1977) schätzt eine Prävalenz von 2,3-4% im medizinischen Versorgungsnetz. Zu kritisieren ist, dass aus seinen Angaben nicht ersichtlich wird, ob er sich auf eine Punkt- oder Lebenszeitprävalenz bezieht. Aus der WHO-Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in Allgemeinarztpraxen, an der die Studienzentren Berlin und Mainz teilnahmen, fand man in Allgemeinarztpraxen eine Punktprävalenz der Neurasthenie von 7,4% in Berlin (Linden & Helmchen, 1995) und 7,7% in Mainz (Herr, Maier & Benkert, 1995). In einer Züricher Studie deckte man eine Lebenszeitprävalenz der Neurasthenie von 4,3% in der Allgemeinbevölkerung auf (Angst, 1998). Hickie, Davenport, Issakidis und Andrews (2002) fanden in ihrer australischen Studie über die Bevölkerung eine Punktprävalenz der Neurasthenie von 1,2%. Davon waren 1,3% Frauen und 1,1% Männer innerhalb der Allgemeinbevölkerung betroffen. Damit zeigte sich auch, dass die Geschlechterverteilung relativ gleich zu sein scheint, im Gegensatz zu dem FMS und dem CFS. Auch konnten die Autoren eine erhöhte Komorbidität mit Angststörungen, Major Depression und somatischen Erkrankungen feststellen. 50,4% der PatientInnen, die seit mindestens einem Jahr an einer Neurasthenie litten, wiesen eine Major Depression auf, 14,6% eine dysthyme Störung. 27,8% zeigten eine Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie und 19% hatten eine soziale Phobie.

Auch andere Studien konnten eine erhöhte Komorbidität bei der Neurasthenie mit psychischen Störungen, wie Angststörungen und depressiven Störungen, aufdecken. In der Züricher Längsschnittstudie (zitiert nach Angst, 1998) fand man einen Zusammenhang zwischen der Neurasthenie und Major Depression in 78% der Fälle. Angststörungen traten in 70% der Fälle und Substanzmissbrauch in 12% der Fälle komorbid auf.

Heutzutage wird nur noch selten von der Neurasthenie gesprochen, und es gibt auch kaum zeitgenössische Literatur, die von der Neurasthenie handelt. Aus diesem Grunde wird diskutiert, ob Neurasthenie stattdessen jetzt **erneut** unter einem anderen Namen auftritt, wie

zum Beispiel unter der Bezeichnung *chronisches Erschöpfungssyndrom* oder *FMS*.

5.3 Diagnosekriterien

Obwohl die Neurasthenie zwischen den Weltkriegen in Vergessenheit geriet, wurde sie später wieder in die Diagnoseschemata des DSM-I (1952) und der ICD-7 (1958) aufgenommen. Das diagnostische Konzept der Neurasthenie wurde später im anglosächsischen Raum nicht mehr anerkannt, wobei das Konzept in den nicht englischsprachigen Ländern noch weiter besteht. Die Neurasthenie wird in der ICD-10 beschrieben, wobei es diese Kategorie im DSM-IV nicht mehr gibt. Da die Neurasthenie unter dem Kapitel V *Psychische und Verhaltensstörungen* gelistet ist, wird damit eine psychische Störung impliziert.

Laut der ICD-10 kann diese Störung in zwei unterschiedlichen Erscheinungsformen vorkommen. Die eine Form ist hauptsächlich durch anhaltende Erschöpfung nach geringer *geistiger* Anstrengung charakterisiert, die andere vor allem durch anhaltende Müdigkeit und Schwäche nach geringer *körperlicher* Anstrengung. Die PatientInnen können sich trotz einer Ruhepause nicht von der geistigen oder körperlichen Anstrengung erholen. Nebenkriterien sind unter anderem akute oder chronische Muskelschmerzen, Spannungskopfschmerz und Schlafstörungen. Die ICD-10 besagt zudem, dass die Störung mindestens drei Monate anhalten soll. Eine Neurasthenie kann nicht diagnostiziert werden, wenn die folgenden Störungen vorhanden sind: *organisch emotional labile Störung* (F06.6), *postenzephalitische Syndrom* (F07.1), *organisches Psychosyndrom nach Schädeltrauma* (F07.2), *affektive Störung* (F3), *Panikstörung* (F41.0) oder *generalisierten Angststörung* (F41.1). Darüber hinaus kann die Erkrankung Neurasthenie nur als Ausschlussdiagnose fungieren.

5.4 Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie und Pathogenese dieser Erkrankung ist ebenso nicht vollständig geklärt. Wissenschaftler sehen entweder einen rein physischen, rein psychischen oder einen psychophysischen Ursprung in der Erkrankung (Schneider, 1975; Peltzer, 1977).

Beard (zitiert nach Schneider, 1975) war der Auffassung, dass die *moderne Zivilisation* der Hauptauslöser für die Neurasthenie ist, wohingegen Arndt (zitiert nach Schneider, 1975) eher das *minderwertige Nervensystem* als Ursache betrachtet. Unter einem *minderwertigen*

Nervensystem versteht Arndt eine Unterentwicklung des Nervensystems im Vergleich zum restlichen Körper. Laut Arndt wird die Unterentwicklung von äußeren, negativen Lebensumständen, wie z.B. Infektionskrankheiten, beeinflusst, die im Wechselspiel wiederum die Neurasthenie hervorrufen.

Die Theorie Beards von der schädlichen, *modernen Zivilisation* und die Theorie Arndts vom *minderwertigen Nervensystem* wurden bei den meisten Forschern nicht in dieser Form übernommen, jedoch gehen viele Wissenschaftler auch von einer Pathologie des Nervensystems aus, aber dies konnte nie vollständig erwiesen werden (Schneider, 1975, Peltzer, 1977). Darüber hinaus glauben viele Forscher, in Anlehnung an das Diathese-Stress Modell, dass prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren eine Rolle spielen. Daher wird z.B. langanhaltender Stress und Belastungen als prädisponierende, auslösende oder aufrechterhaltende Faktoren gesehen (Schneider, 1975; Peltzer, 1977). Zudem vermutet man eine genetische Prädisposition bei der Neurasthenie (nähere Ausführungen siehe Schneider, 1975, Peltzer, 1977). In bezug auf den Krankheitsverlauf weisen Hickie et al. (2003) darauf hin, dass die Krankheit zumeist chronisch verläuft. Sie entdeckten in ihrer Studie, dass 80% der Personen, die unter der Krankheit litten, auch noch nach 12 Monaten nicht geheilt waren.

6 Ein Vergleich zwischen FMS, CFS und Neurasthenie

6.1 Allgemein

Wie schon zuvor deutlich wird, bestehen viele Gemeinsamkeiten zwischen dem Krankheitsbild des FMS, dem CFS und der Neurasthenie. Im folgenden wird ein direkter Vergleich zwischen den drei Störungen aufgeführt, um die Ähnlichkeiten und Unterschiede zu verdeutlichen. Tabelle 1 listet die Ähnlichkeiten der Krankheitsbilder im Überblick auf.

Hinsichtlich der *Gemeinsamkeiten* zwischen dem FMS, dem CFS und der Neurasthenie erkennt man, dass es zwar einige Erklärungsansätze für die Störungsbilder gibt, jedoch konnte keiner bisher vollständig wissenschaftlich belegt werden. Auffallend ist, dass die Ätiologie und Pathogenese dieser drei Störungen gänzlich unbekannt ist. Auch ist der Verlauf bei allen oftmals chronisch und langwierig. Aufgrund ihrer diagnostischen Unspezifität basieren alle drei Krankheitsbilder auf einer Ausschlussdiagnose (Schneider, 1979, Berg, 1999, Csef, 2004).

Hinter den drei Störungsbildern wird von Forschern eine Pathologie des Zentralnervensystems vermutet (Schneider, 1979; Peltzer, 1977, Berg, 1999). Ebenso wurde entdeckt, dass bei manchen FM-PatientInnen und bei CFS-PatientInnen autoimmunpathologische Prozesse auftreten (Berg, 1999; Csef, 2004). Berg (1999) berichtet, dass auch bei Angehörigen von FM- und CFS-Erkrankten vermehrt immunpathologische Phänomene vorkommen. Zudem konnte man CFS- und FMS-relevante Symptome in ausgeprägter oder inkompletter Form in den Familien der Betroffenen aufdecken (Berg, 1999). Dies deutet auf eine genetische Disposition des FMS und CFS hin. Auch hinsichtlich der Neurasthenie vermuten Forscher eine genetische Veranlagung (Schneider, 1975; Peltzer, 1977).

Das Diathese-Stress Modell kann zur Erklärung bei allen drei Störungsbildern herangezogen werden. Prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren, wie chronischer Stress und seelische Belastungen treten bei allen drei Erkrankungen auf (Schneider, 1975, Peltzer, 1977, Berg, 1999). Einige Forscher sehen beim CFS oftmals eine virale Infektion als prädisponierender Faktor (Csef, 2004). Auch bei FM-PatientInnen wurde schon berichtet, dass eine akute Infektion zu Krankheitsbeginn stand (Weiss, 1999), ebenso konnte man dies bei einigen Personen, die an Neurasthenie erkrankt waren, beobachten (Peltzer, 1977).

Untersuchungen konnten bei einigen FM-PatientInnen und CFS-PatientInnen ähnliche Persönlichkeitsprofile aufdecken. Man konnte bei beiden Patientengruppen beobachten, dass einige PatientInnen dazu tendieren, perfektionistisch, ehrgeizig, verletzlich und ängstlich zu sein und von einem niedrigen Selbstwertgefühl geprägt sind (Berg, 1999).

Weiterhin ist überwiegend das weibliche Geschlecht vom FMS und CFS betroffen, die sich im mittleren Lebensalter befinden (Neeck, 2002; Späth, 2002). Peltzer (1997) ist der Auffassung, dass um die Hälfte mehr Frauen als Männer an der Neurasthenie erkranken. Schneider (1975) hingegen glaubt, dass es in bezug auf die Neurasthenie keine direkt erkennbaren Geschlechterunterschiede gibt. Die Befunde hinsichtlich der Geschlechterverteilung der Neurasthenie sind deswegen nicht so eindeutig wie beim FMS und CFS.

Viele Begleitsymptome der drei Störungen sind ähnlich. Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Angstzustände sind nur einige der gemeinsamen Nebensymptome (Schneider, 1975; Berg, 1999; Dilling & Freyberger, 2001; Csef, 2004). Zudem treten bei allen drei Krankheitsbildern oftmals psychische Belastungen bzw. Störungen auf (Schneider, 1975; Berg, 1999; Dilling & Freyberger, 2001). Die häufigsten psychischen Störungen sind die depressive Störung und Angststörungen. Erwähnt werden sollte noch, dass bei allen drei Krankheitsbildern sich die Forscher uneins sind, ob die Erkrankungen primär als somatisch oder psychosomatisch angesehen werden sollen.

Tabelle 1: Ähnlichkeiten des FMS zum CFS und der Neurasthenie

	<i>FMS</i>	<i>CFS</i>	<i>Neurasthenie</i>
<i>Ätiologie</i>	unbekannt	unbekannt	unbekannt
<i>Pathogenese</i>	unbekannt	unbekannt	unbekannt
<i>Verlauf</i>	chronisch	chronisch	chronisch
<i>Diagnose</i>	Ausschlussdiagnose	Ausschlussdiagnose	Ausschlussdiagnose
<i>Vermutliche Pathologie</i>	Zentralnervensystem	Zentralnervensystem	Zentralnervensystem
	autoimmun-pathologische Prozesse	autoimmun-pathologische Prozesse	unklar
<i>Mögliche prädisponierende Faktoren</i>	genetische Prädisposition	genetische Prädisposition	genetische Prädisposition
	chronischer Stress und seelische Belastungen	chronischer Stress und seelische Belastungen	chronischer Stress und seelische Belastungen
	virale Infektion	virale Infektion	virale Infektion
<i>Persönlichkeitsprofil</i>	Tendenz zu: • Perfektionismus • Ehrgeiz • Verletzbarkeit • Ängstlichkeit • vermindertes Selbstwertgefühl	Tendenz zu: • Perfektionismus • Ehrgeiz • Verletzbarkeit • Ängstlichkeit • vermindertes Selbstwertgefühl	unklar
<i>Geschlechterverteilung</i>	überwiegend Frauen	überwiegend Frauen	überwiegend Frauen (?)
<i>Altersverteilung</i>	mittleres Lebensalter	mittleres Lebensalter	unklar
<i>Komorbidität psychischer Störungen</i>	v.a. depressive Störungen und Angststörungen	v.a. depressive Störungen und Angststörungen	v.a. depressive Störungen und Angststörungen
<i>Wesen der Erkrankung</i>	somatisch vs. psychosomatisch	somatisch vs. psychosomatisch	somatisch vs. psychosomatisch

Der augenscheinlichste *Unterschied* zwischen dem FMS und dem CFS, sowie dem FMS und der Neurasthenie liegt in ihren Leitsymptomen. Das Hauptsymptom des FMS ist ein chronischer Muskel- und Weichteilschmerz und weist besondere Schmerzempfindlichkeit im Bereich der Tender Points auf. Das CFS ist hauptsächlich durch eine mindestens sechsmonatige, schwere und andauernde Erschöpfung charakterisiert. Das Leitsymptom der Neurasthenie ist, wie beim chronischen Erschöpfungssyndrom, die andauernde körperliche oder geistige Erschöpfung. Hinzu kommt noch, dass sich im Gegensatz zum FMS, das

Krankheitsbild des CFS im allgemeinen sehr rasch in seinen vollen Zügen entfaltet (Weiss, 1999). Auch klagen die PatientInnen eher über Gelenk- als Muskelschmerzen (Weiss, 1999)

Vor allem aufgrund der hochgradigen Müdigkeit und der Depressivität, die bei den FM-PatientInnen und CFS PatientInnen vorliegt, vermuten Forscher, dass das CFS und das FMS zwar unterschiedliche Formen einer Erkrankung sind, aber das Korrelat einer einzigen, gemeinsamen dahinter liegenden, noch unbekannten Krankheit sind (Weiss, 1999). Es wird von manchen Forschern vermutet, dass diese „Krankheitsfamilie“ auf eine zentrale Fehlregulation des Gehirns zurückzuführen ist (Weiss, 1999). Vor allem die Fehlregulation des Serotoninstoffwechsels wird als eine mögliche Ursache angesehen. Da bei der Neurasthenie auch Schlafstörungen vorliegen, die zu Müdigkeit führt, Studien auf erhöhte Komorbiditäten in bezug auf depressive Störungen verweisen konnten und es generell viele Gemeinsamkeiten zwischen den drei Störungsbildern gibt, kann man spekulieren, ob die Neurasthenie auch zum Korrelat einer dahinter liegenden, noch unbekannten Krankheit gehört. Es kann aber auch sein, dass die Neurasthenie kein Korrelat ist, aber vielleicht die gleiche Erkrankung wie das CFS oder das FMS nur unter anderer Bezeichnung (für nähere Ausführungen siehe Kapitel 6.2 und 6.3)

Zur Illustration der Ähnlichkeiten und Unterschiede der *Diagnosekriterien* verhelfen Tabelle 2 und Tabelle 3. Tabelle 2 zeigt die Überlappungen des FMS im Vergleich zu dem CFS und der Neurasthenie in bezug auf die wichtigsten Symptome und ihren Kriterien. Die Beschreibungen basieren bei dem FMS auf den Diagnosekriterien des ACR, beim CFS auf den Kriterien des CDC von 1988 (Holmes et al., 1988) und bei der Neurasthenie auf den Kriterien des ICD-10. Nicht immer ist die wörtliche Beschreibung der Symptome bei den Klassifikationskriterien der drei Erkrankungen identisch, sie scheinen jedoch auf das Gleiche oder Ähnliches hinzuweisen.

Tabelle 2: Ähnlichkeiten des FMS zum CFS und Neurasthenie hinsichtlich Diagnosekriterien

	<i>FMS</i> (nach ACR)	<i>CFS</i> (Holmes et al., 1988)	<i>Neurasthenie</i> (nach ICD-10)
<i>Diagnosekriterien</i>	Schmerzen in Muskulatur	Muskelschmerzen	Muskelschmerzen
	Schlafstörungen	Schlafstörungen	Schlafstörung
	Orthostatische Beschwerden		Benommenheit
	Dauer der Störung: mind. 3 Monate		Dauer der Störung: mind. 3 Monate
		Erschöpfungszustand	Erschöpfungsgefühl
		Kopfschmerzen	Spannungskopfschmerz
		mehr als 24 Stunden andauernde Erschöpfung nach Anstrengung	nicht in der Lage, sich innerhalb eines normalen Zeitraums von Ruhe, Entspannung oder Ablenkung zu erholen

Nicht alle Symptome und Kriterien von FMS, CFS und Neurasthenie überschneiden sich. In Tabelle 3 werden die auffälligsten und scheinbar wichtigsten Abweichungen der einzelnen Kriterien des FMS im Vergleich zum CFS und der Neurasthenie aufgezeigt. Die einzelnen unterschiedlichen Symptome werden dort aber nicht im Detail aufgelistet.

Tabelle 3: Unterschiede des FSM zum CFS und Neurasthenie hinsichtlich Diagnosekriterien

	<i>FMS</i> (nach ACR)	<i>CFS</i> (Holmes et al., 1988)	<i>Neurasthenie</i> (nach ICD-10)
<i>Diagnosekriterien</i>	mind. 3 monatige Dauer der Beschwerden	mind. 6 monatige Dauer der Beschwerden	mind. 3 monatige Dauer der Beschwerden
	Schmerzen in mind. 3 Körperregionen (Muskulatur, Sehnen und -ansätzen)	anhaltende oder wiederkehrende Erschöpfung	anhaltende Erschöpfung nach geistiger oder körperlicher Anstrengung
	12 von 24 Tender Points nach deutschen Kriterien (oder 11 von 18 nach amerikanischen Kriterien)		
	ACR: keine Angaben über Aktivitätsniveau	Aktivitätsniveau sinkt auf unter 50 % des prämorbidem Zustands	keine Spezifizierung → nur verringertes Aktivitätsniveau
	beide Hauptkriterien (d.h. Schmerzen und Tender Points) reichen für Diagnose (modifiziert nach Müller, 1990): → Diagnose bei 2 Hauptkriterien oder 1 Haupt- und 1 Nebenkriterium	mind. 8 von 11 Symptomen müssen vorhanden sein, wie z.B.: Benommenheit, Reizbarkeit	mind. 1 von 7 Symptomen muss vorhanden sein, wie z.B.: Halsschmerzen, Muskelschwäche
	keine Angaben über Erschöpfung	mehr als 24 Stunden andauernde Erschöpfung trotz Erholung → zeitlich spezifiziert	keine Erholung innerhalb eines normalen Zeitraums von Entspannung → ungenaue zeitliche Angaben

6.2 Das FMS, CFS und die Neurasthenie in der Literatur

DeLuca (2001) argumentiert, dass das CFS und die Neurasthenie die gleiche Erkrankung ist, da sich die Symptome beider Störungen sehr ähnlich sind. Auch Wessely (1998) und Greenberg (1990) vermuten, dass das CFS ursprünglich als Neurasthenie bekannt war.

Greenberg (1997) zählt das FMS und das chronische Erschöpfungssyndrom zu der Gruppe der Neurasthenie, was heißt, dass ein gemeinsamer Faktor hinter den drei Störungen vermutet wird. Hillier & Farmer (1995) fanden, dass 97% der PatientInnen, diagnostiziert mit dem CFS, auch die Kriterien für eine Neurasthenie erfüllten, wobei in der gesunden Kontrollgruppe nur 2% die Kriterien für eine Neurasthenie erfüllten.

Andere Autoren (Young, Sharpe, Clements, Dowling, Hawton, Cowen, 1998; Sharpley, Clements, Hawton, Sharpe, 1997) bemühen sich in ihren Ausführungen nicht, zwischen den Störungen Neurasthenie und CFS zu unterscheiden. In ihren Abhandlungen werden die Begriffe synonym gehandhabt. Einige Autoren sehen den Begriff Neurasthenie als die ältere bzw. altmodischere Bezeichnung für das CFS an.

6.3 Diskrepanz: Literatur und diagnostische Klassifikationssysteme

Wenn man sich mit der Literatur befasst, fällt auf, dass viele Autoren keinen Unterschied zwischen dem CFS und der Neurasthenie machen. Beide Begriffe werden synonym benutzt. Berg (1999) erwähnt in seinem Buch *Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom* nicht nur, dass das FMS und das CFS wahrscheinlich einer gemeinsamen Ursache entstammen, sondern sagt zudem, dass „.....die Begriffe.....letztlich auf den im 19. Jahrhundert von Beard geprägten Begriff der Neurasthenie“ zurückreichen (Berg, 1999, S.3).

Die Aussage von Berg (1999), dass die Neurasthenie ein Vorläufer des FMS und des CFS ist und ein Zusammenhang zwischen den Störungen besteht, widerspricht der ICD-10, die zwischen dem FMS und der Neurasthenie unterscheidet. Wie schon zuvor erwähnt, befindet sich das FMS unter der Diagnose *Rheumatismus, nicht näher bezeichnet (M 79.0)* und die Neurasthenie unter dem Kapitel V in der Kategorie *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (Unterkategorie F48.0)*. Überdies findet man in der ICD-10 das CFS unter den *Kommentaren* in der Unterkategorie der Neurasthenie (*F 48.0*). Wie schon gesagt, erwähnt die ICD-10 dort, dass manche Länder anstatt der Diagnose Neurasthenie, eher die Diagnose einer depressiven Störung, Angststörung oder eines CFS vergeben. Dies deutet daraufhin, dass auch die Autoren der ICD-10 sich bewusst sind, dass es keine

Einstimmigkeit bei den Störungsbildern Neurasthenie und CFS gibt. Hinsichtlich des DSM gab es im DSM-II die Diagnose einer *Neurasthenic neurosis*, vorzufinden unter 300.5, jedoch verschwand diese Diagnose ab dem DSM-III. Mit anderen Worten, die Diagnose einer Neurasthenie ist im DSM-IV nicht enthalten.

Aufgrund dieser hier beschriebenen Lage, kann man erkennen, dass die Klassifikationssysteme und die Literatur unterschiedliche Auffassungen von den Krankheitsbildern haben. Es besteht keine Einigkeit wie, wann und ob eines der Störungsbilder zu klassifizieren bzw. definieren ist.

7 Chronisch somatische Erkrankungen und psychische Störungen

Die vorherigen Kapitel haben das FMS, das CFS und die Neurasthenie näher diskutiert und beleuchtet, da es zum einen in der vorliegenden Arbeit darum geht, die differenzialdiagnostische Abgrenzbarkeit des FMS mit dem CFS und der Neurasthenie zu überprüfen. Die folgenden Kapitel stellen den zweiten Teil der Studie da. Es wird nun auf den Zusammenhang zwischen chronisch somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen eingegangen, da der nächste Teil dieser Arbeit untersucht, ob die interviewten PatientInnen, die unter FMS leiden, auch eine hohe Komorbidität mit psychischen Störungen haben, wie die Literatur dies bei einigen chronisch somatischen Erkrankungen, bei chronischen Schmerzen und bei FM-PatientInnen beschreibt.

Epidemiologische Studien zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen chronisch somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen gibt (Alter, 2000, Härter, 2000). Es ist bisher noch nicht wirklich gelungen, bei der Epidemiologie psychischer Störungen und chronisch somatischer Erkrankungen konkrete Aussagen über die Art der Zusammenhänge und die sich daraus ergebenden Konsequenzen zu machen. Es gibt verschiedene Erklärungen über die Art der Beziehung: Der Zusammenhang zwischen somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen kann aufgrund gemeinsamer Ursachen bestehen, ebenso kann die psychische Erkrankung eine Folge der somatischen Erkrankung sein oder die somatische Erkrankung Folge einer psychischen Erkrankung sein. Zudem ist ein zufälliges Zusammentreffen der beiden Störungsbildern nicht auszuschließen (Hewer, 1999). Man kann davon ausgehen, dass sobald psychische und somatische Erkrankungen gleichzeitig bestehen, sich die beiden gegenseitig beeinflussen.

Löwe (2004) beschreibt, dass Studien eine Punktprävalenz psychischer Störungen in Allgemeinarztpraxen von 20-35% aufdecken konnten. Laut Löwe sind die häufigsten psychischen Störungen im medizinischen Versorgungsnetz die depressiven Störungen und die Angststörungen. Auch in einer Großraumstudie der WHO zur Prävalenz psychischer Störungen, an der Allgemeinarztpraxen aus Berlin und Mainz teilnahmen, fiel die Punktprävalenz in den gleichen Rahmen, wie von Löwe postuliert wurde (Üstün & Sartorius, 1995). In den Allgemeinarztpraxen in Mainz lag die Punktprävalenz mindestens einer psychischen Störung bei 30,6% und in Berlin bei 25,2% in den Allgemeinarztpraxen (Herr et al., 1995; Linden & Helmchen, 1995). Diese Prävalenzraten liegen, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, höher. Der Gesundheitssurvey im Jahre 1998/99 in der BRD

(Wittchen, Müller, Pfister, Winter & Schmidtke) zeigt, dass 17,3% der Allgemeinbevölkerung unter affektiven Störungen, Angststörungen und somatoformen Störungen leiden.

Laut Alter (2000) sind die häufigsten chronisch somatischen Erkrankungen in den USA Herzerkrankungen, Diabetes, chronische obstruktive Atemwegserkrankungen, Hypertonie und Krebs. Diese Erkrankungen sind auch in Deutschland häufig vertreten. In der Studie von Wells, Golding, und Burnam (1988) entdeckte man, dass Personen, die unter einer von acht chronischen Erkrankungen litten (d.h. Arthritis, Krebs, Lungenerkrankung, neurologische Erkrankung, Herzerkrankung, körperliche Behinderungen, Bluthochdruck und Diabetes), ein 41% höheres Risiko hatten eine psychische Störung zu entwickeln, verglichen mit Personen ohne chronisch somatische Erkrankung.

Alter (2000) postuliert, dass bei chronisch somatischen Erkrankungen v.a. affektiven Störungen, Angststörungen und Substanzmissbrauch auftreten. Die Wahrscheinlichkeit einer Komorbidität mit einer psychischen Störung scheint sich ausserdem zu erhöhen, je größer die subjektive Belastung der chronischen Erkrankung für die betroffene Person ist (Alter, 2000). Auch Studien wie die von Ormel, Kempen, Penninx, Brilman, Beekman und Van Sonderen (1997) untermauern die Aussage von Alter, da sie fanden, dass nicht allein die Art der somatischen Erkrankung ausschlaggebend für psychische Belastungen bzw. Störungen ist, sondern dass die Schwere der Behinderung, der mit der Erkrankung verbundenen Verlust mentaler Fähigkeiten und die psychische Beschaffenheit des PatientInnen, einen starken Einfluss auf die Psyche haben.

Bassett, Chase, Folstein und Regier (1998) untersuchten die Prävalenzrate psychischer Störungen bei Personen mit Behinderungen. Die Ergebnisse zeigten, dass bei 56-92% der Personen mit Behinderungen eine psychische Störung diagnostiziert wurde. 54-78% dieser Personen hatten zudem eine ernsthafte chronisch körperliche Erkrankung wie z.B. Diabetes, Arthritis oder Krebs. Ein weiterer interessanter Befund der Studie war, dass es keinen Unterschied bei der Prävalenz psychischer Störungen von Personen mit Behinderungen und chronisch körperlichen Erkrankungen einerseits und der Prävalenz von Personen ohne Behinderungen aber mit chronisch körperlichen Erkrankungen andererseits gab. Die hohe Prävalenz von 56-92% psychischer Störungen bei Personen mit Behinderungen kann man somit zum Teil dadurch erklären, dass viele Personen mit Behinderungen, bei denen eine psychische Störung diagnostiziert wurde, mindestens zwei oder mehr chronisch körperliche Leiden hatten. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass körperliche Behinderung zusammen

mit psychischen Störungen gehäuft auftritt und dass diese Komorbidität noch mehr ausgeprägt ist, wenn die körperliche Behinderung zusätzlich von einer oder mehreren chronisch körperlichen Leiden begleitet ist. Die Befundlage könnte darauf hinweisen, dass eine chronisch somatische Erkrankung einen bedeutenden Einfluss auf die Entwicklung einer psychischen Störung hat, unabhängig von einer bestehenden Behinderung.

Laut Fishbain, Cutler, Rosomoff und Rosomoff (1998) existiert eine hohe Komorbidität zwischen chronischen Schmerzen und psychischen Störungen der Achse I und II des DSM-IV. Benjamin, Morris, McBeth, MacFarlane, Silman (2000) schätzten, dass Personen mit chronischen Schmerzen ein dreimal so hohes Risiko haben unter mindestens einer psychischen Störung zu leiden. Fishbain et al. (1998) postulieren, dass chronische SchmerzpatientInnen vor allem von affektiven Störungen, Missbrauch und Abhängigkeit psychotroper Substanzen sowie Persönlichkeitsstörungen betroffen sind. Es gibt viele Untersuchungen, die von einem Zusammenhang zwischen chronischen Schmerzen und psychischen Störungen berichten konnten, wobei den affektiven Störungen und Angststörungen in bezug auf chronische Schmerzen am meisten Beachtung geschenkt wird (Benjamin et al., 2000).

Verglichen mit der gesunden Bevölkerung ist es wohl unumstritten, dass die Prävalenzrate psychischer Störungen bei FM-PatientInnen, genau wie bei anderen chronischen SchmerzpatientInnen, höher ist. Laut Gaab und Cleare (2002) erfüllen 90% der FM-PatientInnen die Kriterien mindestens einer aktuellen oder bisherigen psychischen Störung. Dies beziehe sich vor allem auf affektive Störungen, Angststörungen und Somatisierungsstörungen. Die Frage der Kausalität ist nicht ganz geklärt. Keel (1995) und andere postulieren, dass depressive Störungen bei dem FMS eher Folge als Ursache der Krankheit sind. Sowohl Sternbach (1974, 1975 zitiert nach Keel, 1995) als auch Garron (1983 zitiert nach Keel, 1995) konnten eine Erhöhung der Scores des Persönlichkeitsinventars des Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) bei chronischen Rückenschmerzen beobachten. Diese Erhöhung war um so offensichtlicher je länger die chronischen Rückenschmerzen schon bestanden. Diese Studien weisen darauf hin, dass die andauernde Chronifizierung einer Krankheit psychische Auffälligkeiten fördert, wenn nicht sogar hervorrufen könnte. Keel (1995) findet es nicht ungewöhnlich, dass chronische SchmerzpatientInnen erhöhte Werte auf den Skalen Hypochondrie, Hysterie und Depression aufweisen. Er führt dies auf die chronische Erkrankung zurück und sieht erst bei einer zusätzlichen Erhöhung der Scores in den Skalen Psychopathie und Schizophrenie die

PatientInnen als psychisch auffällig an.

Zu kritisieren ist, dass die meisten Studien, die einen Zusammenhang zwischen chronisch somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen untersuchen, lediglich den Zusammenhang zwischen chronisch somatischer Erkrankungen und depressiven Störungen zum Inhalt ihrer Forschungen machen und keine andere psychischen Störungen in ihre Untersuchungen miteinbeziehen (Ormel et al., 1997). Hinzu kommt noch dass, sobald nicht chronisch somatische Erkrankungen und depressive Störungen zum Gegenstand der Forschung gemacht werden, die meisten Studien nur spezifische Zusammenhänge untersuchen, wie zwischen einer Herzerkrankung und einer Panikstörung oder zwischen einem Schlaganfall und einer generalisierten Angststörung und somit nicht mehrere psychische Störungen hinsichtlich chronisch somatischer Erkrankungen untersucht werden. Darüber hinaus gibt es einen Mangel an anspruchsvollen epidemiologischen Untersuchungen.

Zusammenfassend lässt sich anhand dieser Studien sagen, dass die Prävalenzrate psychischer Störungen bei Personen mit chronisch somatischen Erkrankungen, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, höher ist. Dies trifft auch bei chronischen SchmerzpatientInnen und FM-PatientInnen zu. Auch tragen Personen chronisch somatischer Erkrankungen ein größeres Risiko, aufgrund der Belastung ihrer Erkrankung eine psychische Störung zu entwickeln. Wie auch in der Allgemeinbevölkerung sind die häufigsten psychischen Störungen bei chronisch somatischen Erkrankungen affektive Störungen und Angststörungen. Die Kausalität zwischen psychischen Störungen und chronisch somatischen Erkrankungen ist nicht immer eindeutig.

7.1 Affektive Störungen/ Major Depression

7.1.1 Begriffsbestimmung

Bei den *affektiven Störungen* ist das Hauptsymptom eine krankhafte Veränderung der Stimmung, welche oftmals entweder in Richtung Depression oder Manie geht (Möller, Laux & Deister, 2001). Der DSM-IV unterteilt die affektiven Störungen in drei Untergruppen (d.h. bipolare Störungen, depressive Störungen und andere affektive Störungen). Bei der ICD-10 gibt es sieben Untergruppen der affektiven Störungen mit 36 verschiedenen Diagnosen. In dieser Arbeit wird vor allem auf die depressiven Störungen des DSM-IV (d.h. Major

Depression und dysthyme Störung) eingegangen, manische Störungen werden kaum erwähnt, da sie in dieser Studie nicht untersucht wurden.

7.1.2 Epidemiologie

Der bundesweite Gesundheitssurvey fand in der deutschen Allgemeinbevölkerung in seinem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ eine Punktprävalenz affektiver Störungen von 6,3% in den Altersgruppen zwischen 18-65 Jahren (Wittchen, et al., 1999). In Deutschland wird die Punktprävalenz behandlungsbedürftiger Depressionen auf 5-10% geschätzt (Möller et al., 2001). Die Häufigkeit der Dysthymie liegt bei etwa 2-10% (Möller et al., 2001).

Da depressive Störungen bei PatientInnen mit somatischen Erkrankungen sehr häufig vorkommen, wurden sie auch bisher im Vergleich zu anderen psychischen Störungen am meisten untersucht (Alter, 2000). Depressive Störungen treten bei Personen mit körperlichen Erkrankungen oftmals häufiger auf, als bei Personen, die unter keiner somatischen Krankheit leiden (MacHale, 2002). Löwe (2004) beschreibt eine Punktprävalenz depressiver Störungen zwischen 5-10% in Allgemeinarztpraxen. Üstün und Sartorius (1995) konnten eine Punktprävalenz depressiver Störungen in Mainz im medizinischen Grundversorgungsnetz von 11,2% und in Berlin von 6,3% in Allgemeinarztpraxen aufdecken.

Die Prävalenz depressiver Störungen nach MacHale (2002) liegt bei PatientInnen mit Diabetes, Herz- oder neurologischen Erkrankungen bei über 25%, bei Bluthochdruck scheint die Prävalenz aber nicht höher als in der Allgemeinbevölkerung zu sein. Ein Grund für diese Varianz bei chronisch somatischen Erkrankung kann zum einen darauf zurückzuführen sein, dass einige körperliche Erkrankungen einen stärkeren Zusammenhang mit psychischen Störungen haben als andere (MacHale, 2002). Auch Burg und Abrams (2001) untersuchten die Prävalenz depressiver Störungen bei chronischen Erkrankungen in den USA. Sie fanden eine Prävalenz einer Major Depression nach einem Herzinfarkt von 15-20% und bei einer Minor Depression von 27%. In Bezug auf Herzerkrankungen fanden Frasure-Smith, Lesperance und Talajic (1993) eine Punktprävalenz von 16% einer Major Depression bei 222 PatientInnen eines Krankenhauses nach einem Herzinfarkt. Hance, Carney, Freedland und Skala (1996) deckten eine Punktprävalenz von 17% einer Major Depression bei 200 herzkranken PatientInnen auf. Sowohl Carney et al. (1987) als auch Schleifer et al. (1989) entdeckten in ihren Studien über HerzpatientInnen eine Punktprävalenz von 18% einer Major Depression.

Laut Härter (2000) existiert eine gehäufte Komorbidität zwischen Diabetes mellitus (Typ 1) und depressiven Störungen. Bezüglich Diabetes PatientInnen (Typ 1) fanden Popkin, Callies und Lents (1988) eine 6-monats Prävalenz von ca. 11% bei der Major Depression. Weyerer et al. (1989) entdeckten bei Diabetes PatientInnen (Typ 2) eine Punktprävalenz von 27,3% affektiver Störungen.

Härter (2000) sagt, dass PatientInnen, die an einem Tumor erkrankt sind, vor allem unter depressiven Störungen leiden. Laut Akizuki et al. (2003) leiden ungefähr die Hälfte der Krebspatienten unter einer psychischen Störung, wobei die häufigsten eine Major Depression und Anpassungsstörung sind. Sie fanden in ihrer Studie eine Punktprävalenz von ca. 19% einer Major Depression.

Die Studie von Ciaramella und Poli (2001) verdeutlicht, welchen Einfluss unterschiedliche Diagnoseinstrumente auf die Prävalenzrate psychischer Störungen haben. Sie untersuchten 100 Krebspatientinnen in einem italienischen Krankenhaus hinsichtlich einer Major Depression. 45% dieser PatientInnen wurden anhand des SKID, basierend auf dem DSM-III-R, als depressiv diagnostiziert, wobei nur 29% dieser PatientInnen diese Diagnose mit Hilfe des Endicott Kriteriums erhielten. Jedoch 28% der PatientInnen konnte anhand beider Kriterien eine Major Depression diagnostiziert werden. Die PatientInnen, bei welchen man anhand beider Diagnoseinstrumente eine Major Depression diagnostizieren konnte, hatten mehr Metastasen und Schmerzen.

Es besteht eine beträchtliche Komorbidität zwischen chronischen Schmerzen und Depression. Flor (2003) schätzt, dass ungefähr 30-50% der chronischen SchmerzpatientInnen unter einer depressiven Stimmung leiden. Merskey (1999) postuliert, dass ca. 18% der Allgemeinbevölkerung mit chronischen Schmerzen unter Depressionen leiden, wobei in den meisten Schmerzkliniken die Prävalenz von Depressionen oder anderen psychischen Störungen bei 30% liegt.

Laut Clark (2004) konnten vielen Studien zeigen, dass SchmerzpatientInnen eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen und Angststörungen haben. Untersuchungen konnten zudem aufdecken, dass 66% der PatientInnen mit funktionellen Störungen, zu denen auch bestimmte Arten chronischer Schmerzen zählen, eine rezidivierende Major Depression hatten, im Gegensatz zu den Kontrollgruppen, die unter medizinisch erklärbaren Symptomen litten (Clark, 2004). Weniger als 20% der Kontrollgruppen litten unter einer rezidivierenden Major Depression. Katon et al. (zitiert nach Clark, 2004) konnten einen linearen Zusammenhang zwischen der Lebenszeitprävalenz einer depressiven Störung und der

Anzahl unerklärter, funktioneller Symptome finden. Auch FM-PatientInnen leiden unter einer Vielzahl kaum erklärbarer, funktioneller Symptome.

Zusammenfassend kann man anhand der hier aufgeführten Studien sagen, dass die Prävalenz depressiver Störungen bei PatientInnen mit chronisch somatischen Erkrankungen sowie chronischen Schmerzen tendenziell höher ist als bei der gesunden Bevölkerung, jedoch variieren diese Prävalenzraten auch, abhängig von der jeweiligen Studie. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass nicht jede chronisch somatische Erkrankung eine ähnlich hohe Prävalenz psychischer Störungen mit sich bringt und dass in speziellen Kliniken die Prävalenz psychischer Störungen höher liegt als in dem medizinischen Grundversorgungsnetz. Darüber hinaus sind die Streuungen auf unterschiedliche Diagnosekriterien und –instrumente zurückzuführen.

Auf Basis der hier aufgeführten Literatur kann man davon ausgehen, dass die Punktprävalenz einer Major Depression bei den FM-PatientInnen höher liegt als 10%, da die Punktprävalenz in der Allgemeinbevölkerung zwischen 5 und 10% liegt. Ebenso kann man davon ausgehen, dass die Punktprävalenz einer Major Depression bei den FM-PatientInnen dieser Studie zwischen 15 und 28% liegt, vorausgesetzt, dass die chronische Erkrankung FMS mit chronischen somatischen Erkrankungen vergleichbar ist.

Die Eckdaten bezüglich Major Depression in der Allgemeinbevölkerung, die hier zum Vergleich herangezogen werden, stammen von Möller et al. (2001). Die Eckdaten hinsichtlich Major Depression bei chronisch somatischen Erkrankungen, die in dieser Studie Berücksichtigung finden, kommen aus den Studien von: Carney et al. (1987); Schleifer et al. (1989); Frasure-Smith et al. (1993); Hance et al. (1996); Burg und Adams (2001); Ciaramella und Poli (2001); MacHale (2002) und Akizuki et al. (2003).

Die restlichen Untersuchungen über chronisch somatische Erkrankungen werden in dieser Studie nicht weiter beachtet, da sie sich zum einen auf die Primärmedizin beziehen und daher nicht nur chronisch somatische Erkrankungen berücksichtigen (siehe Üstün & Sartorius, 1995; Löwe, 2004), sich nicht ausschliesslich auf eine MDE beziehen (siehe Weyerer et al., 1989), keine Punktprävalenzangaben machen (siehe Popkin et al., 1988) oder sich nicht direkt auf chronisch somatische Erkrankungen beziehen, sondern auf chronische Schmerzen (siehe Merseky et al., 1999; Flor et al., 2003; Clark, 2004). Hinsichtlich der Studie von Ciaramella und Poli berücksichtigt die Autorin dieser Arbeit lediglich die Prävalenz von 28%, da 28% der PatientInnen die Kriterien des SKID und das Endicott Kriteriums gleichzeitig erfüllen. Dadurch erscheint die Diagnosevergabe einer MDE valider

zu sein, als wenn nur die Ergebnisse der einzelnen Diagnoseinstrumente hinzugezogen werden.

7.1.3 Ätiologie und Pathogenese

Eine depressive Störung tritt normalerweise im Alter zwischen 25 und 44 Jahren auf. Der Ursprung und Verlauf steht vor allem mit kognitiven und interpersonalen Faktoren in einem Zusammenhang (Bastine, 1998). Es hat sich gezeigt, dass depressive Störungen oft durch psychosoziale Belastungen beeinflusst werden, sowohl in bezug auf Entstehung als auch Verlauf. Ein wichtiges Modell, das versucht die Genese einer Depression zu beschreiben, ist das *Drei-Faktoren-Modell der Depressionsentstehung* von Brown (1986). Danach gibt es *auslösende Faktoren* sowie *Vulnerabilitätsfaktoren* und *symptomgestaltende Faktoren* einer Depression. Solche Faktoren können zum einen durch früh belastende Bedingungen wie Misshandlungen in der Kindheit, akut kritische Belastungen wie Scheidung als auch chronische Belastungen wie Mobbing am Arbeitsplatz beeinflusst werden. Hinzugefügt werden muss aber auch, dass es Erscheinungsformen von Depressionen gibt, die hauptsächlich durch genetische Veranlagung beeinflusst werden, wie z.B. die endogene Depression.

Depressive Phasen können schleichend als auch plötzlich auftreten, 75% der depressiven Störungen verläuft rezidivierend, daher rechnet man im Schnitt von vier Episoden im Laufe eines Lebens. Depressive Störungen haben im allgemeinen einen günstigen Verlauf, da etwas nur 15% der Major Depression chronisch bleibt. Unbehandelte depressive Episoden halten im Mittel ca. vier bis 12 Monate an (Möller et al., 2001).

In bezug auf die Komorbidität depressiver Störungen und körperlicher Erkrankungen gehen viele Forscher davon aus, dass in den meisten Fällen die körperliche Erkrankung die depressive Störung verursacht hat (MacHale, 2002). Es gibt aber sowohl biologische als auch psychologische Faktoren, die bei einer körperlichen Krankheit zu einem erhöhten Risiko an einer depressiven Störung zu erkranken, beitragen. Biologische Faktoren sind z.B. hormonelle Abnormitäten und der Einfluss von Medikamenten. Zu den psychologischen Faktoren gehören unter anderem: Schwierigkeiten, aufgrund der Erkrankung, Arbeit und soziale Kontakte aufrechtzuerhalten sowie negative Auswirkungen der Erkrankung auf das Selbstbewusstsein. Die Person ist vor allem dann gefährdet eine Depression zu entwickeln, wenn die somatische Erkrankung besonders schwer und entstellend ist und für die Person

eine starke Behinderung darstellt (MacHale, 2002).

7.1.4 FMS und depressive Störungen

Wie schon erwähnt, liegt eine Häufung depressiver Störungen bei FM-PatientInnen vor. Der Zusammenhang zwischen einer depressiven Störung und chronischen Schmerzen bzw. dem FMS ist noch nicht ganz geklärt.

Bei dem Konzept „affektive spectrum disorder“, zu dem das FMS, Angsterkrankungen und Major Depression nebst anderen Störungen gezählt wird, vermutet man eine einheitliche Störung auf neuroendokriner oder zentralnervöser Ebene. Die Sichtweise einer einheitlichen Störung wird von Forschern oftmals als zu simplistisch und als empirisch nicht gesichert betrachtet (Leibing & Schüßler, 2001).

Andere Modelle sprechen beim FMS von einer *larvierten* oder *maskierten Depression* (Blumer und Heilbronn, 1982), womit gemeint ist, dass die Depression Ursache des FMS ist, und der Schmerz somit Ausdruck einer Depression sei. In diesem Zusammenhang findet sich auch das Konzept der Schmerzpersönlichkeit, welche sich dadurch kennzeichnet, dass eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur vorhanden sein muss, um chronische Schmerzen zu entwickeln. Bei einer Schmerzpersönlichkeit ist man der Ansicht, dass die Schmerzen Ausdruck innerer psychischer Konflikte ist (für weitere Ausführungen siehe Kapitel 3.4). Engel (1958) war der Erste, der in bezug auf eine Schmerzpersönlichkeit den Ausdruck *pain-prone Patient* prägte. Bei dem *pain-prone Patient* sind die inneren psychischen Konflikte vor allem durch exzessive Schuldgefühle gekennzeichnet. Die PatientInnen richten die unterdrückte Feindseligkeit gegen sich, fügen somit dem eigenen Körper Schaden zu und verspüren chronische Schmerzen. Ebenso wie das Konzept einer *pain-prone personality* nie wissenschaftlich belegt werden konnte, konnte auch nicht die von Blumer und Heilbronn geprägte *maskierte Depression* bewiesen werden.

7.2 Angststörungen

7.2.1 Begriffsbestimmung

Der Oberbegriff *Angststörungen* fasst mehrere unterschiedliche Erscheinungsbilder von Angst zusammen. Der DSM-IV unterteilt die Angststörungen in sechs Hauptkategorien: Panikstörung, Phobien, generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, akute Stressstörung. Bei der ICD-10 sind die Angststörungen in Unterkategorien der Hauptkategorie *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* unterteilt.

7.2.2 Epidemiologie

Hinsichtlich der deutschen Allgemeinbevölkerung der Altersgruppen zwischen 18-65 Jahren berichtet der bundesweite deutsche Gesundheitssurvey - Zusatzsurvey „psychische Störungen“ von einer Punktprevalenz von 9% bei Angststörungen (Wittchen et al., 1999). In der Dresdner Angststudie zeigten 8,8% der deutschen Bevölkerung eine Angststörung. Der Befund der Dresdner Angststudie steht also weitgehend im Einklang mit dem des bundesweiten Gesundheitssurvey. Laut Möller et al. (2001) und Morschitzky (2005) sind die häufigsten Erscheinungsformen bei Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung die sozialen Phobien und die spezifischen Phobien.

Zwar wurden die meisten Studien über psychische Störungen bei chronisch somatischen Erkrankungen in bezug auf depressive Symptome durchgeführt, doch konnten die wenigen Studien, die über Angststörungen gemacht wurden, zeigen, dass auch eine hohe Komorbidität zwischen körperlichen Erkrankungen und Angststörungen existiert (Hoyer, Höfler, Jacobi & Wittchen 2002; Alter, 2000).

Härter (2000) postuliert, dass die Prävalenz von Angststörungen bei Herz-Kreislauferkrankungen hoch ist. Die Studie von Stern, Pascale und Ackerman (1977) deckte erhöhte Angstwerte bei 22% der PatientInnen auf, die in einer Spezialklinik aufgrund eines kürzlich eingetretenen Herzinfarktes eingewiesen worden waren. Die Angstwerte wurden anhand der *Taylor Manifest Anxiety Scale* gemessen. In der Untersuchung von Sherbourne et al. (1996) stellte man anhand des modifizierten *Diagnostic Interview Schedules* eine 12-

Monats Prävalenz hinsichtlich der Angststörungen bei der Hypertonie von ca. 15%, bei Diabetes von 16% und bei Herzerkrankungen von ca. 18% fest. Es wurden in dieser Untersuchung jedoch lediglich die Panikstörung, Phobie und generalisierte Angststörung untersucht.

Derogatis et al. (1983) deckten eine Punktprävalenz von 2% bei KrebspatientInnen fest. Es konnte in dieser Patientengruppe die Zwangstörung, die spezifische Phobie und die generalisierte Angststörung diagnostiziert werden. Katon, Hall und Russo (1988) stellten bei PatientInnen, die unter einer koronaren Herzkrankheiten leiden, eine Punktprävalenz von 6,5% hinsichtlich der Panikstörung und eine Punktprävalenz von spezifischen Phobien von 15,2% fest. In der Primärmedizin konnten Studien zeigen, dass bei körperlich kranken PatientInnen, die Punktprävalenz der Angststörungen, genau wie bei Studien über depressive Störungen, zwischen 5-10% liegt (Löwe, 2004).

Hoyer et al. (2002) sagen, dass in bezug auf Angststörungen, vor allem die generalisierte Angststörung und die Panikstörung bei Personen mit chronisch somatischen Erkrankungen vorkommen. Ein Schlaganfall kann zum Beispiel ein Auslöser für eine generalisierte Angststörung sein und eine Panikstörung kann durch eine Herzerkrankung zum Vorschein kommen. Wie schon zuvor erwähnt, haben chronische SchmerzpatientInnen häufig psychische Störungen, dazu gehören neben den depressiven Störungen oftmals die Angststörungen.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Komorbidität bei Angststörungen und chronisch somatischen Erkrankungen sowie bei chronischen Schmerzen verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, höher zu sein scheint. Die generalisierte Angststörung und die Panikstörung treten laut der Literatur bei Personen mit chronisch somatischen Erkrankungen am häufigsten auf. Jedoch sollte man nicht vergessen, dass genau wie bei den affektiven Störungen nicht alle chronisch somatischen Erkrankungen im gleichen Ausmaß von Angststörungen betroffen sind. Vor allem Herz-KreislaufpatientInnen scheinen unter Angststörungen zu leiden.

Es ist sehr schwierig in dieser Arbeit einen Vergleich der Prävalenzen bei Angststörungen bei den FM-PatientInnen und Personen mit chronisch somatischen Erkrankungen zu vollziehen, da manche Studien sich nicht auf Punktprävalenzen beziehen (siehe z.B. Sherbourne et al., 1996), nicht alle Angststörungen in Studien berücksichtigt werden (siehe z.B. Katon et al., 1988; Sherbourne et al., 1996) oder Messinstrumente benutzt wurden, die keine Diagnose vergeben, sondern nur das Ausmaß der Angst messen (siehe

z.B. Stern et al., 1977). Auch konnten die Prävalenzen hinsichtlich der Angststörungen bei der Primärmedizin nicht verwendet werden, da dort nicht nur Personen mit chronisch somatischen Erkrankungen befragt wurden (siehe Löwe, 2004). Abgesehen von diesen hier aufgeführten Studien konnte die Autorin dieser Arbeit keine weiteren Untersuchungen ausfindig machen.

Auf Basis der hier aufgeführten Literatur und kann man davon ausgehen, dass die Punktprävalenz der Angststörungen bei den FM-PatientInnen höher ist als 9%, da die Punktprävalenz in der Allgemeinbevölkerung bei 9% liegt. Ebenso kann man davon ausgehen, dass die Punktprävalenz der Angststörungen bei den FM-PatientInnen dieser Studie zwischen 2 und 22% liegt, vorausgesetzt, dass die chronische Erkrankung FMS mit chronischen somatischen Erkrankungen vergleichbar ist.

Die Eckdaten bezüglich der Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung, die hier zum Vergleich herangezogen werden, stammen von dem deutschen Gesundheitssurvey. Die Eckdaten hinsichtlich der Angststörungen bei chronisch somatischen Erkrankungen, die in dieser Studie Berücksichtigung finden, kommen aus den Studien von: Stern et al. (1977) und Derogatis et al. (1983). Die Autorin der vorliegenden Arbeit ist sich durchaus bewusst, dass die Studie von Stern et al. nicht Angststörungen per se gemessen hat, aber aufgrund mangelnder Forschungsergebnisse in diesem Bereich, mussten diese Daten zum Vergleich herangezogen werden.

7.2.3 Ätiologie und Pathogenese

Es gibt verschiedene Annahmen über den Ursprung von Angststörungen wie z. B. Theorien aus der Psychoanalyse und aus lerntheoretischen Modellen, bewiesen konnte jedoch noch keine dieser Theorien vollständig (Möller et al., 2001). Bei den psychoanalytischen Theorien stellt man sich eine misslungene neurotische Konfliktlösung vor, die das Auftreten von Angst hervorruft. Personen mit unterschiedlichen Angststörungen benutzen verschiedene Bewältigungsstrategien und müssen mit unterschiedlichen Konflikten zurecht kommen. Dadurch kommt die Unterschiedlichkeit der Angststörungen zustande. Bei der *Phobie* ist z.B. die Verschiebung bzw. Projektion ein wichtiger Abwehrmechanismus, wobei eine ursprüngliche Gefahrenquelle nach außen verlagert wird.

Lerntheoretische Aspekte wie das klassische Konditionieren hatten zur anfänglichen Erklärung von phobischen Ängsten große Bedeutung. Die Komplexität von Angst konnte

aber mit diesen einfachen Konzepten nicht vollständig erklärt werden. Heutzutage wird deswegen verhaltenstherapeutisch zwischen *prädisponierenden Faktoren*, *auslösenden Faktoren* und *aufrechterhaltenden Faktoren* unterschieden. Prädisponierende Faktoren können sowohl genetisch als auch durch die Lebensgeschichte entstanden sein. Auslösende Faktoren können chronische als auch akute stressreiche Belastungen sein und aufrechterhaltende Faktoren z.B. Vermeidungsverhalten. Oftmals ist der Verlauf der Angststörungen ohne Therapie langwierig und chronisch, abgesehen von der spezifischen Phobie, die von Person zu Person sehr unterschiedlich verlaufen kann (Möller et al., 2001).

Hinsichtlich chronischer Schmerzen wie bei dem FMS postuliert Weiss (2001) aus rein biologischer Sicht, dass der Grund für die Ängstlichkeit auf das chronische Schmerz-Stress-Syndrom zurückzuführen sein könnte. Demzufolge verursacht der chronische Schmerz dauerhaften Stress, welcher dann zur erhöhten Freilassung bestimmter Hormone wie dem CHR führt, die dann wiederum eine erhöhte Ängstlichkeit zur Folge haben können.

7.2.4 FMS und Angststörungen

Die psychischen Störungen, unter denen FM-PatientInnen nach der Major Depression am häufigsten leiden, sind Angststörungen. Laut Malt, Berle, Olafsson, Lund und Ursin (2000) hatten 27% der FM-PatientInnen schon mindestens einmal in ihrem Leben eine Panikstörung. Viele Forscher teilen die Meinung, dass die Angststörung, genau wie bei der Depression, eher eine Folge als eine Ursache des FMS ist und beide Störungen sich wechselseitig beeinflussen.

7.3 Somatoforme Störungen

7.3.1 Begriffsbestimmung

Unter einer *somatoformen Störung* versteht man eine Erkrankung mit körperlichen Symptomen, welche nicht oder nur unzureichend durch eine organische Ursache oder durch die Wirkung von Medikamenten oder Drogen erklärt werden kann (Rief & Hiller, 1992). Der DSM-IV unterscheidet bei den somatoformen Störungen zwischen der *Somatisierungsstörung*, der *undifferenzierten somatoformen Störung*, der *Hypochondrie* und der *Schmerzstörung*. Nach der ICD-10 sind die somatoformen Störungen genau wie die

Angststörungen eine Unterkategorie der Hauptkategorie *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*.

7.3.2 Epidemiologie

Eine exakte Einschätzung der Prävalenz somatoformer Störungen ist schwierig, unter anderem dadurch, dass unterschiedliche Klassifikationskriterien verwendet werden (Möller et al., 2001). Der deutsche bundesweite Gesundheitssurvey - Zusatzsurvey „psychische Störungen“ fand bei somatoformen Störungen eine Punktprävalenz von 7,5% in der Allgemeinbevölkerung in den Altersgruppen zwischen 18-65 (Wittchen et al., 1999).

Eine Lebenszeitprävalenz von 4-6% wird bei der Hypochondrie geschätzt (Möller et al., 2001). Laut Möller et al. (2001) hat die Somatisierungsstörung eine Lebenszeitprävalenz von 4%, wobei Mayer (2004) eine Prävalenz von 0,1-1% in der Bevölkerung postuliert. Die Lebenszeitprävalenz einer somatoformen autonomen Schmerzstörung nach der ICD-10 soll sogar bei bis zu 25% in der Bevölkerung liegen (Möller et al., 2001). Die somatoforme Schmerzstörung soll ebenfalls sehr häufig vorkommen, wobei die Autoren Möller et al. keine eindeutigen Angaben machten. In der Münchner EDSP-Studie im Jahre 1998 erfüllten 3% der weiblichen und 0,2% der männlichen Personen die Kriterien einer Schmerzstörung.

Rief (1998) weist darauf hin, dass bei Personen mit somatoformen Störungen vermehrt andere psychische Störungen, vor allem Depression und Angststörungen, zu finden sind. Mehrere klinische Studien fanden bei ambulanten PatientInnen mit einer Somatisierungsstörung hohe Lifetime-Komorbiditäten mit Major Depression, dysthyme Störung, Panikstörung, generalisierte Angststörung, Alkoholabhängigkeit und -missbrauch sowie Zwangsstörung (Leibbrand & Rief, 1998).

Einige Studien konnten einen Zusammenhang zwischen chronischen SchmerzpatientInnen, die eine Schmerzklinik aufsuchten und dem Auftreten einer somatoformen Störung finden (Benjamin et al., 2000). Es ist bisher noch nicht ausreichend untersucht worden, ob Personen, die unter chronischen Schmerzen leiden und keine ärztliche Hilfe aufsuchen, ebenso vermehrt unter somatoformen Störungen leiden. Löwe (2004) beschreibt eine Punktprävalenz somatoformer Störungen zwischen 2,1-12,6% im medizinischen Versorgungsnetz.

Zusammenfassend kann man sagen, dass sich hinsichtlich somatoformer Störungen eine erhöhte Komorbidität bei Patienten aus dem medizinischen Grundversorgungsnetz und bei

PatientInnen in Kliniken, die unter chronischen Schmerzen leiden, finden konnte. Der Autorin der vorliegenden Arbeit konnte trotz langer Recherche keine Untersuchungen über chronisch somatische Erkrankungen und somatoformen Störungen finden.

Auf Basis der hier aufgeführten Literatur kann man davon ausgehen, dass die Punktprävalenz der somatoformen Störungen bei den FM-PatientInnen höher liegt als 7,5%, da die Punktprävalenz in der Allgemeinbevölkerung bei 7,5% liegt. Die Bezugsdaten aus der Allgemeinbevölkerung, die hier zum Vergleich herangezogen werden, stammen von dem deutschen Gesundheitssurvey. Es kann keine Schlussfolgerung bei den somatoformen Störungen hinsichtlich chronisch somatischer Erkrankungen und den FM-PatientInnen gemacht werden, da keine Daten vorliegen.

7.3.3 Ätiologie und Pathogenese

Der Wissensstand über die Ätiologie und Pathogenese somatoformer Störungen ist sehr gering (Hiller & Rief, 1998). Da von einer multikausalen Ursache ausgegangen wird, wird die Ätiologie, abgesehen von dem Ausschluss einer organischen Ursache, bei der Diagnose der somatoformen Störungen normalerweise nicht berücksichtigt. Dies ist aber ebenso bei fast allen psychischen Störungen nicht organischen Ursprungs gegeben. Somit wird die Ätiologie bei depressiven Störungen und Angststörungen in der Regel bei einer Diagnosevergabe nicht beachtet. Eine Ausnahme ist hier die PTSD da ein wichtiges Kriterium das *Bestehen eines traumatischen Ereignisses* gegeben sein soll.

Rief und Hiller (1992) schlagen ein integriertes Modell über die Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen vor. In diesem Modell gibt es *genetische Risikofaktoren*, *epidemiologische Risikofaktoren*, *auslösende Faktoren* und *aufrechterhaltende Faktoren*: *Genetische Risikofaktoren* sind z.B. das Vorkommen somatoformer Störungen in der Familie, *epidemiologische Risikofaktoren* bei somatoformen Störungen ist z.B. das weibliche Geschlecht und *entwicklungspsychologische Risikofaktoren* sind sexuelle Übergriffe, familiäre Krankheitsmodelle und ein organmedizinisch orientierter Gesundheitsbegriff in der Gesellschaft. Zu den *auslösenden Faktoren* zählen kritische Lebensereignisse, organische Erkrankungen, psychische Dauerbelastungen sowie tägliche Belastungen. Beobachtet werden konnte, dass zu den *aufrechterhaltenden Bedingungen* inadäquate Coping-Strategien, spezifische familiäre Interaktionen und Verstärkungsbedingungen, soziale Vorteile (z.B. eine frühzeitige Auszahlung der Rente) und

ein fehlendes soziales Stützsystem zählen (Rief & Hiller, 1992).

Hinsichtlich des Verlaufs somatoformer Störungen ist mit einem längerfristigen Dauer zu rechnen. Bei der Somatisierungsstörung und der Schmerzstörung handelt es sich für gewöhnlich um eine chronische Krankheitsbilder mit fluktuierender Symptomatik. Die Prognose sowie das Ansprechen auf Psychotherapie ist interindividuell.

7.3.4 FMS und somatoforme Störungen

Wie schon zuvor erwähnt, gibt es eine erhöhte Prävalenz somatoformer Störungen bei FM-PatientInnen. Der Grund dafür scheint, nach Ansicht der Autorin dieser Arbeit, nicht in einer hohen Komorbidität der beiden Störungsbilder per se zu liegen, sondern spiegelt wohl eher das Problem der differenzialdiagnostischen Abgrenzbarkeit des FMS und der somatoformen Störungen wieder. Mit anderen Worten, viele Symptome, die beim FMS gegeben sind, kommen auch bei den somatoformen Störungen vor.

Das FMS ist charakterisiert durch einen Ganzkörperschmerz und die Hauptsymptomatik der Schmerzstörung ist ebenfalls Schmerz. Bei der Schmerzstörung, wie bei allen somatoformen Störungen, werden psychische Faktoren ebenfalls als wichtige Aspekte der Erkrankung angesehen, und auch beim FMS sieht man psychische Belastungen wie Depressivität oder Ängstlichkeit als häufig gegebene Symptome.

Bei der Somatisierungsstörung muss eine Vorgeschichte von Schmerzsymptomen vorhanden sein, die vier verschiedene Körperbereiche oder Funktionen betreffen: Zwei gastrointestinale Symptome, ein sexuelles Symptom und ein pseudoneurologisches Symptom. Bei dem FMS gibt es ebenso Symptome in all diesen vier genannten Bereichen der Somatisierungsstörung. Leibing und Schüßler (2001) sind der Ansicht, dass man differenzialdiagnostisch nicht zwischen der somatoformen Schmerzstörung und dem FMS abgrenzen kann, da der Begriff somatoforme Schmerzstörung uneinheitlich definiert ist. Jedoch postulieren sie, dass man das FMS differenzialdiagnostisch von der Somatisierungsstörung und undifferenzierten somatoformen Störung abgrenzen kann, da bei diesen Erkrankungen die PatientInnen ihre Aufmerksamkeit und Sorgen auf *wechselnde* Körperfunktionen sowie -bereiche lenken. Bei dem FMS bleibt die Symptomatik verhältnismäßig stabil. Das SKID-I fragt zwar verschiedene Körperfunktionen und -bereiche ab, geht aber nicht auf den Aspekt der ständig wechselnden Symptomatik ein. Somit wird in dieser Studie dem nicht Rechnung getragen, da das SKID-I zur Diagnose somatoformer

Störungen verwendet wird. Mayer (2004) sagt jedenfalls, dass FMS und CFS-PatientInnen vermehrt unter einer Somatisierungsstörung leiden. Zudem zählen Möller et al. (2001) in ihrem Lehrbuch *Psychiatrie und Psychotherapie* das CFS und die Neurasthenie zu den somatoformen Störungen und postulieren, dass das FMS gehäuft zusammen mit dem CFS und Neurasthenie auftritt.

8 Fragestellung und Annahmen

Diagnoseinstrumente zur Identifikation psychischer Störungen wie das SKID werden im medizinisch-psychotherapeutischen Versorgungsnetzwerk regelmäßig eingesetzt. Grundlage solcher Diagnoseinstrumente sind Klassifikationssysteme wie das DSM-IV und die ICD-10. Durch die operational und deskriptiv definierte Diagnostik in den Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 konnte die Reliabilität und Validität der Diagnosestellung deutlich erhöht werden.

Zwar konnte die Reliabilität und Validität der Diagnosestellung durch den DSM-IV und ICD-10 generell erhöht werden, aber es gibt auch Störungen in den Klassifikationssystemen, die kein klar umrissenes Krankheitsbild darstellen aber trotzdem dort aufgelistet sind. Ein Beispiel dafür ist die *Neurasthenie*. Die ICD-10 listet die Neurasthenie unter der Kategorie *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* unter F48.0 auf. Jedoch ist die Neurasthenie ein schwammiges Krankheitsbild und somit ist die Reliabilität und Validität der Diagnose Neurasthenie fragwürdig. Das ist auch einer der Gründe, warum die Neurasthenie nicht mehr im DSM-IV enthalten ist. Ein ähnliches Problem besteht bei dem CFS. Das CFS ist kein klar umrissenes Krankheitsbild und es gibt noch viele Unklarheiten. Zudem gibt es nur wenige Studien über die Gütekriterien der Klassifikationskriterien des CFS vom CDC. Trotz der unzureichenden Anzahl an Studien sowie bestehenden unzufriedenstellenden Gütekriterien, werden die Diagnosekriterien des ICD-10 und des CDC verwendet, um eine Diagnose zu erstellen.

Betrachtet man die Symptomaten des FMS, der CFS und der Neurasthenie, dann fällt auf, dass es große Überlappungsbereiche gibt und somit davon ausgegangen werden kann, dass bezüglich dieser drei Störungsbilder die differentialdiagnostische Klärung methodisch schwierig ist und daher auch die diskriminante Validität gering sein wird. Es ist unklar, ob es sich bei den drei Störungsbildern tatsächlich um unterscheidbare Störungsbilder handelt. Somit ist Ziel dieser Studie, empirische Hinweise zur konvergenten und/ oder diskriminanten Validität dieser drei Diagnosen zu erhalten.

Chronisch somatische Erkrankungen wie das FMS sind in der Regel psychisch belastend und können zu psychischen Störungen führen. Psychische Störungen können auch mit chronisch somatischen Erkrankungen einhergehen oder die chronische Erkrankung verursacht haben. Es kann davon ausgegangen werden, dass in den meisten Fällen chronisch somatische Erkrankungen zu psychischen Beeinträchtigungen führen. Die Vulnerabilität

eine psychische Störung aufgrund einer chronischen Erkrankung zu entwickeln, wird für PatientInnen um so stärker, je mehr die chronische Erkrankung das tägliche Leben von Betroffenen beeinträchtigt. Daher kann davon ausgegangen werden, dass bei unterschiedlichen somatischen Erkrankungen, die einen vergleichbaren Einfluss auf das alltägliche Leben der PatientInnen nehmen, die Prävalenz psychischer Störungen ähnlich hoch ist. Es bleibt aber darauf hinzuweisen, dass diese Argumentation nicht völlig dem komplexen Bedingungsgefüge bei der Entstehung psychischer Störungen gerecht wird. Man kann nicht davon ausgehen, dass nur das Bestehen einer somatischen Erkrankung einen Einfluss hat. Trotzdem kann davon ausgegangen werden, dass eine Tendenz erkenntlich wird.

Auf Basis dieser Befunde und Überlegungen lassen sich folgende Fragestellungen ableiten:

1. **Bezüglich der differenzialdiagnostischen Abgrenzbarkeit:** Kann man das Störungsbild des CFS differenzialdiagnostisch von dem Störungsbild des FMS abgrenzen?
2. **Bezüglich der differenzialdiagnostischen Abgrenzbarkeit:** Kann man das Störungsbild der Neurasthenie differenzialdiagnostisch von dem Störungsbild des FMS abgrenzen?
3. **Bezüglich chronisch somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen:** Leiden FM-PatientInnen häufiger als die Allgemeinbevölkerung unter psychischen Störungen wie *Major Depression*, *Angststörungen* und *somatoformen Störungen*?
4. **Bezüglich chronisch somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen:** Ist die Prävalenz psychischer Störungen wie *Major Depression*, *Angststörungen* und *somatoformen Störungen* bei FM-PatientInnen vergleichbar hoch wie bei Personen mit chronisch somatischen Erkrankungen?

Daraus ergeben sich folgende spezifische Annahmen:

1. **Bezüglich der differenzialdiagnostischen Abgrenzbarkeit:** Die Häufigkeit der Diagnose einer CFS ist bei FM-PatientInnen:
 - 1.1 höher als in der Allgemeinbevölkerung (d.h. höher als 0,4%)
 - 1.2 höher als bei PatientInnen der Primärmedizin (d.h. höher als 2,6%)
2. **Bezüglich der differenzialdiagnostischen Abgrenzbarkeit:** Die Häufigkeit der Diagnose einer Neurasthenie ist bei FM-PatientInnen:
 - 2.1 höher als in der Allgemeinbevölkerung (d.h. höher als 1,2%)
 - 2.2 höher als bei PatientInnen der Primärmedizin (d.h. höher als 7,7%)

3. Bezüglich chronisch somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen:

Bei FM-PatientInnen ist die Prävalenz psychischer Störungen höher als in der Allgemeinbevölkerung hinsichtlich:

3.1 *Major Depression* (d.h. höher als 10%)

3.2 *Angststörungen* (d.h. höher als 9%)

3.3 *Somatoformen Störungen* (d.h. höher als 7,5%)

4. Bezüglich chronisch somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen:

Bei FM- PatientInnen besteht eine ähnliche hohe Prävalenz psychischer Störungen im Vergleich zu Patientengruppen mit chronisch somatischen Erkrankungen hinsichtlich:

4.1 *Major Depression* (d.h. zwischen 15% und 28%)

4.2 *Angststörungen* (d.h. zwischen 2% und 22%)

4.3 *Somatoformen Störungen* (d.h. zwischen 2% und 13%)

5. Bezüglich chronisch somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen:

Indikatoren für stärkeres individuelles Schmerzerleben stehen im Zusammenhang mit einem vermehrten Auftreten psychischer Belastungen. Im besonderen wird erwartet, dass die wahrgenommenen *Schmerzparameter aus dem modifizierten Schmerzfragebogen der Arbeitsgruppe Dokumentation der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes* mit den folgenden Selbstbeurteilungsfragebögen signifikant und positiv korrelieren:

- *Allgemeine Depressionsskala (ADS)*
- *Brief Symptoms Inventory (BSI)* bei den Skalen:
 1. *Somatisierung*
 2. *Depressivität*
 3. *Ängstlichkeit*
 4. *Phobische Ängste*
 5. *Global Severity Index (GSI)*
 6. *Positive Symptom Distress Index (PSDI)*
 7. *Positive Symptom Total (PST)*

6. Bezüglich chronisch somatischen Erkrankungen und psychischen Störungen:

Die ADS und die zuvor erwähnten sieben Bereiche des BSI korrelieren signifikant und positiv miteinander, da ein Zusammenhang zwischen depressiven Symptomen und psychischen Belastungen erwartet wird.

9 Methode

9.1 Untersuchungsdesign

Diese Arbeit fand im Rahmen der *Arbeitsgruppe Fibromyalgie* vom Psychologischen Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg statt. Die Gruppe wurde von Herrn Prof. Dr. Thomas Fydrich geleitet sowie von Herrn Dr. med. Thomas Weiss unterstützt. Sie bestand aus StudentInnen, die Forschungen im Rahmen einer Diplomarbeit in bezug auf das Störungsbild FMS betrieben, um den Kenntnisstand dieser Krankheit zu erweitern.

Die Interviews dieser Arbeit fanden in der Praxis von Dr. med. Thomas Weiss in Mannheim mit an FMS erkrankten PatientInnen statt. Unterstützt durch Praxishelferinnen, erklärten sich PatientInnen bereit, an diesem Projekt zu partizipieren. Es handelt sich um ein quasi-experimentelles Design, da die Zuteilung nicht zufällig war und die PatientInnen eigenhändig entschieden, ob sie an dem Interview teilnehmen wollten. Bei dieser Untersuchung gab es keine Kontrollgruppe.

9.2 Erhebungsinstrumente

9.2.1 Das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen (SKID-I)

Das Kernstück, neben den Zusatzinterviewfragen des CFS und der Neurasthenie, der Datenerhebung war das SKID-I (Wittchen, Wunderlich, Gruschwitz & Zaudig, 1997). Abgeleitet wurde das SKID-I von dem amerikanischen Klassifikationssystem psychischer Störungen, dem DSM-IV (American Psychiatric Association, 1987). SKID-I ist ein strukturiertes Interview und dient der Erfassung und Diagnostik psychischer Störungen, wie sie im DSM-IV auf Achse I definiert sind. Folgende psychische Störungen können anhand des SKID-I untersucht werden: affektive Störungen, psychotische Störungen, Störungen durch psychotrope Substanzen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen.

Diese Arbeit berücksichtigt nicht alle psychischen Störungen, die im SKID-I enthalten sind. Folgenden Störungsbildern wurde Beachtung geschenkt: In *Sektion A: Affektive Syndrome*: die *derzeitige MDE* und die *derzeitige dysthyme Störung*; in *Sektion D*:

Differentialdiagnose Affektiver Störungen: die Subklasse *Depressive Störung NNB*; alle aufgelisteten Störungen in *Sektion F: Angststörungen* (d.h. *Panikstörung*, *Panikstörung mit Agoraphobie*, *Agoraphobie ohne frühere Panikstörung*, *soziale Phobie*, *spezifische Phobie*, *Zwangstörung*, *PTSD*, *GAD* und *Angststörung NNB*). Zudem wurden die *somatoformen Störungen* in *Sektion G* untersucht (d.h. *Somatisierungsstörung*, *Schmerzstörung*, *unspezifische somatoforme Störung*, *Hypochondrie* und *Körperwahrnehmungsstörung*); alle Störungen in *Sektion H: Essstörungen* (d.h. *Anorexia Nervosa*, *Bulimia Nervosa* und *Störung mit Essanfällen*); in *Sektion I: Anpassungsstörung (derzeitig)* und in *Sektion J: Optionale Störungen:* die *akute Stressstörung* und die *Minor Depression*. Das Interview dauerte zwischen einer dreiviertel Stunde bis zwei Stunden. Dies hing von den einzelnen PatientInnen und der Anzahl der zu diagnostizierenden psychischen Störungen ab. Tabelle 4(a) und Tabelle 4(b) listen die psychischen Störungen, welche in der Untersuchung hinterfragt werden noch mal auf.

Tabelle 4(a): Untersuchte Sektionen psychischer Störungen des SKID-I

Sektionen des SKID-I	A	D	F	G
Psychische Störungen	derzeitige MDE	depressive Störung NNB	Panikstörung	Somatisierungsstörung
	derzeitige dysthyme Störung		Panikstörung mit Agoraphobie	Schmerzstörung
			Agoraphobie	unspezifische somatoforme Störung
			soziale Phobie	Hypochondrie
			spezifische Phobie	Körperwahr- nehmungsstörung
			Zwangsstörung	
			PTSD	
			GAD	
			Angststörung NNB	

Tabelle 4(b): Untersuchte Sektionen psychischer Störungen des SKID-I

Sektionen des SKID-I	H	I	J
Psychische Störungen	Anorexia Nervosa	Anpassungs- störung	akute Stressstörung
	Bulimia Nervosa		Minor Depression
	Störung mit Ess- anfällen		

Es ist noch zu beachten, dass die Verfasserin dieser Arbeit, die *Minor Depression* zu den affektiven Störungen zählt, da die Minor Depression der Major Depression ähnelt und sich lediglich darin unterscheidet, dass weniger depressive Symptome als bei der Major Depression verlangt werden, um die Diagnose stellen zu können. Auch kann man in der Literatur die Minor Depression unter der Kategorie der affektiven Störungen finden (Möller

et al., 2001). Außerdem wird in dieser Studie die *akute Stressstörung* zu den Angststörungen gezählt, da sie mit der PTSD verwandt ist und auch in der Literatur die akute Stressstörung unter den Angststörungen aufgelistet wird (Davison & Neale, 2001).

Für die deutschsprachige Fassung des SKID-I gibt es keine Studien über deren Gütekriterien. Es gibt Ergebnisse aus der aggregierten internationalen Multizenterstudie des amerikanischen Originals bzw. der deutschen SKID-Version nach DSM-III-R. Das amerikanische SKID-I (Zanarini, Skodol, Bender, Dolan, Sanislow, Schaefer, Morey, Grilo, Shea, McGlashan, Gunderson, 2000) zeigt Interrater-Reliabilitäten zwischen .57 (Zwangsstörung) und 1.0 (Substanzstörungen). Die Kennwerte für die deutsche DSM-III-R Version stimmten im Mittel damit überein (Skre, Onstad, Torgersen & Kringlen, 1991). Bei den Retest-Reliabilitäten des SKID-I (Zanarini et al., 2000) fand man Werte von .60 oder höher, ausgenommen waren die dysthyme Störung (.35) und die generalisierte Angststörung (.44). Die deutsche Version des DSM-III-R zeigte ähnliche Ergebnisse (Wittchen, Zaudig, Spengler, Mombour, Hiller, Essau, Rummeler, Spitzer & Williams, 1991; Williams, Gibbon, First, Spitzer, Davis, Borus, Howes, Kane, Pope, Rounsaville, Wittchen, 1992). In bezug auf die Validität des SKID für DSM-III-R ist auf die Studie von Saile, Weiland-Heil und Schwenkmezger (2000) zu verweisen. Es fanden sich bei Angststörungen Werte von über .60. Bei den affektiven und somatoformen Störungen ergaben sich Werte von unter .40.

9.2.2 Die Zusatzinterviewfragen für das CFS und die Neurasthenie

Die Zusatzinterviewfragen, wurden von den Studentinnen Elisa Franetzki, Ruth Gesele und Elisabeth Schmidt der *Arbeitsgruppe Fibromyalgie* (2000) mit Hilfe der Kriterien der ICD-10 für die Neurasthenie sowie mit Hilfe der Diagnosekriterien der CDC aus dem Jahre 1988 (Holmes et al.) für das CFS erstellt (siehe Anhang B für die Zusatzinterviewfragen).

Die ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Version 10) ist ein europäisches Klassifikationssystem, welches sowohl körperliche als auch psychische Störungen definiert. Die CDC hat Klassifikationskriterien für das CFS entwickelt, um eine Basis für eine valide und reliable Diagnostik zu ermöglichen. Die Zusatzinterviewfragen, die von der ICD-10 abgeleitet wurden untersuchten, ob die FM-PatientInnen zusätzlich Kriterien für die Neurasthenie erfüllen. Die Zusatzinterviewfragen, die von den Klassifikationskriterien des CDC aus 1988 abgeleitet wurden, überprüfen, ob die PatientInnen die Kriterien für das CFS erfüllen.

Es wurden Fragen über den aktuellen Erschöpfungszustand gestellt, sowie mehrere für die Neurasthenie und CFS typische Symptome aufgezählt und bezüglich des Vorhandenseins abgefragt. Bei den Klassifikationskriterien des CDC wird eine körperliche Voruntersuchung vor Erstellung einer Diagnose gefordert, um die Ursache einer körperlichen Erkrankung auszuschließen. Herr Dr. Thomas Weiss hat bei den FM-PatientInnen, die für diese Studie interviewt wurden, eine Voruntersuchung unternommen und konnte, abgesehen von einem FMS, eine körperliche Erkrankung, die eine CFS ähnliche Symptomatik hervorrufen könnte, ausschließen.

Die Differenzialdiagnostik der Neurasthenie schließt laut der ICD-10 verschiedene psychische Störungen aus (zur näheren Beschreibung siehe Kapitel 5.4). In der vorliegenden Arbeit wird auf diese Ausschlussklausel keine Rücksicht genommen, um Überschneidungsbereiche besser aufdecken zu können. Zum derzeitigen Moment gibt es kaum Studien, die die Validität und Reliabilität der Diagnose Neurasthenie aus der ICD-10 und der Diagnose CFS des CDC untersucht haben. Zudem gibt es keine Angaben über Validität und Reliabilität der Zusatzinterviewfragen.

9.2.3 Der Schmerzfragebogen: Abschnitt „Schmerzparameter“

Es handelt sich bei dem Schmerzfragebogen um ein modifiziertes Selbstbeurteilungsinstrument angelehnt an den *Schmerzfragebogen der Arbeitsgruppe Dokumentation der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes* (DGSS; PDI von Dillmann, Nilges, Saile & Gerbershagen, 1998).

Der Fragebogen enthält fünf Fragen über die empfundene Schmerzstärke der PatientInnen, die in dieser Arbeit berücksichtigt wurden und hier als *Abschnitt „Schmerzparameter“* bezeichnet werden (siehe Anhang C). Der restliche Teil des Fragebogens wurde nicht beachtet. Bei den fünf Fragen wurde die Stärke der Schmerzen unter den folgenden Gesichtspunkten exploriert: Die *durchschnittliche* Schmerzstärke während der letzten vier Wochen, die *größte* Schmerzstärke während der letzten vier Wochen, die *geringste* Schmerzstärke während der letzten vier Wochen, die *momentane* Schmerzstärke sowie die *erträgliche* Schmerzstärke, die sich die PatientInnen bei erfolgreicher Behandlung vorstellen können. Die PatientInnen mussten Ihre empfundene Schmerzstärke an einer 10-stufigen Skala angeben, wobei 1 „für keinen Schmerz“ stand und 10 für „stärkster vorstellbarer Schmerz“. Zudem wurde der Mittelwert der

durchschnittlichen, der *größten*, der *geringsten* und der *momentanen* Schmerzstärke für diese Arbeit errechnet.

Die PatientInnen mussten zu Beginn der Behandlung bei Herrn Dr. med. Thomas Weiss den Schmerzfragebogen ausfüllen. Aufgrund mehrmaliger Validitätsuntersuchungen und anschließenden Revisionen des DGSS kann man den *Schmerzfragebogen*, den Abschnitt: „Schmerzparameter“ eingeschlossen, als geeignetes Messinstrument ansehen.

9.2.4 Die Allgemeine Depressionsskala (ADS)

Die *Allgemeine Depressionsskala* (ADS, Hautzinger & Bailer, 1993) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Einschätzung depressiver Symptome (z.B. Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit). Sie besteht aus 20 Items und einer vier-stufigen Likert Skala: selten (= 0), manchmal (= 1), öfters (= 2), meistens (= 3). Es gibt ebenso eine Kurzform der ADS, nämlich die ADS-K. Die ADS-K besteht aus 15 Items, ist aber abgesehen von dem geringeren Umfang weitestgehend mit der ADS gleichzusetzen. Der kritische Wert, der auf eine depressive Störung bzw. depressive Symptome hinweisen kann und der sich aus dem Summenwert des Fragebogens errechnet, liegt beim ADS bei ab 23 Punkten und bei der ADS-K bei ab 18 Punkten.

Von den ProbandInnen wurde verlangt, sich bei der Beantwortung des ADS bzw. ADS-K nur auf die jeweils vergangene Woche zu beziehen. Aus den Items wurde ein Summenwert errechnet, wobei vier der Items umgepolt werden mussten. In der deutschen Normenstichprobe zeigten sich Frauen häufiger depressiv ($M = 15.91$) als Männer ($M = 13.10$). Ebenso höhere Werte zeigten berufstätige, alleinstehende Personen und Personen mit belastenden Lebensereignissen.

Die *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff, 1977) liegt der ADS zugrunde. Anhand des CES-D wurden epidemiologische Studien an der amerikanischen US-Bevölkerung durchgeführt. Die ADS hat eine Reliabilität zwischen .85 und .93 (Cronbachs Alpha, Split-half). Dies deutet auf eine gute Zuverlässigkeit dieses Verfahrens hin. Es gibt gute bis sehr gute Korrelationen bezogen auf die inhaltlich-logische Validität mit anderen Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren wie z.B. dem Beck-Depression Inventar (BDI, Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994). Es bestehen Korrelationen zwischen .72 und .94 ($p < .05$). Die ADS-K ist ebenso ein reliables und valides Messinstrument, da es, wie schon erwähnt, nahezu identisch zur Langform ist. Die

ADS bzw. ADS-K ist schnell durchzuführen und deshalb ein ökonomisch einsetzbares Selbstbeurteilungsverfahren.

Fragebögen, die für diese Studie ausgewertet wurden, kamen entweder vom ADS oder vom ADS-K. Aus diesem Grund, wurden die ADS-K in die ADS umgewandelt. Die ADS bzw. ADS-K wurde, genau wie der BSI, im modifizierten Schmerzfragebogen des DGSS integriert und somit zu Beginn der Behandlung ausgefüllt.

9.2.5 Das Brief Symptom Inventory (BSI)

Der *Brief Symptom Inventory* (BSI, Franke, 2000) ist die Kurzform der *Symptom Check List* (SCL-90-R, Derogatis, 1982). Der BSI besteht aus 53 Items. Anhand des BSI, wird die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome erfasst. Das Selbstbeurteilungsverfahren verwendet eine fünf-stufige Likert Skala: überhaupt nicht (= 0), ein wenig (= 1), ziemlich (= 2), stark (= 3), sehr stark (= 4).

Die 53 Items lassen sich neun unterschiedlichen Skalen zuordnen: *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität/Feindseligkeit*, *phobische Ängste*, *paranoides Denken* und *Psychotizismus*. Zusätzlich beinhaltet der BSI drei globale Werte: den *Global Severity Index (GSI)*, den *Positive Symptom Distress Index (PSDI)* und den *Positive Symptom Total (PST)*. Der *GSI* misst die grundsätzliche psychische Belastung, der *PSDI* misst die Intensität der Antworten und der *PST* misst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Eine Person gilt als psychisch belastet, wenn der T-Wert des *GSI* größer oder gleich 63 ist und wenn bei mindestens zwei Skalen die T-Werte größer oder gleich 63 sind.

Das Testinstrument zeigt eine gute Reliabilität (Interne Konsistenz: .71 bis .85, Test-Retest: .68 bis .93) und Validität aufgrund von Korrelationen mit anderen Messverfahren. In dieser Studie wurden nicht alle Skalen näher beleuchtet, da nur folgende Bereiche von Interesse waren: *Somatisierung*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *phobische Ängste*, der *GSI*, der *PSDI*, und der *PST*.

9.3 Stichprobe

9.3.1 Soziodemographische Daten der Stichprobe

Die Stichprobe, die anhand des SKID-I und der Zusatzinterviewfragen des CFS und Neurasthenie interviewt wurde, bestand aus 66 PatientInnen aus der Praxis von Dr. med. Thomas Weiss aus Mannheim. Bei den PatientInnen wurde anhand der amerikanischen Kriterien des ACR eine FM-Erkrankung diagnostiziert. Das Durchschnittsalter der PatientInnen betrug ca. 54 Jahre bei einer Standardabweichung von 8.62. 58 Frauen (92%) nahmen in diesem Projekt teil sowie fünf Männer (8%). Bei drei TeilnehmerInnen wurde das Geschlecht in den Unterlagen nicht vermerkt.

In bezug auf den Schmerzfragebogen und den Abschnitt „Schmerzparameter“ konnten die Daten von 25 PatientInnen ausgewertet werden. Davon waren 21 weiblich und zwei männlich. Bei zwei Personen war das Geschlecht anhand der Daten nicht ersichtlich. Das Durchschnittsalter war ca. 53 Jahre bei einer Standardabweichung von 6.42. 27 Personen füllten den ADS bzw. ADS-K aus. 24 der Probanden waren weiblich, ein Proband war männlich und bei zwei PatientInnen war das Geschlecht nicht vermerkt. Das Durchschnittsalter war ca. 55 Jahre bei einer Standardabweichung von 7.34. 14 FM-PatientInnen füllten die Skalen des BSI aus, die hier berücksichtigt wurden. Es waren 13 weibliche und 1 männlicher Proband. Das Durchschnittsalter betrug ca. 53 Jahre bei einer Standardabweichung von 4.78.

9.4 Durchführung der Untersuchung

Diese Studie wurde unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Fydrich vom Psychologischen Institut der Universität Heidelberg und Herrn Dr. med. Thomas Weiss aus Mannheim durchgeführt. Die ProbandInnen, die an dem FMS erkrankt waren und sich für dieses Projekt zur Verfügung stellten, waren PatientInnen von Herrn Dr. med. Thomas Weiss.

Zu Beginn des Interviews füllten die PatientInnen die Kurzform des *Fragebogens zur sozialen Unterstützung* (F-SozU, K-14, Fydrich, Sommer & Brähler, 1999) aus. Der Fragebogen wurde in dieser Arbeit nicht ausgewertet und interpretiert. Die Interviewerin teilte den PatientInnen die Dauer des Interviews mit und betonte, dass die PatientInnen

keineswegs Fragen beantworten müssten, die ihnen unangenehm seien. Danach wurden die PatientInnen anhand des SKID-I, den Zusatzfragen für die Neurasthenie (Franetzki et al., 2000) und den Zusatzfragen für das CFS (Holmes et al., 1988) interviewt. Das Interview dauerte zwischen 45 Minuten und zwei Stunden. Der modifizierte *Schmerzfragebogen* des DGSS, der auch die ADS sowie den BSI beinhaltet, wurde von den PatientInnen bei der Praxisaufnahme bei Herrn Dr. med. Thomas Weiss bereits ausgefüllt.

Frau Elisa Franetzki, Frau Ruth Gesele und Frau Elisabeth Schmidt interviewten 26 PatientInnen in dem Zeitraum von März 2001 bis August 2001. Die restlichen 40 Interviews wurden von der Verfasserin dieser Arbeit zwischen Februar 2003 und August 2003 durchgeführt. Um die korrekte Anwendung des SKID-I zu beherrschen, wurden Frau Elisa Franetzki, Frau Ruth Gesele und Frau Elisabeth Schmidt von Herrn Prof. Dr. Thomas Fydrich eingearbeitet. Die Autorin dieser Arbeit nahm an einem 2-tägigen (16 Unterrichtsstunden) Trainingsprogramm teil, um die Handhabung des SKID-I zu erlernen.

9.5 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mittels SPSS Version 12.0 für Windows (2000). Zur Datenerfassung und -verwaltung wurde ebenfalls das SPSS Programm benutzt.

Die Beantwortung der Fragestellung hinsichtlich der Komorbidität psychischer Störungen bei den FM-PatientInnen erfolgte rein deskriptiv. Die Prävalenz psychischer Störungen wurde bei den ProbandInnen mit bisherigen Untersuchungen verglichen. Als Gegenüberstellung wurden Daten über die Allgemeinbevölkerung sowie über Personen mit verschiedenen chronisch somatischen Erkrankungen herangezogen.

Ebenso rein deskriptiv war die Auswertung der Daten hinsichtlich der differenzialdiagnostischen Abgrenzbarkeit des FMS von dem CFS und der Neurasthenie. Auch hier wurde die Komorbidität des CFS und der Neurasthenie bei den ProbandInnen mit bisherigen Untersuchungen bezüglich der Allgemeinbevölkerung verglichen sowie mit PatientInnen aus der Primärmedizin. Für die deskriptiven Daten wurden Häufigkeitsverteilungen dargestellt und weitere Kennwerte wie Mittelwert und Standardabweichung ermittelt. Die Verteilungen wurden graphisch aufgearbeitet.

In bezug auf die Indikatoren des individuellen Schmerzerlebens und den Selbstbeurteilungsfragebögen ADS und BSI wurden, neben Mittelwerts- und Standardabweichungsrechnungen, einzelne Pearson's Korrelationen vorgenommen. Es

wurden die wahrgenommene *durchschnittliche*, die *größte*, die *geringste* und die *momentane* Schmerzstärke der letzten vier Wochen sowie der Mittelwert dieser vier Indikatoren der PatientInnen mit der ADS und der zuvor angegebenen Skalen des BSI korreliert. Der Mittelwert der vier Schmerzindikatoren wurde von der Autorin dieser Arbeit errechnet. Zudem wurde der ADS und die Skalen des BSI mit der *erträglichsten* Schmerzstärke korreliert. Die Schmerzparameter sowie die Skalen des BSI wurden ebenso untereinander korreliert und die ADS wurde darüber hinaus mit den Bereichen des BSI korreliert. Alle Korrelationen wurden zusätzlich als Streudiagramme dargestellt, um sie auf mögliche Ausreißer zu überprüfen.

10 Ergebnisse

Im folgenden werden die Ergebnisse der Daten der FM-PatientInnen vorgestellt. Zuerst erfolgt die deskriptive Auswertung der Ergebnisse des SKID-I über die Komorbidität psychischer Störungen bei den FM-PatientInnen, gefolgt von der Prävalenzdarstellung bei der Allgemeinbevölkerung und bei Personen mit chronisch somatischen Erkrankungen. Anschließend werden die Prävalenzen bei den FM-PatientInnen hinsichtlich des CFS und der Neurasthenie dargestellt sowie die Prävalenzen des CFS und der Neurasthenie in der Allgemeinbevölkerung und bei PatientInnen der Primärmedizin.

Diese Auswertung bezieht sich ausschließlich auf eine Häufigkeitsdarstellung. Bei der Häufigkeitsdarstellung werden Frauen und Männer zusammengefasst und nicht nach Geschlecht aufgeteilt. Es erfolgt keine Geschlechteraufteilung, da nur fünf Männer in der Stichprobe vorhanden sind und bei drei Personen das Geschlecht in den Untersuchungsvorlagen nicht vermerkt wurde. Der hohe Anteil an weiblichen Probandinnen in dieser Untersuchung ist zwar auch höher wie bei der Geschlechterverteilung in einer FM-Population, ist aber für den Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung und chronisch somatischen Erkrankungen nicht geeignet, da der Männeranteil in der Allgemeinbevölkerung und bei den meisten chronisch somatischen Erkrankungen höher liegt.

Nach der Darstellung der Prävalenzen erfolgt die deskriptive Beschreibung der Schmerzparameter, der ADS und der Skalen des BSI, gefolgt von der Ergebnisdarstellung der Korrelationen zwischen den Schmerzparametern, der ADS und des BSI.

10.1 Ergebnisse des SKID-I

Die Ergebnisse des SKID-I zeigen, dass insgesamt 92,4% der FM-PatientInnen die Diagnose mindestens einer psychischen Störung erfüllen, die in dieser Studie untersucht wurden (für eine nähere Beschreibung der psychischen Störungen dieser Studie siehe Kapitel 9.2.1.) Bezieht man sich bei den FM-PatientInnen hinsichtlich der psychischen Störungen nur auf affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen, so erhält man ebenso eine Prävalenz von 92,4% bei der Diagnose mindestens einer psychischen Störung.

Laut der relevanten Literatur findet sich in der Allgemeinbevölkerung eine weitaus niedrigere Prävalenzrate psychischer Störungen, etwa im Bereich von ca. 17%. Diese 17% beziehen sich auf affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen. Löwe

(2004) fand im medizinischen Versorgungsnetz eine Punktprävalenz psychischer Störungen zwischen 20-35%. Auch die Ergebnisse aus der Studie von Berlin (Linden & Helmchen, 1995) und Mainz (Herr et al., 1995) fielen in diesen Rahmen. Daher sind die Prävalenzen psychischer Störungen, die in der Primärmedizin gefunden wurden, niedriger als in der Stichprobe der vorliegenden Arbeit.

Die psychischen Störungen, die bei den FM-PatientInnen anhand des SKID-I diagnostiziert wurden, werden in Tabelle 5 aufgelistet. Tabelle 6 zeigt die psychischen Störungen, die *nicht* diagnostiziert wurden. Tabelle 7 beschreibt die Häufigkeitsverteilung psychischer Störungen bei den FM-PatientInnen.

Tabelle 5: Diagnosen psychischer Störungen

<i>Affektive Störungen</i>	<i>Angststörungen</i>	<i>Somatoforme Störungen</i>	<i>Essstörungen</i>
derzeitige MDE	Panikstörung ohne Agoraphobie	Somatisierungsstörung	Bulimia Nervosa
dysthyme Störung	Panikstörung mit Agoraphobie	Schmerzstörung mit psychischen und medizinischen Faktoren	Störung mit Essanfällen
Minor Depression	Agoraphobie ohne Panikstörung	Hypochondrie	
Depression NNB	soziale Phobie	unspezifische somatoforme Störung	
	spezifische Phobie		
	PTSD		
	GAD		

Tabelle 6: Psychische Störungen, die nicht diagnostiziert wurden

<i>Angststörungen</i>	<i>Somatoforme Störungen</i>	<i>Essstörungen</i>	<i>Sonstige Störungen</i>
Zwangsstörung	Körperwahrnehmungsstörung	Anorexia Nervosa	Anpassungsstörung
akute Stressstörung	Schmerzstörung mit psychischen Faktoren		
Angststörung NNB			

Bei den meisten FM-PatientInnen (d.h. 39,4%) wurde *eine* psychische Störung diagnostiziert. Am zweithäufigsten tritt die Diagnose *zweier* psychischer Störungen und am dritthäufigsten die Diagnose *dreier* psychischer Störungen auf. „Keine Diagnose psychischer Störungen“ ist an vierter Stelle, zusammen mit der Diagnose fünf psychischer Störungen.

Der Fokus dieser Untersuchung hinsichtlich der Komorbidität psychischer Störungen liegt bei den *affektiven Störungen*, *Angststörungen* und *somatoformen Störungen*. Wie schon erwähnt, wird in dieser Arbeit die *Minor Depression* zu den affektiven Störungen gezählt sowie die *akute Stressstörung* zu den Angststörungen (für eine ausführlichere Erklärung siehe Kapitel 9.2). Es zeigen sich, wie erwartet, hohe Prävalenzen der drei Störungsbilder (für genaue Angaben der Prävalenzen siehe Kapitel 10.1.1 für affektive Störungen, Kapitel 10.1.2 für Angststörungen und Kapitel 10.1.3 für somatoforme Störungen). Essstörungen kommen in der Stichprobe nicht sehr häufig vor: Es wurde keine *Anorexia Nervosa* diagnostiziert, eine Person leidet unter einer *Bulimia Nervosa* und drei Personen wurde eine *Störung mit Essanfällen* diagnostiziert. Hinsichtlich der Essstörungen fehlen Daten bei einer Person. Darüber hinaus gibt es keine Diagnose einer Anpassungsstörung.

Tabelle 7: Diagnosevergabe psychischer Störungen in Häufigkeiten

<i>Diagnosevergabe</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
0	5	7,6
1	26	39,4
2	16	24,2
3	8	12,1
4	4	6,1
5	5	7,6
6	1	1,5
8	1	1,5
Gesamt	66	100

10.1.1 Affektive Störungen/ Major Depression

Es gilt zu beachten, dass in diesem Projekt nur *derzeitige affektive Störungen* untersucht wurden und somit affektive Störungen in der Vorgeschichte sowie Subtypen einer derzeitigen MDE außer acht gelassen wurden. Zudem wird in dieser Arbeit der Manie, deren Subtypen und verwandten Störungen, wie der Hypomanie, keine Beachtung geschenkt (siehe Kapitel 9.2.1 für eine ausführlichere Beschreibung).

Der deutsche Gesundheitssurvey aus dem Jahre 1998/99 umfasste in seiner Studie bei den affektiven Störungen Diagnosen gemäß des ICD-10, welche die Gruppen und Untergruppen der manischen Episode, der bipolaren affektiven Störung, der depressiven Episode, der rezidivierenden depressiven Störung sowie die Dysthymie beinhaltet. Der Survey fand in der deutschen Bevölkerung eine Prävalenz affektiver Störungen von 6,3%. Bei der Stichprobe der vorliegenden Studie konnten zwei Personen hinsichtlich der affektiven Störungen nicht ausgewertet werden, und es erhielten somit, unter Berücksichtigung der „missing values“, 37,9% der FM-PatientInnen die Diagnose einer affektiven Störung.

Bei der Gesamtstichprobe wurden 16,7% FM-PatientInnen eine *derzeitige MDE* und 6,1% der PatientInnen, unter Berücksichtigung von drei „missing values“, eine *Minor Depression* diagnostiziert. Eine Person wurde hinsichtlich der *dysthymen Störung* nicht vermerkt und daher sind 16,7% von einer *dysthymen Störung* betroffen. 3% der FM-PatientInnen leiden unter einer *Depression NNB*.

Die Prävalenz einer behandlungsbedürftigen depressiven Störung/ Major Depression wird in Deutschland in der Allgemeinbevölkerung auf 5-10% geschätzt (Möller et al., 2001). Die Annahme, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, mehr FM-PatientInnen unter einer Major Depression leiden, scheint sich damit zu bestätigen.

Bezogen auf Personen mit diversen chronisch somatischen Erkrankungen, ergaben sich Punktprävalenzen zwischen 15 und 28%. Die Prävalenz in dieser Stichprobe liegt in dem Rahmen, der hier vorgegebenen Punktprävalenzen bei chronisch somatischen Erkrankungen und der Major Depression. Daher kann man die Annahme, dass die Prävalenz einer Major Depression bei den PatientInnen ähnlich hoch ist wie bei anderen chronisch somatischen Erkrankungen, bestätigen.

Wie Abbildung 1 zeigt, ist bei den FM-PatientInnen, die unter affektiven Störungen leiden, die *derzeitige MDE* die häufigste Diagnose, gefolgt von der *dysthymen Störung*.

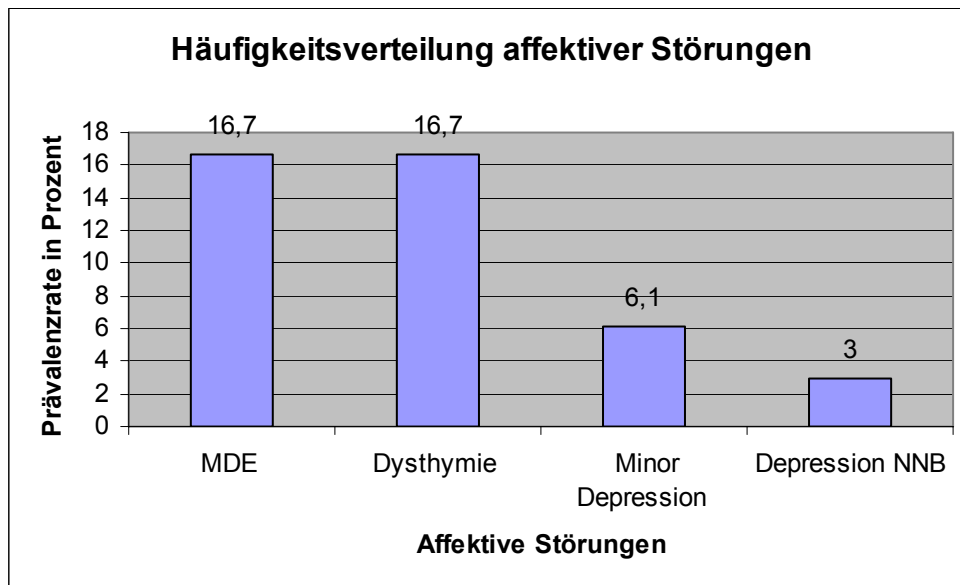


Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung affektiver Störungen bei den FM-PatientInnen

Bei der derzeitigen MDE tritt die *Major Depression rezidivierend mittelschwer* mit 9,1% am häufigsten auf. An zweiter Stelle folgt die *Major Depression rezidivierend schwer ohne psychotische Merkmale* mit einer Häufigkeit von 3%. Die restlichen Diagnosen sind die *Major Depression einzelne Episode mittelschwer*, *Major Depression einzelne Episode ohne psychotische Merkmale* und *Major Depression rezidivierend schwer mit psychotischen Merkmalen*. Diese drei Diagnosen werden von jeweils einer Person erfüllt (d.h. jeweils 1,5%).

10.1.2 Angststörungen

Die Prävalenz der *Angststörungen* liegt bei den FM-PatientInnen bei 33,3%. 24,2% der PatientInnen der Gesamtstichprobe wird *eine* Angststörung diagnostiziert, 7,6% leiden unter *zwei* Angststörungen und 1 Person bzw. 1,5% ist von *drei* Angststörungen betroffen.

Der bundesweite Gesundheitssurvey von 1998/99 umfasste in seiner Studie bei den Angststörungen Diagnosen gemäß des ICD-10, welche die Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobie, sonstige phobische Störungen, Panikstörung, GAD und Zwangstörung beinhaltet. Der Survey berichtete von einer Prävalenz von 9% in der Allgemeinbevölkerung

hinsichtlich der Angststörungen. Die Annahme, dass FM-PatientInnen eine höhere Prävalenzrate bei Angststörungen aufweisen, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, hat sich bestätigt.

Studien chronisch somatischer Erkrankungen fanden bei chronisch somatischen Erkrankungen und Angststörungen eine Punktprevalenz zwischen 2 und 22%. Auf Basis dieser Studien kann die Annahme, dass FM- PatientInnen eine ähnlich hohe Prävalenz bei Angststörungen haben, verglichen mit anderen chronisch somatischen Erkrankungen, nicht bestätigt werden, da die Prävalenz in der Stichprobe der vorliegenden Studie mit 33,3% höher liegt.

Wie man anhand Abbildung 2 erkennen kann, ist bei den Angststörungen in der Gesamtstichprobe die *spezifische Phobie* am häufigsten vertreten (19,7%), gefolgt von der *Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte* mit 7,6%. Es kommt weder eine *Zwangstörung*, eine *Angststörung NNB* noch eine *akute Stressstörung* vor. Bei der PTSD fehlen Informationen bei acht PatientInnen, daher liegt die Prävalenz bei 1,5%

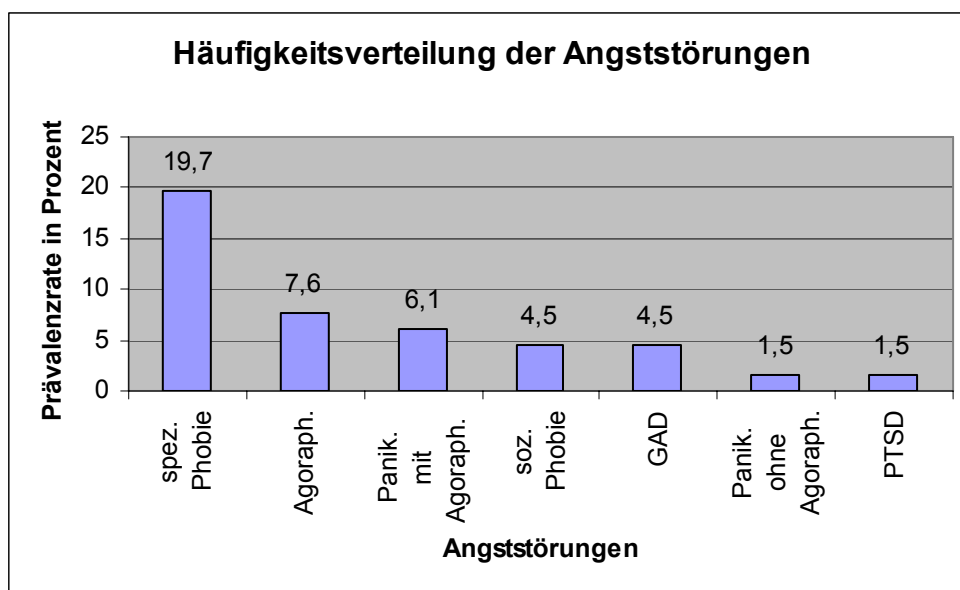


Abbildung 2: Häufigkeitsverteilung der Angststörungen bei den FM-PatientInnen

Anmerkungen: spez. Phobie= spezifische Phobie;
 Agoraph= Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte; Panik. mit Agoraph.= Panikstörung mit Agoraphobie; soz. Phobie= soziale Phobie;
 Panik. ohne Agoraph.= Panikstörung ohne Agoraphobie

10.1.3 Somatoforme Störungen

Die Prävalenz, unter mindestens einer *somatoformen Störungen* zu leiden liegt bei 75,8%, unter Bezugnahme von fünf „missing values“. Unter Berücksichtigung von fehlenden Informationen bei acht Personen, leiden 45,5% der PatientInnen der Gesamtstichprobe unter *einer* und 25,8% unter *zwei* somatoformen Störungen.

Der deutsche Gesundheitssurvey umfasste in seiner Studie bei den somatoformen Störungen Diagnosen gemäß des ICD-10, welche die Somatisierungsstörung, die undifferenzierte Somatisierungsstörung, die hypochondrische Störung und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung beinhaltet. Der Survey fand eine Prävalenz somatoformer Störungen von 7,5% in der Allgemeinbevölkerung. Daher schient sich die Annahme, dass FM-PatientInnen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, eine höhere Prävalenzrate bei somatoformen Störungen aufweisen, zu bestätigen.

Nach Meinung der Autorin dieser Arbeit, gibt es zur Zeit keine genauen Forschungsergebnisse über die Komorbidität somatoformer Störungen und chronisch somatischer Erkrankungen. Daher kann die Annahme, aufgrund mangelnder Informationen, nicht bestätigt werden, dass die Prävalenz somatoformer Störungen bei den FM-PatientInnen ähnlich hoch ist, wie bei anderen chronisch somatischen Erkrankungen.

Die somatoforme Störung, von der die meisten PatientInnen in der Gesamtstichprobe betroffen sind, ist die *Schmerzstörung mit psychischen und medizinischen Faktoren* (60,6%). Hinsichtlich der *Schmerzstörung mit psychischen und medizinischen Faktoren* fehlen Daten bei drei ProbandInnen. Nach der Schmerzstörung folgt die *Somatisierungsstörung* (39,4%) mit der höchsten Prävalenz. Die somatoforme Störung *Hypochondrie* wurde einer Person (1,5%) diagnostiziert. Es kommt keine *Körperwahrnehmungsstörung* und *Schmerzstörung mit psychischen Faktoren* vor. Abbildung 3 verdeutlicht die Verteilungen der somatoformen Störungen bei den FM-PatientInnen.

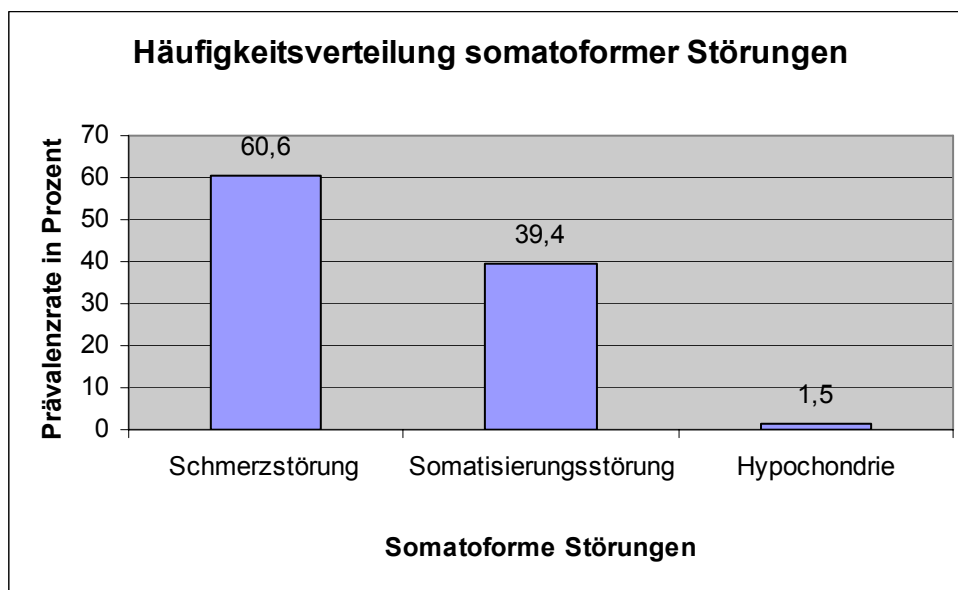


Abbildung 3: Häufigkeitsverteilungen der somatoformen Störungen bei den FM-PatientInnen

Anmerkung: Schmerzstörung= Schmerzstörung mit psychischen und medizinischen Faktoren

10.1.4 Gegenüberstellung der Ergebnisse des SKID-I

Wie sich anhand der Ergebnisse der einzelnen Störungsbereiche und anhand Abbildung 4 erkennen lässt, weist der Störungsbereich *somatoforme Störung* mit 75,8% die höchste Prävalenz in der Stichprobe der vorliegenden Studie auf, gefolgt von den *affektiven Störungen* mit 37,9%. Darauf folgen die *Angststörungen* mit 33,3%.

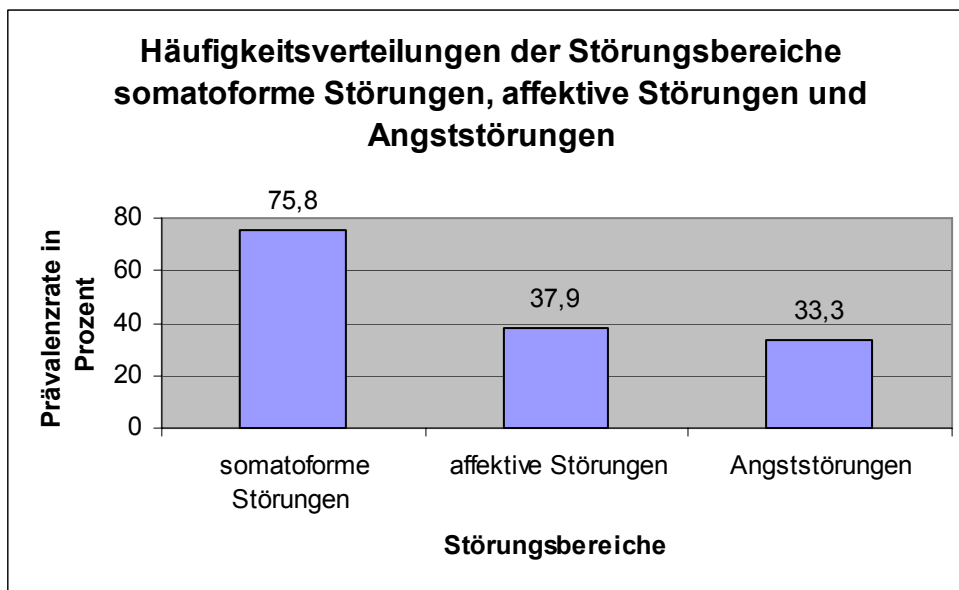


Abbildung 4: Häufigkeitsverteilungen der Störungsbereiche affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen bei den FM-PatientInnen

10.2 Ergebnisse des CFS und der Neurasthenie

Die Ergebnisse zeigen, dass, unter Berücksichtigung von zwei „missing values“, bei den FM-PatientInnen die Prävalenz eines CFS bei 19,7% liegt. In der Allgemeinbevölkerung schwankt die Prävalenz zwischen 0,1-0,4% und im medizinischen Versorgungsnetz kommt das CFS zwischen 0,3-2,6% vor. Die Annahme, dass FM-PatientInnen eine höhere Prävalenzrate beim CFS aufweisen, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung und mit Personen, die das medizinische Versorgungsnetz in Anspruch nehmen, scheint sich zu bestätigen.

Die statistische Auswertung in bezug auf die Neurasthenie kann, unter Berücksichtigung

von zwei „missing values“, eine Prävalenzrate von 53% bei der Stichprobe der vorliegenden Untersuchung aufdecken. Eine Studie in der Allgemeinbevölkerung fand eine Punktprävalenz von 1,2%. Im medizinischen Versorgungsnetz war die Prävalenzrate höher und lag zwischen 7,4-7,7%. Die Annahme, dass FM-PatientInnen eine höhere Prävalenzrate bei der Neurasthenie, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung aufweisen und mit Personen, die das medizinische Versorgungsnetz in Anspruch nehmen, scheint sich zu bestätigen. Zudem wurde 19,7% der FM-PatientInnen ein CFS sowie eine Neurasthenie diagnostiziert. Abbildung 5 zeigt die Prävalenzen hinsichtlich des CFS, der Neurasthenie sowie der Komorbidität CFS und Neurasthenie bei den FM-PatientInnen.

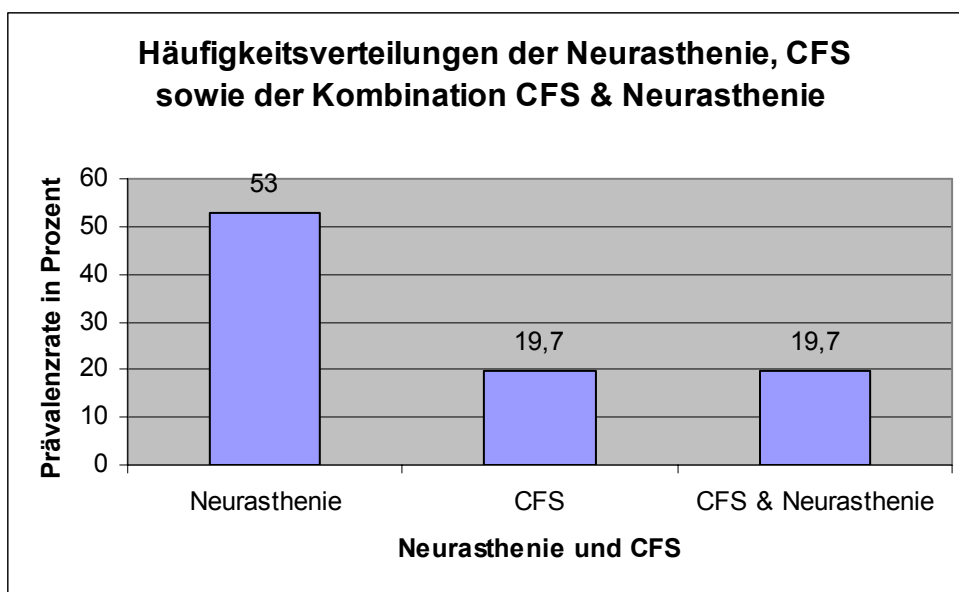


Abbildung 5: Häufigkeitsverteilungen der Neurasthenie, CFS sowie der Komorbidität CFS und Neurasthenie

10.3 Deskriptive Auswertung: Schmerzparameter, ADS und BSI

10.3.1 Die Schmerzparameter

Den höchsten Wert erreicht die *größte Schmerzstärke*, gefolgt von der *durchschnittlichen Schmerzstärke*, der *momentanen Schmerzstärke*, der *geringsten Schmerzstärke* und zuletzt der *erträglichen Schmerzstärke*. Bei dem errechneten Mittelwert *der durchschnittlichen, geringsten, größten und momentanen Schmerzstärke* ist $M = 6.21$ und $SD = 1.65$. Tabelle 8 fasst die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 8: Deskriptive Statistiken der Schmerzparameter

<i>Schmerzstärke</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
größte	25	8.48	1.3
durchschnittliche	24	6.54	1.84
momentane	25	5.40	2.18
geringste	25	4.36	2.23
erträgliche	24	2.83	1.17
Mittelwert	24	6.21	1.65

10.3.2 Die ADS und der BSI

Die Auswertung der ADS zeigt einen Mittelwert von 25.59 bei den FM-PatientInnen. Laut der ADS liegt ein erhöhter Summenwert vor, wenn Punkte über 23 erreicht werden. Betrachtet man die T-Werte des BSI, so erkennt man, dass beim GSI der Mittelwert über den kritischen Wert 63 liegt, und dass bei den restlichen Skalen dies ebenso der Fall ist, außer bei den *phobischen Ängsten*. Dort liegt der Mittelwert unter dem kritischen Wert 63. Tabelle 9 beschreibt die Kennwerte der ADS und die der Skalen des BSI im Detail.

Tabelle 9: Deskriptive Statistiken der ADS und des BSI

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
ADS		25.59	10.6	27
BSI	GSI	71.57	6.84	14
	PSDI	66.14	6.09	14
	PST	74.50	9.27	14
	Somatisierung	72.21	6.13	14
	Depressivität	63.29	9.92	14
	Ängstlichkeit	68.36	9.01	14
	Phobische Ängste	56.93	13.30	14

10.4 Maße der Assoziationen: Schmerzparameter, ADS und BSI

10.4.1 Korrelationen: ADS und Schmerzparameter

In bezug auf die ADS und der Schmerzparameter korrelieren alle Schmerzstärken außer der *erträglichen Schmerzstärke* mit der ADS signifikant. Wie Tabelle 10 zeigt, korreliert die *größte Schmerzstärke* mit der ADS am höchsten, gefolgt von dem Mittelwert *der durchschnittlichen, geringsten, größten und momentanen Schmerzstärke*. Die Streudiagramme der einzelnen Korrelationen zeigen keine Ausreißer.

Tabelle 10: Korrelationen zwischen der ADS und den Schmerzparametern

<i>Schmerzstärke</i>	<i>ADS Korrelation</i>	<i>ADS Signifikanz (1-seitig)</i>	<i>df</i>
größte	0.525 **	0.009	18
Mittelwert	0.520 *	0.011	17
momentane	0.509 *	0.011	18
geringste	0.444 *	0.025	18
durchschnittliche	0.426 *	0.035	17
erträglichste	0.160	0.251	18

Anmerkungen: ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (1-seitig) signifikant

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (1-seitig) signifikant

10.4.2 Korrelationen: BSI und Schmerzparameter

Es gibt beim BSI nur zwei Skalen, die mit zwei Parametern der Schmerzstärke signifikant korrelieren. Das wäre zum einen die *Depressivität* mit der *erträglichen Schmerzstärke* ($r = .505$, $df = 11$, $p = .039$, 1-seitig) und zum anderen die negative Korrelation zwischen *Ängstlichkeit* und *durchschnittlicher Schmerzstärke* ($r = -.493$, $df = 12$, $p = .037$, 1-seitig). Die Streudiagramme der einzelnen Korrelationen zeigen keine Ausreißer.

10.4.3 Korrelationen: ADS und BSI

Bei den Korrelationen zwischen der ADS und den Skalen des BSI gibt es keine signifikanten Ergebnisse. Jedoch korrelieren die ADS und die Skala *phobische Ängste* am höchsten ($r = .486$, $df = 9$; $p = .065$, 1-seitig) gefolgt von der *Depressivität* ($r = .345$, $df = 9$; $p = .15$, 1-seitig). Die Streudiagramme der einzelnen Korrelationen zeigen keine Ausreißer.

10.4.4 Korrelationen zwischen den Schmerzparametern

Wie aus Tabelle 11 ersichtlich wird, korrelieren alle Schmerzparameter untereinander signifikant. Der Mittelwert *der durchschnittlichen, größten, geringsten und momentanen Schmerzstärke* korreliert am höchsten mit allen Schmerzparametern. Am höchsten korreliert die *geringste Schmerzstärke* mit dem Mittelwert ($r = .902$, $df = 22$, $p = .000$, 1-seitig). Daraufhin folgt die Korrelation *durchschnittliche Schmerzstärke* und der Mittelwert ($r = .895$, $df = 22$, $p = .000$, 1-seitig). Abgesehen von den Korrelationen der einzelnen Schmerzparameter mit dem Mittelwert, ergeben sich hohe Korrelationen zwischen *momentaner Schmerzstärke* und *geringster Schmerzstärke* ($r = .799$, $df = 23$, $p = .000$, 1-seitig) sowie zwischen *größter* und *durchschnittlicher Schmerzstärke* ($r = .797$, $df = 22$, $p = .000$, 1-seitig). Die Streudiagramme der einzelnen Korrelationen zeigen keine Ausreißer.

Tabelle 11: Korrelationen zwischen den Schmerzparametern

<i>Schmerzstärken</i>	<i>Schmerzstärke Korrelation</i>	<i>Schmerzstärke Signifikanz (1-seitig)</i>	<i>df</i>
Mittelwert und geringste	0.902 **	0.000	22
Mittelwert und durchschnittliche	0.895 **	0.000	22
Mittelwert und momentane	0.882 **	0.000	22
Mittelwert und größte	0.720 **	0.000	22
Mittelwert und erträgliche	0.523 **	0.005	21
momentane & geringste	0.799 **	0.000	23
größte und durchschnittliche	0.797 **	0.000	22
geringste und durchschnittliche	0.695 **	0.000	22
momentane und durchschnittliche	0.649 **	0.000	22
momentane und erträgliche	0.514 **	0.005	22
erträgliche und durchschnittliche	0.492 **	0.009	21
größte & geringste	0.456 *	0.011	23
größte & momentane	0.416 *	0.019	23
geringste & erträgliche	0.406 *	0.025	22
größte & erträgliche	0.367 *	0.039	22

Anmerkungen: ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (1-seitig) signifikant

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (1-seitig) signifikant

10.4.5 Korrelationen zwischen den Bereichen des BSI

Außer bei den Korrelationen zwischen PST und PSDI, korrelieren die drei globalen Kennwerte GSI, PST und PSDI signifikant miteinander. Zudem korrelieren GSI, PST und PSDI signifikant mit allen Skalen, außer mit den *phobischen Ängsten*. Am höchsten korrelieren der GSI und der PST miteinander ($r = .874$, $df = 12$, $p = .000$, 1-seitig), gefolgt von dem GSI und der Skala Somatisierung ($r = .787$, $df = 12$, $p = .000$, 1-seitig). Tabelle 12

listet die signifikanten Korrelationen der Skalen des BSI auf. Die Streudiagramme der einzelnen Korrelationen zeigen keine Ausreißer.

Tabelle 12: Signifikante Korrelationen des BSI

<i>BSI</i>	<i>BSI Korrelation</i>	<i>BSI Signifikanz (1-seitig)</i>	<i>df</i>
GSI & PST	0.874 **	0.000	12
GSI & Somatisierung	0.787 **	0.000	12
GSI & PSDI	0.735 **	0.001	12
GSI & Ängstlichkeit	0.678 **	0.004	12
PST & Depressivität	0.672 **	0.004	12
PST & Somatisierung	0.653 **	0.006	12
PSDI & Soma- tisierung	0.616 **	0.009	12
GSI & Depressivität	0.600 *	0.012	12
PSDI & Ängstlichkeit	0.596 *	0.012	12
PST & Ängstlichkeit	0.506 *	0.033	12
Somatisierung & Ängstlichkeit	0.494 *	0.036	12

Anmerkungen: ** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 (1-seitig) signifikant

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (1-seitig) signifikant

11 Diskussion

In diesem Kapitel werden zuerst die Ergebnisse dieser Studie zusammengefasst und danach vor dem Hintergrund der Annahmen und Fachliteratur diskutiert. Daraufhin werden methodische Aspekte dieser Studie kritisch beleuchtet, welche die Stichprobenauswahl, das Design und die Durchführung der Untersuchung betreffen. Schließlich werden Vorschläge für zukünftige Forschungsansätze gemacht.

Es sollte darauf hingewiesen werden, dass diese Studie v.a. deskriptiv ist. Es ist somit Ziel dieser Untersuchung, Fragen aufzuwerfen und auf Aspekte hinzuweisen aber nicht direkt Antworten bzw. Lösungen zu geben. Dies bezieht sich vor allem auf die Problematik, ob das FMS psychosomatischen oder hauptsächlich physischen Ursprungs ist und auf die Frage, wie das FMS zu dem CFS und der Neurasthenie genau zueinander einzuordnen ist.

11.1 Überblick

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass 92,4% der FM-PatientInnen die Diagnose mindestens einer *psychischen Störung* erhalten, die in dieser Studie untersucht wurden. Diese Prävalenz bleibt auch bestehen, wenn man sich nur auf die affektiven Störungen, Angststörungen und somatoformen Störungen bezieht. Diese Prävalenzrate ist weitaus höher als in der Allgemeinbevölkerung (d.h. ca. 17% bezogen auf affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen) sowie bei PatientInnen im medizinischen Versorgungsnetz (d.h. ca. 20% und 35%).

Wie die Ergebnisse zeigen, leidet einer hoher Anteil der FM-PatientInnen unter *affektiven Störungen/ Major Depression, Angststörungen und somatoformen Störungen*. Dies steht im Einklang mit der Forschung, welche besagt, dass FM-PatientInnen häufig von diesen Störungsbereichen betroffen sind (Csef, 2004).

16,7% der Gesamtstichprobe der FM-PatientInnen wurde eine *derzeitige MDE* diagnostiziert. Auch hier kann man sehen, dass diese Prävalenz höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung (d.h. höher als 10%) und vergleichbar mit anderen chronisch somatischen Erkrankungen ist (d.h. zwischen 15% und 28%).

Was die *Angststörungen* betrifft, so liegt die Prävalenz von 33,3% bei den FM-PatientInnen ebenso höher, als die Prävalenz von 9% in der Allgemeinbevölkerung. Untersuchungen über chronisch somatische Erkrankungen und Angststörungen ergaben auch

niedrigere Prävalenzen verglichen mit dieser Stichprobe, da die Prävalenzen in diesen Studien zwischen 2% und 22% schwankten.

Eine hohe Diskrepanz existiert bei den *somatoformen Störungen*. 75,8% der FM-PatientInnen wurde mindestens eine somatoforme Störung diagnostiziert, im Gegensatz zu 7,5% in der Allgemeinbevölkerung. Es scheint keine Daten in der Forschung zu geben, die einen Vergleich der FM-PatientInnen mit Personen chronisch somatischer Erkrankungen zulassen.

Die Prävalenz des *CFS* bei den FM-PatientInnen liegt mit 19,7% höher im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, da die Prävalenz bei Studien über die Allgemeinbevölkerung zwischen 0,1% und 0,4% schwankte. Dasselbe gilt für das medizinische Versorgungsnetz: Die Prävalenz liegt mit 0,3% sowie 2,6% immer noch niedriger, verglichen mit der vorliegenden Stichprobe.

Die Prävalenz der *Neurasthenie* liegt ebenso bei den FM-PatientInnen mit 53% höher verglichen mit 1,2% in der Allgemeinbevölkerung und mit Personen, die das medizinische Versorgungsnetz in Anspruch nehmen, da man in Berlin eine Prävalenz von 7,4% und in Mainz von 7,7% in der Primärmedizin vorfand.

Die Korrelationen zwischen der *ADS* und den *Schmerzparametern* können zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen der Stärke der empfundenen Schmerzen und den depressiven Symptomen der FM-PatientInnen existiert. Die Korrelationen zwischen dem *BSI* und der *Schmerzparameter* weisen kein klares Muster auf. Zudem sind die meisten Korrelationen des *BSI* und der *Schmerzparameter* negativ, was nur schwer zu interpretieren ist. Die Korrelationen zwischen dem *BSI* und den *Schmerzparametern* lassen deswegen kaum Platz für logische Schlussfolgerungen. Bei den Skalen des *BSI* und dem *ADS* gibt es keine signifikanten Korrelationen. Es scheint also keinen starken Zusammenhang zwischen der depressiven Symptomatik, die sich in der *ADS* ausdrückt und den Skalen des *BSI* (d.h. *GSI*, *PSDI*, *PST*, *Somatisierung*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit* und *phobische Ängste*) zu geben. Da die Streudiagramme aller Korrelationen keine Ausreißer zeigen, muss nicht befürchtet werden, dass die Ergebnisse aufgrund dessen verzerrt wurden.

11.2 Diskussion der Ergebnisse des SKID-I

In dieser Arbeit stützt sich die Autorin, bezüglich der Prävalenzwerte in der Allgemeinbevölkerung, häufig auf den deutschen bundesweiten Gesundheitssurvey aus dem Jahre 1998/99. Der Grund dafür ist, dass die Daten direkt aus Deutschland kommen und der Survey noch aktuell ist. Zudem ist er der erste Survey in der BRD, der die Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung systematisch erfasst. Die Ergebnisse des Gesundheitssurveys konnten zeigen, dass vergleichbare Prävalenzen psychischer Störungen mit anderen Ländern wie den USA, Kanada, Australien und Großbritannien existieren (Wittchen et al., 1999). Dies rechtfertigt nach Meinung der Autorin dieser Arbeit auch, dass Prävalenzen psychischer Störungen aus anderen Ländern hinsichtlich chronisch somatischer Erkrankungen, deren kultureller Hintergrund nicht zu stark von Deutschland abweicht (wie z.B. aus den USA, Kanada, Australien und Großbritannien), zum Vergleich für diese Studie herangezogen werden können und die Autorin sich deswegen nicht nur auf deutsche Studien beschränkt hat.

Die Befundlage konnte zeigen, dass FM-PatientInnen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine höhere Prävalenz in Bezug auf psychische Störungen aufweisen. So leiden doch in der deutschen Allgemeinbevölkerung laut des Gesundheitssurveys insgesamt 17,3% unter affektiven Störungen, Angststörungen und/ oder somatoformen Störungen, verglichen mit 92,4% der ProbandInnen, die unter mindestens einer psychischen Störung leiden. Auch hat sich gezeigt, dass FM-PatientInnen eine höhere Prävalenz psychischer Störungen haben, verglichen mit Personen, die das medizinische Grundversorgungsnetz in Anspruch nehmen. 20-35% von PatientInnen im medizinischen Versorgungsnetz litten unter mindestens einer psychischen Störung (Löwe, 2004).

In dieser Stichprobe von 66 ProbandInnen heißt dies, dass nur fünf Personen **keine** psychische Störung diagnostiziert wurde. Es gibt sogar acht Personen, die drei Diagnosen einer psychischen Störung erhalten. Die Tatsache, dass psychische Störungen häufig komorbid auftreten, wird oft in der einschlägigen Literatur beschrieben und zeigt sich auch in dieser Studie. Die hohe Prävalenz psychischer Störungen entsteht in dieser Untersuchung vor allem durch die Diagnosevergabe somatoformer Störungen. So wurde bei 75,8% der FM-PatientInnen mindestens eine somatoforme Störung diagnostiziert.

Wie erwartet zeigen die Ergebnisse, dass bei den FM-PatientInnen eine erhöhte Prävalenz psychischer Störungen besteht, sie geben aber keine Antwort auf die Kausalität

zwischen FMS und psychischen Störungen. Nun stellt sich die Frage, ob das FMS aufgrund seiner immanenten Belastung psychische Störungen vermehrt hervorgerufen hat oder ob es für die hohe Komorbidität vielleicht noch eine andere Erklärung gibt. So gibt es Forscher, die hinter dem FMS eine psychosomatische Erkrankung vermuten. Da in einem solchen Fall psychische Entstehungsbedingungen einen wichtigen Faktor spielen, kann dies eine Begründung für die hohe Prävalenzrate sein. Wie beschrieben gibt es einige Erklärungsansätze, jedoch konnte keiner bisher vollständig bestätigt werden.

11.2.1 Diskussion der Ergebnisse: Affektive Störungen/ Major Depression

Wie auch andere Studien über das FMS zuvor zeigen konnten, findet man bei dieser Stichprobe eine hohe Komorbidität depressiver Störungen (siehe z.B. Csef, 2004). In der deutschen Allgemeinbevölkerung fand man beim bundesweiten Gesundheitssurvey eine Prävalenz von 6,3% bei affektiven Störungen (Wittchen et al., 1999) im Gegensatz zu einer Prävalenz von 37,9% bei den ProbandInnen der vorliegenden Untersuchung.

Der bundesweite Gesundheitssurvey umfasste in seiner Studie über affektive Störungen Diagnosen gemäß des ICD-10, welche in Kapitel 10.1.1 dieser Arbeit beschrieben wurden. Im Gegensatz zu dem Gesundheitssurvey werden in dieser Studie nicht alle Arten affektiver Störungen untersucht. Trotzdem bleibt jedoch zu vermuten, dass die Prävalenz affektiver Störungen sich in dieser Patientengruppe nicht deutlich erhöht hätte, da bestimmte affektive Störungen, wie z.B. die Manie, ein sehr seltenes Krankheitsbild darstellen und in einer Stichprobe von 66 Personen wohl eher selten vorzufinden wäre. Obwohl der Gesundheitssurvey mehr Gruppen affektiver Störungen untersuchte, bleibt darauf hinzuweisen, dass die Prävalenz affektiver Syndrome bei dieser Stichprobe trotzdem höher liegt.

Hinsichtlich einer derzeitigen MDE scheint sich die Annahme, dass FM-PatientInnen häufiger als die Allgemeinbevölkerung unter diesen Störungen leiden, zu bestätigen. In Deutschland haben 5-10% der Bevölkerung eine behandlungsbedürftige Depression (Möller et al., 2001). Die Diagnose einer derzeitigen MDE erhalten 16,7% der FM- PatientInnen in der Gesamtstichprobe, was eine Prävalenz von 5-10% in der Bevölkerung überschreitet. Auch die dysthyme Störung tritt mit 16,7% häufiger in der Stichprobe dieser Studie auf, als in der Allgemeinbevölkerung, welche auf 2-10% geschätzt wird (Möller et al., 2001).

Da die Prävalenz von 17,3% einer Major Depression bei den FM-PatientInnen in den

Rahmen der Prävalenzangaben von chronisch somatischen Erkrankungen fallen, scheint sich somit die Annahme, dass die Prävalenz einer Major Depression ähnlich hoch ist, wie bei anderen chronisch somatischen Erkrankungen, zu bestätigen.

Hinsichtlich affektiver Störungen wurde in dieser Patientengruppe am meisten eine derzeitige MDE diagnostiziert, gefolgt von der dysthymen Störung. Da eine Major Depression vom Schweregrad gravierender ist als eine dysthyme Störung und eine Minor Depression, kann man erkennen, dass die FM-PatientInnen hinsichtlich des Affektes in einem starken Ausmaß betroffen sind. Auch kann man die starke psychische Belastung daran erkennen, dass die häufigste Diagnose keine leichte Form der Major Depression war, sondern eine *Major Depression rezidivierend mittelschwer*, gefolgt von einer *Major Depression rezidivierend schwer ohne psychotische Merkmale*.

Hinderlich in dieser Untersuchung war, dass es bei einigen Beschreibungen über Prävalenzen bei affektiven Störungen nicht immer ersichtlich war, welcher Typ genau gemeint war. So nennen doch einige Autoren Prävalenzen bei der *Depression*, oder erwähnen nur Prävalenzen depressiver Symptomatiken, wobei nicht klar ist, ob diese Symptome schon für eine Diagnose einer Störung ausreichen würde. Manche Autoren reden von depressiven Störungen, aber es ist trotzdem nicht klar, ob damit, wie hier in dieser Arbeit, die Major Depression und die dysthyme Störung eingeschlossen, damit ebenso gemeint ist. Dies alles erschwert einen direkten Vergleich.

11.2.2 Diskussion der Ergebnisse: Angststörungen

Wie auch andere Studien über das FMS, kann diese Untersuchung zeigen, dass neben depressiven Störungen, Angststörungen bei FM-PatientInnen häufig vorkommen (siehe z.B. Csef, 2004).

Der bundesweite Gesundheitssurvey umfasste in seiner Studie über Angststörungen Diagnosen gemäß des ICD-10, die in Kapitel 10.1.2 dieser Arbeit beschrieben wurden. In dieser Studie werden zu den Angststörungen noch die PTSD, die akute Stressstörung und die Angststörung NNB gezählt, welche bei dem Gesundheitssurvey nicht beachtet wurden. Der Survey berichtete von einer Punktprevalenz von 9% in der Allgemeinbevölkerung. In der Patientengruppe dieser Arbeit findet man eine Prävalenz von 33,3%. Die Annahme, dass die Prävalenz der Angststörungen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, höher bei den FM-PatientInnen liegt, kann somit bestätigt werden. Dies trifft auch immer noch zu, wenn man

die PTSD, die akute Stressstörung und die Angststörung außer acht lässt, da in dieser Stichprobe weder eine Diagnose einer akuten Stressstörung noch einer Angststörung NNB gestellt wurde und die PTSD bei lediglich einer Person diagnostiziert wurde.

Die Panikstörung ohne Agoraphobie kommt bei den FM-PatientInnen in der Gesamtstichprobe nicht sehr oft vor (d.h. 1,5%) und auch die PTSD konnte bei nur einer Person festgestellt werden (1,7%). Zudem wurde keine Diagnose einer akuten Stressstörung gestellt. Es bleibt jedoch unbedingt zu beachten, dass sich sechs PatientInnen während des Interviews außer Stande fühlten, Fragen über die PTSD und akute Stressstörung zu beantworten. Dies kann ein Indikator für eine bestehende PTSD oder akute Stressstörung sein, da ein Merkmal bei dem SKID-I für eine PTSD die „Vermeidung von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.“ ist (Wittchen et al., 1997, S.76). Auch die Unfähigkeit von dem Trauma zu erzählen, wird bei der akuten Stressstörung als wichtiges Merkmal gezählt.

In dieser Stichprobe kann keine Zwangstörung entdeckt werden, wobei in der Allgemeinbevölkerung eine Punktprävalenz von 1-4,1% vorliegt. Da diese Prävalenzrate in der Allgemeinbevölkerung sehr niedrig ist und sich die Arbeit auf eine Stichprobe von 66 Probanden beschränkt, ist es nicht allzu verwunderlich, dass keine Zwangstörung diagnostiziert wurde.

Es gibt nur eine beschränkte Zahl von Studien chronisch somatischer Erkrankungen, die genaue Angaben über Komorbiditäten mit Angststörungen machen. Die Punktprävalenz von 2% und 22% aufgeführt in der Literatur bei Personen mit chronisch somatischen Erkrankungen deutet jedoch darauf hin, dass das Vorkommen einer Angststörung in der Stichprobe höher liegt, als bei anderen chronisch somatischen Erkrankungen. Die Annahme, dass die Prävalenz der Angststörungen bei den FM-PatientInnen ähnlich hoch ist wie bei anderen chronisch somatischen Erkrankungen kann somit nicht bestätigt werden.

Oftmals kommen bei chronisch somatischen Erkrankungen wie z.B. bei Herzerkrankungen die GAD und bei Asthma die Panikstörung vor. Die GAD und die Panikstörung ist in dieser Stichprobe selten. 4,5% der FM- PatientInnen der Gesamtstichprobe erfüllen die Kriterien einer GAD (d.h. 3 Personen), und 1,5% der PatientInnen wurde eine Panikstörung ohne Agoraphobie diagnostiziert.

Ein Hindernis in dieser Untersuchung war, dass es nicht genug Studien gibt die über Punktprävalenzen bei chronisch somatischen Erkrankungen berichten, dass nicht alle Angststörungen untersucht werden und dass manche Studien nicht versuchen

Angststörungen zu diagnostizieren, sondern nur Angstwerte messen. Da es daher nur sehr wenige Studien gibt, die zum Vergleich herangezogen werden konnten, ist es schwer zu sagen, ob die Prävalenz bei der vorliegenden Studie tatsächlich höher ist oder im gleichen Rahmen liegt. Die zwei Studien, die hier zum Vergleich herangezogen wurden, zeigen jedoch tatsächlich niedrigere Prävalenzen, verglichen mit den FM-PatientInnen.

11.2.3 Diskussion der Ergebnisse: Somatoforme Störungen

Neben affektiven Störungen und Angststörungen besagt auch die Literatur, dass somatoforme Störungen häufig bei dem FMS vorkommt (siehe z.B. Csef, 2004). Auch dies konnte sich in der vorliegenden Stichprobe zeigen. Die Annahme, dass FM-PatientInnen, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, häufiger unter somatoformen Störungen leiden, kann bestätigt werden.

Der bundesweite Gesundheitssurvey umfasste in seiner Studie bei den somatoformen Störungen Diagnosen gemäß des ICD-10, die in Kapitel 10.1.3 dieser Arbeit beschrieben wurden. Abgesehen von der Körperwahrnehmungsstörung, die bei dem Gesundheitssurvey nicht berücksichtigt wurde, werden somatoforme Störungen in der vorliegenden Studie untersucht, die vergleichbar mit den des Surveys sind. Da in dieser Untersuchung bei keiner Person eine Körperwahrnehmungsstörung diagnostiziert wurde, sind die Ergebnisse direkt mit denen des Gesundheitssurveys vergleichbar. Lag die Prävalenz der deutschen Allgemeinbevölkerung bei 7,5%, so findet man in der Stichprobe der vorliegenden Studie eine Prävalenz von 75,8%. 25,8% der FM-PatientInnen haben sogar zwei somatoforme Störungen: Eine Somatisierungsstörung und eine Schmerzstörung, abgesehen von einer Person, die von einer Schmerzstörung und Hypochondrie betroffen ist.

In der relevanten Literatur konnte die Autorin dieser Arbeit keine Komorbiditätsangaben über somatoforme Störungen und chronisch somatischen Erkrankungen auffinden. Der Grund warum es nicht möglich war Literatur bezüglich Prävalenzen somatoformer Störungen und chronisch somatischer Erkrankungen zu finden, liegt wahrscheinlich auch daran, dass es schwierig ist, wenn nicht gar unmöglich, zu erkennen, ob einige körperliche Beschwerden aufgrund der vorliegenden chronischen somatischen Erkrankung bestehen oder ob sie aufgrund psychischer Belastung auftreten. Daher kann, aufgrund mangelnder Befundlage in der Literatur, sich die Annahme, dass FM-PatientInnen ähnlich hohe Prävalenzen somatoformer Störungen haben, verglichen mit Personen chronisch somatischer

Erkrankungen, nicht bestätigen aber auch nicht dementieren lassen.

Betrachtet man aber die Prävalenzen somatoforme Störungen von 2,1% und 12,6% im medizinischen Grundversorgungsnetz, erkennt man, dass diese Prävalenzen deutlich niedriger liegen, verglichen mit der Stichprobe der vorliegenden Studie. Es lässt sich vermuten, dass Personen chronisch somatischer Erkrankungen nicht eine vergleichbare hohe Prävalenz einer somatoformen Störung aufweisen würde, da die Prävalenz bei den FM-PatientInnen ungewöhnlich hoch liegt.

Die somatoforme Störung, die bei den ProbandInnen am meisten vertreten ist, ist die Schmerzstörung mit psychischen und medizinischen Faktoren. Die Diagnose Schmerzstörung mit psychischen Faktoren wurde nie vergeben, da die Autorin dieser Arbeit und die Personen, die die anfänglichen Interviews geführt hatten (d.h. Frau Elisa Franetzki, Frau Ruth Gesele & Frau Elisabeth Schmidt, 2001), der Ansicht sind, dass die Erkrankung FMS und die Symptomatik, die die PatientInnen beschreiben, nicht nur auf rein psychischen Faktoren basiert, sondern auch physische Faktoren eine Rolle spielen. Deswegen wurde ausschließlich die Diagnose Schmerzstörung mit psychischen und medizinischen Faktoren vergeben, wenn eine Schmerzstörung vorliegt.

Nach der Schmerzstörung mit psychischen und medizinischen Faktoren, wurde die Somatisierungsstörung am meisten diagnostiziert. Bei den FM-PatientInnen liegt die Prävalenzrate einer Hypochondrie sehr niedrig, da nur eine Person (1,5%) die Kriterien einer solchen erfüllt.

Der Grund, warum die Prävalenz somatoformer Störungen so hoch liegt, ist beim näheren Vergleich kaum mehr erstaunlich. So sind doch die Kriterien und die Symptomatik einer Somatisierungsstörung sowie die der Schmerzstörung, dem Symptomenkomplex eines FMS beachtlich ähnlich, und es gibt somit viele Überlappungen. Dies erinnert an die bereits im Theorieteil beschriebene Problematik der diskriminanten Validität zwischen dem FMS, dem CFS und der Neurasthenie (für nähere Ausführungen siehe Kapitel 6 und das folgende Kapitel 11.3). Auch hier scheint eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zwischen dem FMS und der Somatisierungsstörung sowie Schmerzstörung schwierig.

Im SKID-I wird in der Sektion der somatoformen Störungen gefordert, dass nur Symptome, die vom Arzt nicht eindeutig erklärt werden können, als „vorhanden“ vermerkt werden sollen. Es ist jedoch der Fall, dass die vielen Beschwerden, die FM-PatientInnen haben, vom Arzt ebenso nicht eindeutig anhand eines Laborbefunds erklärt werden können. Ein Arzt findet zwar oft eine mögliche Ursache für das Auftreten der Symptome, doch

beruhen diese zumeist nur auf Vermutungen und nicht auf eindeutig wissenschaftlich nachweisbaren Befunde. Die Frage stellt sich nun, ob die fehlende Nachweisbarkeit auf eine Psychosomatik des FMS hindeutet, wie bei den somatoformen Störungen angenommen wird, oder ob die Gesundheitslehre noch keine eindeutige medizinische Erklärung finden konnte, sie aber existiert. Das Phänomen *Phantomschmerz* verdeutlicht die Problematik. Viele Jahre glaubte man, dass Phantomschmerz rein psychosomatisch sei, da es keine eindeutige medizinische Erklärung dafür gab. Heutzutage ist der Erkenntnisstand der Wissenschaft weiter, und man kann das Phänomen Phantomschmerz eindeutig auf medizinischer Grundlage begründen. Ob dem FMS nun hauptsächlich eine psychische oder physische Ursache zugrunde liegt, kann in dieser Arbeit, wie schon erwähnt, nicht beantwortet werden, da sie sich auf das rein deskriptive beschränkt.

Zu der erhöhten Prävalenz der Somatisierungsstörung trägt zudem ein weiterer Faktor bei. In der Sektion somatoformer Störungen wurde ein Merkmal nicht berücksichtigt. Bei diesem Merkmal geht es um die Altersgrenze. Es wird dort exploriert, ob die Person, *begonnen vor dem Alter von 30 Jahren*, unter vielen körperlichen Beschwerden leidet. Traten bei den FM-PatientInnen die ersten körperlichen Beschwerden aber erst *ab* dem Alter von 30 Jahren auf, so wurde trotzdem mit den Fragen fortgefahren, ungeachtet dessen, dass das Alterskriterium nicht erfüllt war. Es war damit beabsichtigt zu überprüfen, ob FM-PatientInnen, unabhängig von dem Alter, unter ähnlichen Symptomen wie bei einer Somatisierungsstörung leiden, wie von der Autorin der vorliegenden Untersuchung erwartet wird. In dieser Studie wurde bei 10 ProbandInnen das Alter als Kriterium ignoriert.

11.3 Diskussion der Ergebnisse: CFS und Neurasthenie

Die Annahme, dass den FM-PatientInnen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und bei Personen, die das medizinische Versorgungsnetz in Anspruch nehmen, häufiger eine CFS sowie eine Neurasthenie diagnostiziert wird, hat sich bestätigt. Während bei den ProbandInnen eine Prävalenz von 19,7% hinsichtlich des CFS vorliegt, befindet sich diese abhängig von der jeweiligen Studie zwischen 0,1% und 0,4% in der Allgemeinbevölkerung (Buchwald et al., 1995; Leonard et al., 1999). Auch im medizinischen Versorgungsnetz ist die Prävalenz, welche sich zwischen 0,3% (Bates et al., 1993) und 2,6% (Wessely et al., 1997) bewegt, im Vergleich mit der Stichprobe niedriger. Die Neurasthenie kommt bei den FM-PatientInnen noch häufiger als das CFS vor. Die Prävalenz liegt bei 53%, während man

in der Allgemeinbevölkerung eine Prävalenz von 1,2% (Hickie et al., 2002) und im medizinischen Versorgungsnetz eine Prävalenz von 7,4% (Linden & Helmchen, 1995) und 7,7% (Herr et al., 1995) auffinden konnte.

Bei den Diagnosekriterien der ICD-10 hinsichtlich der Neurasthenie besteht eine Ausschlussklausel, welche in dem Kapitel 5.4 erwähnt wurde. Die Ausschlussklausel wurde in dieser Untersuchung nicht berücksichtigt, da aufgrund der Literatur zu erwarten war, dass bei den FM-PatientInnen eine höhere Komorbidität mit affektiven Störungen und Angststörungen existieren würde. Wie schon erwähnt, leiden viele chronische SchmerzpatientInnen und FM-PatientInnen unter diesen psychischen Störungen. Es ist nicht anzunehmen, dass fälschlicherweise eine Neurasthenie bei den FM-PatientInnen aufgrund von den psychischen Störungen diagnostiziert wurde, die in der Ausschlussklausel aufgelistet sind, sondern dass die Diagnose Neurasthenie wegen des Erscheinungsbildes des FMS gestellt wird, welches in der Symptomatik der Neurasthenie sehr ähnelt. Ohne die Ausschlussklausel ist es somit eher möglich die differenzialdiagnostische Problematik zwischen der Neurasthenie und dem FMS aufzudecken.

In bezug auf die kombinierte Diagnosevergabe eines CFS und einer Neurasthenie, erhalten 19,7% der FM-PatientInnen die Diagnose beider Störungsbilder. Diese Komorbidität ist niedriger als Hillier und Farmer in ihrer Studie (1995) vorfinden konnten. Dort wurden 97% der PatientInnen, die die Kriterien für ein CFS erfüllten, auch eine Neurasthenie diagnostiziert. Der Grund für die niedrigere Prävalenz in dieser Studie liegt wahrscheinlich zum Teil auch daran, dass für die Diagnose eines CFS die Kriterien von Holmes et al. (1988) verwendet wurden, anstatt die aktuelleren Kriterien nach Fukuda et al. (1994). Mit anderen Worten, da die Kriterien nach Holmes et al. strenger sind, als die von Fukuda et al., wurden auch weniger FM-PatientInnen eine CFS diagnostiziert (für nähere Beschreibungen der Kriterien von Holmes et al. und Fukuda et al. siehe das folgende Kapitel 11.5.3).

Die Hauptkriterien *Schmerzen und Tender Points* des FMS unterscheiden sich zwar von dem Hauptkriterium *Erschöpfung* bei dem CFS sowie dem Hauptkriterium *Erschöpfung* bei der Neurasthenie, jedoch gibt es neben diesen Merkmalen noch andere Symptome, die auf alle drei Krankheitsbilder zutreffen. Dies erklärt auch, warum es zu einer erhöhten Komorbidität bei dem FMS, dem CFS und vor allem der Neurasthenie kommt. Zwar werden bei den Diagnosekriterien des FMS Symptome, wie z.B. Gedächtnisstörungen, nicht direkt angesprochen, aber trotzdem leiden viele der PatientInnen unter diesen Symptomen, die zu

den Diagnosekriterien des CFS gehören. Auch Symptome wie *die Unfähigkeit sich zu entspannen*, die zu den Diagnosekriterien der Neurasthenie gehören und nicht direkt von den ACR-Kriterien angesprochen werden, kennen viele FM-PatientInnen aus eigener Erfahrung. Abgesehen von den Symptomen ähneln sich die drei Störungsbilder hinsichtlich mehrerer weiterer Aspekte, die in den vorherigen Kapiteln dieser Arbeit ausführlich abgehandelt wurden. So gibt es, wie schon zuvor erwähnt, Unklarheiten bezüglich der Ätiologie und der Pathogenese (für nähere Ausführungen siehe Kapitel 6). Aufgrund der starken Überlappungen, die auch in den Ergebnissen der vorliegenden Studie erkenntlich werden, ist es fragwürdig, ob man das FMS differenzialdiagnostisch von den beiden Störungsbildern abgrenzen kann. Es scheint keine hohe diskriminante Validität vorhanden zu sein.

Es gibt viele Wissenschaftler, die entweder gar nicht zwischen den drei Erkrankungen unterscheiden oder solche, die der Meinung sind, dass das FMS, das CFS und die Neurasthenie zwar unterschiedliche Entitäten sind, aber einen gemeinsamen Faktor inne haben. Daneben gibt es Forscher, die gänzlich zwischen den Störungsbildern unterscheiden. Denkbar ist, dass es sich bei den drei Erkrankungen um unterschiedliche Störungsbilder handelt, da Diagnostiker unterschiedliche Akzentuierungen hinsichtlich ihrer Symptome setzen. So ist doch der Fokus bei dem FMS auf den Schmerzen, wobei bei dem CFS und der Neurasthenie das Augenmerk vor allem auf die Erschöpfung gerichtet ist. Es stellt sich die Frage, ob diese Akzentuierung real ist oder artifiziell.

Was die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung klar zeigen, ist dass zum heutigen Stand der Forschung die drei Störungsbilder nicht klar differenzialdiagnostisch voneinander abzugrenzen sind und ein Forschungsbedarf zur Bestimmung einheitlicher und klarer Definitionen besteht.

11.4 Diskussion der Ergebnisse: Schmerzparameter, ADS und BSI

11.4.1 Diskussion der Ergebnisse: Schmerzparameter

Die tatsächlich empfundenen Schmerzstärken (d.h. durchschnittliche, größte, geringste, momentane und der Mittelwert) sind in ihrer Intensität relativ hoch. Abgesehen von der *geringsten Schmerzstärke*, liegen die einzelnen Schmerzparameter bei den FM-PatientInnen bei einer Skala von 1-10 über dem Wert 5. Im Gegensatz dazu ist die *erträgliche Schmerzstärke*, die sich die PatientInnen bei erfolgreicher Behandlung wünschen, sehr

niedrig, angesetzt bei 2,83. Betrachtet man alle Schmerzparameter näher, so kann man tendenziell einen typischen Verlauf erkennen: Die durchschnittliche Schmerzstärke und die größte Schmerzstärke werden von den PatientInnen relativ gleich hoch eingeschätzt und die geringste und momentane Schmerzstärke liegen ebenfalls relativ nah beieinander. Das scheint zu bedeuten, dass die meisten PatientInnen ihre Schmerzen im Durchschnitt als sehr hoch empfinden und dass sie, in dem Moment als sie den Fragebogen ausfüllten, relativ wenig Schmerzen wahrnahmen. Rechnet man den Mittelwert aller Schmerzstärken aus, so sieht man, dass er sich auch wirklich dort befindet, wo die PatientInnen ihre durchschnittliche Schmerzstärke angeben. Dies zeigt zum einen, dass die FM-PatientInnen ihre Schmerzen gut einschätzen und zwischen den einzelnen Schmerzparametern differenzieren können und weist zum anderen darauf hin, dass der Abschnitt „Schmerzparameter“ des Schmerzfragebogens ein reliables Messgerät ist.

11.4.2 Diskussion der Ergebnisse: ADS

Die Werte der ADS liegen durchschnittlich über dem kritischen Wert 23 ($M = 25,59$). Das bedeutet, dass die Mehrheit (51,8%) der 27 ProbandInnen sehr wahrscheinlich unter depressiven Symptomen leiden.

11.4.3 Diskussion der Ergebnisse: BSI

Betrachtet man die untersuchten Skalen des BSI (d.h. GSI, PSDI, PST, Somatisierung, Depressivität, Ängstlichkeit und phobische Ängste), so sieht man, dass bei allen Bereichen, außer den *phobischen Ängsten*, die T-Werte über dem entsprechenden kritischen Wert 63 liegen. Das impliziert, dass in den Bereichen *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* vermehrt psychische Belastungen bei den ProbandInnen vorliegen.

In bezug auf die Skala *Somatisierung* bedeutet dies, dass die FM-PatientInnen vermehrt körperlich, funktionelle Beschwerden wahrnehmen, die sich psychisch belastend auswirken. Auch die Sektion somatoforme Störungen des SKID-I ließ bei vielen PatientInnen ähnliche funktionelle, körperliche Beschwerden erkennen.

Bei der *Depressivität* lässt das Überschreiten des kritischen Wertes erkennen, dass die ProbandInnen vermehrt depressive Symptome aufzeigen. Dies steht ebenso im Einklang mit den Ergebnissen des SKID-I, das eine erhöhte Prävalenz depressiver Störungen aufdecken

konnte sowie der ADS, durch welche auch vielfach depressive Symptome bei den FM-PatientInnen aufgedeckt wurde.

Der erhöhte Wert der Skala *Ängstlichkeit* bedeutet, dass die PatientInnen mehrere Angstsymptome, die über das normale Maß hinausgehen, aufweisen. Auch anhand des SKID-I konnte man eine erhöhte Prävalenz von Angstsymptomen bzw. Angststörungen aufdecken. Daher ist das Ergebnis des BSI bezüglich der *Ängstlichkeit* ähnlich mit dem Ergebnis des SKID-I.

Bei den *phobischen Ängsten* kommt es zu keiner Überschreitung des kritischen Wertes. Dies bedeutet, dass die ProbandInnen in diesem Bereich keine überdurchschnittlich hohen phobischen Angstsymptome, wie zum Beispiel Furcht vor öffentlichen Plätzen, zeigen. Das SKID-I hingegen fand eine hohe Prävalenz der spezifischen Phobie (19,7%), und auch die Prävalenz der Panikstörung mit Agoraphobie (6,1%) oder die Agoraphobie ohne Panikstörung (7,6%) liegt höher als in der Allgemeinbevölkerung. Daher ist der Befund des BSI hinsichtlich den *phobischen Ängsten* abweichend von der Befundlage des SKID-I dieser Untersuchung.

Es wurde kein T-Test zwischen den Ergebnissen des SKID-I und der des BSI sowie zwischen dem SKID-I und der ADS unternommen, da die Fallzahlen zu niedrig sind und die FM-PatientInnen sich zudem nicht gleichmäßig in Gruppen aufteilen ließen. Was aber die dargestellten Ergebnisse zeigen, ist dass, abgesehen von den *phobischen Ängsten*, die Befundlage des SKID-I und BSI in so weit übereinstimmen, dass beide erhöhte Werte bezüglich der oben aufgeführten psychischen Belastungen (d.h. Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit) aufweisen. Ebenso unterstützt der ADS die Befundlage des BSI hinsichtlich der Depressivität, auch wenn die Korrelation zwischen der ADS und dieser Skala nicht signifikant ist (für nähere Ausführungen siehe Kapitel 11.4.6)

Hinsichtlich der drei globalen Kennwerte korreliert der GSI mit dem PST und PSDI signifikant. Dies ist leicht verständlich, da aufgrund der Testkonstruktion die drei globalen Werte miteinander zusammenhängen. Verwunderlich ist eher, warum der PST und der PSDI nicht miteinander signifikant korrelieren. Wahrscheinlich ist dies auf die geringe Anzahl der Fragebögen, die zur Auswertung zur Verfügung standen, zurückzuführen. Die globalen Werte GSI, PST und PSDI korrelieren signifikant mit allen Skalen, außer den *phobischen Ängsten*. Dies impliziert, dass *Somatisierung*, *Depressivität* und *Ängstlichkeit* in einem Zusammenhang mit der grundsätzlichen psychischen Belastung (GSI), der Stärke der Antworten (PST) und der Anzahl der Symptome, die vorliegen (PSDI) stehen.

Von allen Korrelationen des BSI, korrelieren der GSI und PST am höchsten miteinander. Je höher also die grundsätzliche psychische Belastung bei den PatientInnen ist, desto stärker sind auch die Symptome der Beschwerden. Genauso besagt dies, dass je stärker die Symptome der Beschwerden, desto höher ist auch die psychische Belastung. GSI und Somatisierung korrelieren auch sehr hoch. Dies könnte in diesem Falle bedeuten, dass die *Somatisierung*, im Vergleich zu den restlichen Skalen *Depressivität* und *Ängstlichkeit*, in einem größeren Zusammenhang mit der grundsätzlichen psychischen Belastung (GSI) steht. Von den vier Skalen korrelieren die *Somatisierung* und die *Ängstlichkeit* als einzige signifikant miteinander. Dieses Ergebnis besagt, dass je höher die empfundenen körperlichen Dysfunktionen sind, desto mehr ängstliche Symptome treten auf sowie je mehr ängstliche Symptome, desto mehr körperliche Dysfunktionen machen sich bemerkbar. In diesem Fall besagt dies, dass die Wahrnehmung der körperlichen Beschwerden, die psychisch belastend sind, in einem größeren Zusammenhang mit Ängstlichkeit stehen als mit depressiven Symptomen. Dies steht nicht im Einklang mit der Literatur und den Ergebnissen dieser Untersuchung, da ein größerer Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und depressiven Symptomen vermutet wird und sich auch in den Ergebnissen des SKID-I widerspiegeln.

11.4.4 Diskussion der Korrelationen: Schmerzparameter und ADS

Das Ergebnis besagt, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Schmerzstärke, welche die PatientInnen empfinden (d.h. durchschnittliche, größte, geringste, momentane und Mittelwert der Schmerzstärke) und der depressiven Symptomatik besteht. Die Korrelationen können keine Aussage über die Kausalität machen, aber aufgrund sachlogischer Überlegungen und der Forschung (siehe z.B. Leibing und Schüßler, 2001) kann man vermuten, dass eine Wechselbeziehung vorhanden ist: Die Schmerzstärke beeinflusst die depressiven Symptome, und die depressiven Symptome beeinflussen die wahrgenommene Schmerzstärke. Daraus ergibt sich, dass höhere wahrgenommene Schmerzstärken eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatik hervorrufen und dass die stärker ausgeprägte depressive Symptomatik die wahrgenommene Schmerzstärke noch erhöhen. Allerdings lässt sich aufgrund der Fachliteratur vermuten, dass bei den meisten FM-PatientInnen der Schmerz wohl vor den depressiven Symptomen kommt und nicht umgekehrt (siehe z.B. Leibing und Schüßler, 2001).

Bei dem Schmerzfragebogen: Abschnitt „Schmerzparameter“ wird zwischen unterschiedlichen Arten von Schmerzstärken zu unterschiedlichen Zeitpunkten differenziert. Aufgrund dieses Prozesscharakters ist es schwierig, die Ergebnisse genau zu interpretieren und die psychische Befindlichkeit während der letzten Woche anhand von angegebenen Schmerzstärken der letzten vier Wochen zu erklären, die vielleicht nicht gerade akut sind. Auch die momentane Schmerzstärke muss nicht unbedingt einen Einfluss auf die Befindlichkeit der letzten Woche haben. Da alle tatsächlich empfundenen Schmerzstärken mit der ADS signifikant korrelieren und die Korrelationen sich in bezug auf die Höhe ihres Koeffizienten nicht stark unterscheiden, fällt es schwer, Interpretationen hinsichtlich einzelner Schmerzparameter vorzunehmen. Man kann aber dennoch sagen, dass all diese Schmerzstärken einen Einfluss auf die Befindlichkeit haben und es deswegen zu den signifikanten Korrelationen bei den tatsächlich empfundenen Schmerzparametern kommt (d.h. durchschnittliche, größte, geringste, momentane und Mittelwert der Schmerzstärke).

Warum die größte Schmerzstärke nun am höchsten mit der ADS korreliert ist, wie schon erwähnt, schwer zu sagen. Eine Erklärung kann sein, dass, auch wenn die größte Schmerzstärke sich bei den meisten FM-PatientInnen nicht in der Gegenwart befindet, die größte Schmerzstärke auch über einen längeren Zeitraum einen überdauernden Einfluss auf depressive Symptome haben könnte. Dieser Einfluss kann geringfügig einflussreicher sein als eine momentane oder durchschnittliche Schmerzstärke.

Die erträglichste Schmerzstärke ist ein hypothetisches Konstrukt, da sie nicht auf der tatsächlich subjektiv empfundenen Schmerzstärke basiert, sondern auf der gewünschten Schmerzstärke nach einer erfolgreichen Behandlung. Aus diesem Grunde ist es nicht überraschend, dass die ADS mit der *erträglichen Schmerzstärke* sehr niedrig und nicht signifikant korreliert.

11.4.5 Diskussion der Korrelationen: Schmerzparameter und BSI

Wie die Ergebnisse zeigen konnten, ergeben sich nur zwei signifikante Korrelationen bei den Skalen des BSI und den Schmerzparametern: Die *Depressivität* und die *erträgliche Schmerzstärke* sowie die *Ängstlichkeit* und die *durchschnittliche Schmerzstärke*. Die Autorin der vorliegenden Untersuchung kann keine plausible Erklärung geben, warum *Depressivität* mit der *erträglichen Schmerzstärke*, aber mit keiner tatsächlich empfundenen Schmerzstärke signifikant korreliert. Da die erträgliche Schmerzstärke ein rein hypothetisches Konstrukt ist

und somit nicht die reale Schmerzsituation gemessen wird, ist eine logische Interpretation dieser Korrelation nur schwer möglich. Der Grund für dieses uneindeutige Ergebnis liegt zum Teil wohl auch daran, dass für die statistische Auswertung nur 14 Fragebögen des BSI vorliegen. Mit einer höheren Stückzahl wäre zu erwarten gewesen, dass auch andere Schmerzparameter mit der Skala *Depressivität* signifikant korrelieren.

Die Skala *Ängstlichkeit* und *durchschnittliche Schmerzstärke* korrelieren miteinander signifikant und negativ. Auch hier hat die Autorin Schwierigkeiten zu erklären, warum *Ängstlichkeit* mit der *durchschnittlichen Schmerzstärke*, aber mit keiner anderen tatsächlich empfundenen Schmerzstärke signifikant korreliert. Ein Grund ist wohl wieder die geringe Anzahl der Fragebögen, die zur Verfügung stand. Ein überraschendes Ergebnis ist auch, dass diese Korrelation negativ ist. Versucht man sich an einer Interpretation, so könnte man argumentieren, dass der Mechanismus der Aufmerksamkeitslenkung in Kraft tritt. Mit anderen Worten, sobald die PatientInnen ein bestimmtes Maß an Schmerzen überschreiten, ist ihr Fokus nicht mehr auf der Ängstlichkeit. Sie sind von der Ängstlichkeit abgelenkt, da die Schmerzen so groß sind, so dass die Schmerzen alle Aufmerksamkeit für sich beanspruchen.

Darüber hinaus, sind die meisten Korrelationen zwischen dem BSI und Schmerzparametern negativ. Eine Erklärung kann sein, dass wie bei der Korrelation Ängstlichkeit und durchschnittliche Schmerzstärke, der Mechanismus der Aufmerksamkeitslenkung wirkt.

11.4.6 Diskussion der Korrelationen: ADS und BSI

Ein ähnlich verwirrendes Ergebnis erhält man zwischen den Korrelationen des BSI und der ADS. Wider erwarten gibt es keine signifikanten Resultate. Auch hier ist auf die geringe Stückzahl des Fragebogens BSI als mögliche Erklärung für die nicht signifikanten Ergebnisse zu verweisen.

Die ADS und die Skala *phobische Ängste* korrelieren zwar nicht signifikant, aber am höchsten, gefolgt von der Skala *Depressivität*. Eine Interpretation dieser Ergebnisse ist schwierig. Das Ergebnis deutet auf einen Zusammenhang zwischen Symptomen phobischer Ängste und dem Erscheinen depressiver Symptomatiken hin. Auch hier kann von einer wechselseitigen Beziehung ausgegangen werden. Das heißt also, dass eine erhöhte depressive Symptomatik bei den FM-PatientInnen auch eine erhöhte Symptomatik

phobischer Ängste hervorrufen würde und eine höhere Symptomatik phobischer Ängste die depressive Symptomatik erhöhen würde.

Zwischen der ADS und der Skala *Depressivität* war eine signifikante Korrelation zu erwarten gewesen, da beide Bereiche depressive Symptomatiken ansprechen. Die Korrelation, die vorhanden ist, deutet die Ähnlichkeit ansatzweise an. Möglicherweise korrelieren die beiden Bereiche nicht sehr hoch miteinander, da sie unterschiedliche Arten depressiver Symptome messen.

11.5 Diskussion der Methode

In diesem Abschnitt erfolgt anfänglich eine Auseinandersetzung mit dem methodischen Vorgehen der vorliegenden Studie. Es wird die Stichprobe, das Design und die Durchführung der Untersuchung diskutiert. Zuletzt werden Vorschläge für zukünftige Forschungsansätze gemacht.

11.5.1 Stichprobe

Das Alter der Stichprobe entspricht ungefähr der Verteilung der Gesamtpopulation bei Personen, die unter dem FMS leiden, da das Durchschnittsalter der ProbandInnen ca. 54 Jahre beträgt. Hinsichtlich der Geschlechterverteilung gibt es zwar in dieser Stichprobe, wie in einer FM-Population, mehr Frauen, aber in dieser Untersuchung sind die weiblichen Personen überrepräsentiert, da in der vorliegenden Stichprobe ca. 92% weiblich sind.

Da das Alter dieser Stichprobe charakteristisch für das FMS ist und somit Frauen im mittleren Alter überrepräsentiert sind, kann diese Studie keine gezielten Aussagen machen über männliche FM-Patienten und über Personen, die nicht in die Altersgruppe zwischen 30-60 Jahre fallen.

11.5.2 Design

Das quasi-experimentelle Auswahlverfahren dieser Studie wirkt sich mindernd auf die interne und externe Validität aus. Die Zuteilung war nicht randomisiert, und die PatientInnen konnten selbst entscheiden, ob sie an der Studie teilnehmen wollten. Das Auswahlverfahren

kann somit einen Selektionsbias hervorgerufen haben, da es möglich ist, dass nur eine bestimmte Gruppe sich bereit erklärte an diesen Interviews teilzunehmen. Es kann also sein, dass einige Patiententypen des FMS in dieser Studie nicht berücksichtigt werden. Dies bringt somit auch gewisse Einschränkungen bezüglich der Generalisierbarkeit der Ergebnisse mit sich.

Bei der Auswertung der Schmerzparameter, der ADS und des BSI muss darauf hingewiesen werden, dass nur sehr wenige Fragebögen verfügbar waren und dass deswegen die Ergebnisse in ihrer Aussagekraft nicht sehr stark sind und sogar fehlerhaft sein können. So stehen nur 25 Fragebögen für die Schmerzparameter, 27 für die ADS und nur 14 Fragebögen für den BSI zur Verfügung. Dies könnte auch die widersprüchlichen Ergebnisse bei den Korrelationen zwischen dem BSI und den Schmerzparametern sowie der ADS und dem BSI erklären.

11.5.3 Durchführung der Untersuchung

Obwohl das SKID-I als ein reliables und valides Messinstrument angesehen wird, muss hinsichtlich der Durchführung der Untersuchung darauf hingewiesen werden, dass Studien zeigen konnten (siehe z.B. Bates et al., 1993; Braganza et al., 2000), dass unterschiedliche Messinstrumente zu verschiedenen Ergebnissen kommen. Aufgrund dessen empfiehlt es sich, die Prävalenzangaben psychischer Störungen bei den FM-PatientInnen als Orientierung und nicht als feste Zahlen anzusehen. Abgesehen davon, dass unterschiedliche Diagnoseinstrumente zu verschiedenen Ergebnissen kommen können, kommt noch hinzu, dass die Interviewerinnen dieses Projektes zwar geschult wurden, aber noch nie zuvor das SKID-I verwendet hatten und deswegen anfänglich ungeübt waren. Auch dies wird einen Einfluss auf die Prävalenzrate gehabt haben. Die Variabilität durch unterschiedliche Messinstrumente und die anfängliche Unerfahrenheit in Anwendung solcher bei den Interviewerinnen, trifft auch in bezug auf die Zusatzinterviewfragen des CFS und der Neurasthenie zu. Deshalb sollte man auch hier die Prävalenzen eher als Näherungswerte betrachten.

Eine bedeutende Einschränkung dieser Studie geht darauf zurück, dass nicht die aktuellen Diagnosekriterien des CFS von 1994 (Fukuda et al.), sondern die Diagnosekriterien von 1988 (Holmes et al.) verwendet werden. Sie unterscheiden sich im wesentlichen darin, dass die älteren Diagnosekriterien strenger sind als die aktuellen

Diagnosekriterien. Bei der revidierten Version von Fukuda et al. wurde die Zahl der geforderten Symptome von acht auf vier, und die Liste der Symptome von 11 auf acht reduziert. Bei der Definition von 1994 wurde auch die Forderung nach einer „durchschnittlichen Tagesaktivität unter 50%“ aufgegeben, da das Ausmaß der Einschränkung schwer zu verifizieren ist. Es wäre also zu erwarten gewesen, dass mit den Diagnosekriterien von 1994 deutlich mehr FM- PatientInnen ein CFS diagnostiziert worden wäre. Dies hätte starken Einfluss auf die Befundlage gehabt. Es wäre zu erwarten gewesen, dass die Diagnose eines CFS ähnlich hoch wie bei der Neurasthenie gewesen wäre, da die Symptome der beiden Störungsbilder sehr ähnlich sind und die Kriterien für eine Neurasthenie nicht annähernd so streng sind wie die Definition von Holmes et al. im Jahre 1988. Es bleibt aber auch darauf hinzuweisen, dass die Diagnosekriterien des CDC von 1994 trotzdem strenger sind als die der Neurasthenie. Es wäre also zu erwarten gewesen, dass immer noch mehr FM-PatientInnen eine Neurasthenie diagnostiziert worden wäre, im Vergleich zu einem CFS.

Ein weiteres Problem in dieser Studie war, dass bei den Prävalenzangaben in der Literatur manchmal nicht ganz klar war, ob von einer Punktprävalenz oder von einer anderen Prävalenz wie z.B. die 6-monats Prävalenz die Rede war. So konnten einige Studien nicht zum Vergleich herangezogen werden. Dies war ein Grund, warum zum Beispiel nur eine Studie bei der Neurasthenie zum Vergleich hinsichtlich der Allgemeinbevölkerung herangezogen werden konnte.

Auch hat der Ort der Datenerhebung einen Einfluss auf die Prävalenz psychischer Störungen. Studien konnten zeigen, dass in der Allgemeinbevölkerung eine generell niedrigere Prävalenz psychischer Störungen vorhanden ist als in der medizinischen Grundversorgung. In der Primärmedizin wiederum liegt die Prävalenz psychischer Störungen niedriger als in Spezialkliniken, die schwere somatische Krankheiten behandeln. In der vorliegenden Arbeit wurde bei chronisch somatischen Erkrankungen keine Rücksicht darauf genommen, wo die Personen behandelt wurden. So gibt es Prävalenzangaben bei Personen chronisch somatischer Erkrankungen, die ambulant oder stationär behandelt wurden sowie Personen chronisch somatischer Erkrankungen, die vom Allgemeinarzt betreut wurden. Die unterschiedlichen Orte der Datenerhebung konnten nicht berücksichtigt werden, da sonst nicht genug Daten zum Vergleich zur Verfügung gestanden hätten.

11.5.4 Implikationen und Vorschläge für künftige Forschungsansätze

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie konnten eine sehr hohe Prävalenz psychischer Störungen im Zusammenhang mit dem FMS aufzeigen. Da noch nicht ausreichend Forschung betrieben wurde, erwies es sich vor allem bei den somatoformen Störungen und Angststörungen als schwierig, das Vorkommen dieser Störungen bei den FM- PatientInnen mit Prävalenzen bei Personen mit chronisch somatischen Erkrankungen zu vergleichen. Aufgrund dessen empfiehlt es sich, mehr Forschung über Prävalenzen psychischer Störungen bei chronisch somatischen Erkrankungen zu unternehmen, vor allem in bezug auf somatoforme Störungen und Angststörungen.

Die vorliegende Studie konnte zwar die unzureichende diskriminante Validität der Krankheitsbilder FMS, CFS und Neurasthenie aufzeigen, jedoch bestehen immer noch Unklarheiten bezüglich der Gründe für diese Überlappungen. Es gibt verschiedene Erklärungen dafür. Zum einen könnte es sich bei den drei Störungsbildern um verschiedene Entitäten handeln, welche momentan sehr schlecht voneinander abgrenzbar sind. Dann müsste man Definitionen und Kriterien finden, die die Erkrankungen ausreichend voneinander trennen. Es könnte aber auch sein, dass die Krankheitsbilder miteinander verwandt sind. Daraus würde sich ergeben, dass man das gemeinsame Korrelat ausfindig machen und adäquat definieren sollte. Andere Wissenschaftler vermuten, dass die Krankheitsbilder ein und dieselbe Erkrankung sind. Auch dies sollte untersucht werden, und falls sich dies bestätigen würde, die drei Störungsbilder dementsprechend in Form von klaren Definitionen und Kriterien zusammenzufassen. Es zeigt sich also, dass aufgrund vieler Unklarheiten mehr Forschung in diese Richtung betrieben werden sollte. Zudem ist die hohe Komorbidität mit somatoformen Störungen ein Hinweis für eine unzureichende diskriminante Validität zwischen dem FMS und der Somatisierungsstörung sowie Schmerzstörung. Auch hier sollten die Gründe exploriert und bessere Kriterien bestimmt werden.

Auch hinsichtlich des Krankheitsbildes FMS selbst sollte mehr Forschung betrieben werden, um der Antwort näher zu kommen, ob die Erkrankung psychosomatischer oder vorwiegend physischer Natur ist. So weist doch diese Studie darauf hin, dass FM-PatientInnen tendenziell mehr unter psychischen Störungen, wie z.B. Angststörungen und somatoformen Störungen leiden, verglichen bei Personen mit chronisch somatischen Erkrankungen. Dies könnte ein Hinweis für eine psychosomatische Ursache des FMS sein

oder ein Indiz dafür, dass FM-PatientInnen, aufgrund der Beschaffenheit der Erkrankung, stärker psychisch belastet sind, als dies bei anderen chronisch somatischen Erkrankungen der Fall ist. Es ist für eine geeignete Therapie wichtig, den wahren Ursprung der Erkrankung zu erforschen.

12 Zusammenfassung

Die Ergebnisse konnten zeigen, dass in bezug auf psychische Störungen wie *Major Depression*, *Angststörungen* und *somatoformen Störungen*, die ProbandInnen eine höhere Prävalenzrate aufweisen, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung. Bei der Gegenüberstellung dieser psychischer Störungen hinsichtlich chronisch somatischer Erkrankungen, war nur die Prävalenz der *Major Depression* der FM-PatientInnen vergleichbar hoch. Die Prävalenz der *Angststörungen* lag bei den FM-PatientInnen höher, verglichen mit Personen chronisch somatischer Erkrankungen. Bei den *somatoformen Störungen* konnte kein Vergleich hinsichtlich Personen mit chronisch somatischen Erkrankungen vorgenommen werden, da in diesem Forschungsbereich zu wenig Ergebnisse vorliegen. Jedoch weist die Prävalenz somatoformer Störungen von über 75% bei der Stichprobe der vorliegenden Studie, auf eine unzureichende diskriminante Validität zwischen dem FMS und der Somatisierungsstörung sowie der Schmerzstörung hin.

Bei den FM-PatientInnen konnte sich eine höhere Prävalenz der *Neurasthenie* und des *CFS* im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung und im Vergleich zum medizinischen Versorgungsnetz zeigen. Vor allem die *Neurasthenie* trat mit über 50% sehr häufig auf. Die differenzialdiagnostische Abgrenzbarkeit des *CFS*, der *Neurasthenie* und dem FMS ist somit fragwürdig und es besteht ein Bedarf neuerer Definitionen und Kriterien der drei Störungsbilder.

Ergebnisse zwischen den Schmerzparametern und der ADS konnten zeigen, dass die Schmerzen einen Einfluss auf die depressive Symptomatik sowie die depressive Symptomatik einen Einfluss auf die Schmerzparameter haben. Bei den Korrelationen zwischen den Schmerzparametern und dem BSI sowie den Korrelationen zwischen dem BSI und der ADS zeigten sich keine aufschlussreichen Ergebnisse, wobei dies wohl auch auf die geringe Verfügbarkeit von Daten zurückzuführen ist.

Die Ergebnisse zeigen eine hohe Komorbidität bei FM-PatientInnen hinsichtlich *Major Depression*, *Angststörungen* und *somatoformen Störungen*. Aufgrund dieser hohen Prävalenz, ist es unbedingt erforderlich auch diese, neben der FMS Erkrankung, zu behandeln, um den Krankheitsverlauf zu begünstigen.

13 Anhang

Anhang A: Diagnosekriterien des CFS von 1988 und 1994

	<i>Holmes et al.</i> (1988)	<i>Fukuda et al.</i> (1994)
<i>Hauptkriterien</i>	Beide Hauptkriterien müssen erfüllt sein: • Neuer Beginn von anhaltender oder wiederkehrender entkräftender Erschöpfung oder leichte Erschöpfbarkeit einer Person, die keine Geschichte von vergleichbarer Symptomatik zeigt, die sich durch Bettruhe nicht lindern lässt und so gravierend ist, dass sie das durchschnittl. Aktivitätsniveau auf unter 50% des prämorbidem Aktivitätsniveaus senken lässt für eine Periode von mindestens 6 Monaten • Andere klinische Konditionen, die vergleichbare Symptome hervorrufen, müssen ausgeschlossen werden mithilfe gründlicher Untersuchung (Körperstatus, Laborwerte).	Klinisch evaluierte, unerklärte, persistierende oder wiederkehrende chronische Erschöpfung: • von mindestens 6-monatiger Dauer • mit neuem oder klar definiertem Beginn (existiert nicht bereits zeitlebens) • die nicht Ergebnis aktueller Belastungen ist • die nicht substantiell gelindert wird durch Ruhe- bzw. Erholungsphasen • die zu einer substantiellen Reduktion der prämorbidem Grade von beruflichen, erzieherischen, sozialen und persönlichen Aktivitäten führt.

	<i>Holmes et al.</i> (1988)	<i>Fukuda et al.</i> (1994)
<i>Hauptkriterien</i>	Gleichzeitig müssen 6 oder mehr Symptomkriterien und 2 oder mehr der physischen Kriterien <i>oder</i> 8 oder mehr der Symptomkriterien vorhanden sein: Symptomkriterien: • mildes Fieber oder Frösteln (oral gemessene Temp. zwischen 37.5 und 38.6 Grad Celsius) • Halsschmerzen • Empfindliche/ schmerzende zervikale oder axilläre Lymphknoten • allgemeine Muskelschwäche • Muskelschmerzen • mehr als 24 Stunden andauernde Erschöpfung nach Anstrengungen • Kopfschmerzen • migratorische Gelenkschmerzen • neuropsychologische Beschwerden (Photophobie, Vergesslichkeit, Reizbarkeit, Verwirrung, Depression, Konzentrationsschwäche) • Schlafstörungen • Der Hauptsymptomkomplex ist akut eingetreten (innerhalb weniger Stunden bis wenigen Tagen)	Gleichzeitig sind 4 oder mehr der folgenden Symptome seit mindestens 6 Monaten vorhanden: • Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen • Halsschmerzen • Empfindliche/ schmerzende zervikale oder axilläre Lymphknoten • Muskelschmerzen • Gelenkschmerzen unter Ausschluss einer arthritischen Erkrankung • Kopfschmerzen nicht gekannter Art oder Intensität • nicht-erholsamer Schlaf • unproportional starke Erschöpfung nach Anstrengungen, die länger als 24 Stunden dauert

	<i>Holmes et al.</i> (1988)	<i>Fukuda et al.</i> (1994)
<i>Nebenkriterien</i>	Physische Kriterien (dokumentiert durch einen Arzt aufgrund mindestens 2 Konsultationen, die mindestens 1 Monat auseinanderliegen): • mildes Fieber (oral gemessene Temp. 37.6 bis 38.6 Grad Celsius oder rektal gemessene Temp. 37.8 bis 38.8 Grad Celsius) • Nichtexudative Pharyngitis • Ertastbare anteriore oder posteriore zervikale oder axilläre Lymphknoten.	
<i>Ausschlusskriterien</i>	Medizinische Ausschlusskriterien: • Simulation • autoimmune Krankheiten • Entzündungskrankheiten • neurologische Krankheiten • chronische organische Krankheiten Psychiatrische Ausschlusskriterien: • Psychose, Psychotische Depression, bipolare Störung, Schizophrenie • Substanzmissbrauch Mögliche komorbide medizinische und psychiatrische Konditionen: • Fibromyalgie • Infektiöse Mononukleose • Adäquat therapierte Infektionen, die nicht zur Chronifizierung neigen: Toxoplasmose, Brucellosen, Lyme-Borreliose (<i>Lyme disease</i>) • nichtpsychotische depressive Störungen • somatoforme Störungen • Angststörungen.	• Nachweisbare medizinische Erkrankungen, die die Symptomatik erklären können • Vorherige nachweisbare medizinische Erkrankung, deren Resolution nicht eindeutig nachgewiesen werden kann und deren mögliche persistierende Aktivität die Symptomatik erklären könnte • Major Depression mit psychotischen, katatonen oder melancholischen Merkmalen, bipolare Störungen, Schizophrenie und psychotische Störungen, Demenz, Essstörungen - Alkohol-, Substanz- oder Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit innerhalb der letzten 2 Jahre vor Beginn der chronischen Erschöpfung, sowie jederzeit danach • Schweres Übergewicht (BMI über 45).

Anhang B: Zusatzinterviewfragen des CFS und der Neurasthenie

Gab es jemals eine Zeit von 3 Monaten oder mehr in Ihrem Leben, in der Sie unter einer ständigen und wiederkehrenden Erschöpfung litten (Erschöpfungsgefühl nach geringer geistiger und/ oder körperlicher Anstrengung)? Wenn ja: Hielt die Erschöpfung mind. 6 Monate an? Wenn ja: Hat sich in dieser Zeit Ihre tägliche Aktivität aufgrund der Erschöpfung um 50% verringert?	<u>Kriterium A./ D. Neurasthenie</u> (mind. 3 Monate geistige Anstrengung ist z.B. die Bewältigung alltäglicher Aufgaben, die keine ungewöhnlichen geistigen Anstrengungen erfordern) <u>Kriterium A. CFS</u> (starke Erschöpfung, so dass tägliche Aktivität auf weniger als 50% reduziert wurde. Mind. 6 Monate lang)
Während dieser Zeit... litten Sie unter den folgenden Symptomen: 1. Benommenheit 2. Unfähigkeit zu entspannen 3. Reizbarkeit 4. <u>akute oder chronische Muskelschmerzen</u> 5. <u>Spannungskopfschmerz</u> 6. <u>Schlafstörung</u> 7. leichtes Fieber (37.5 – 38.6 Grad Celsius) 8. Halsschmerzen 9. geschwollene Lymphknoten, am Hals oder in den Achselhöhlen 10. Muskelschwäche 11. Gelenkschmerzen, in verschiedenen Gelenken zu unterschiedlicher Zeit Wenn ja: Waren Ihre Gelenke geschwollen oder gerötet? 12. Konzentrationsmangel, Vergesslichkeit, Depression/ gedrückte Stimmung, Lichtempfindlichkeit oder den Eindruck, Lichtpunkte/ -blitze vor Ihren Augen zu sehen? 13. ...kam die Erschöpfung ursprünglich sehr plötzlich und unerwartet?	<u>Kriterium B. Neurasthenie</u> Mindestens eins der folgenden Symptome: 1. Benommenheit 2. Unfähigkeit zu entspannen 3. Reizbarkeit 4. <u>akute oder chronische Muskelschmerzen</u> 5. <u>Spannungskopfschmerz</u> 6. <u>Schlafstörung</u> <u>Kriterium B. CFS</u> Mindestens 8 der folgenden Symptome 4. – 13. (die unterstrichenen Items gelten sowohl für die Diagnose Neurasthenie als auch für die des CFS) <u>zu 11.:</u> Gelenkschmerzen ohne Schwellung und Rötung <u>zu 12.:</u> Neuropsychiatrische Beschwerden (mind. ein Symptom: Lichtempfindlichkeit, vorübergehende visuelle Skotome, Vergesslichkeit, starke Reizbarkeit, Verwirrtheit, Denkschwierigkeiten, Konzentrationsmangel, Depression)

14. ...haben Ihnen körperliche Aktivitäten, die Ihnen früher nichts ausgemacht hätten, so zugesetzt, dass Sie noch nach 24 Stunden erschöpft waren? Wenn nein: Wie schnell erholen Sie sich von der Erschöpfung und der Müdigkeit, wenn Ruhe und Entspannung oder Ablenkung erfolgt?	<u>Kriterium B. CFS</u> (verlängerte allgemeine Erschöpfung von mind. 24 h nach körperlicher Aktivität, die dem Patienten früher nichts ausgemacht hätte) <u>Kriterium C. Neurasthenie</u> (die Betroffenen sind nicht in der Lage, sich von Aktivitäten innerhalb eines normalen Zeitraums von Ruhe, Entspannung oder Ablenkung zu erholen)
	<u>Kriterium C. CFS</u> (körperliche Untersuchung) <u>Kriterium E. Neurasthenie</u> Ausschlussklausel (die Störung kann nicht diagnostiziert werden bei Vorliegen einer organischen emotional labilen Störung (F06.6), einem postenzephalitischen Syndrom (F07.1), einem organischen Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (F07.2), einer affektiven Störung (F3), einer Panikstörung (F41.0) oder einer generalisierten Angststörung (F41.1).

Anhang C: Der Schmerzfragebogen: Abschnitt „Schmerzparameter“

Bitte kreuzen Sie in folgender Liste die **Stärke Ihrer Schmerzen** an:

1. Ihre **durchschnittliche Schmerzstärke** während der letzten **4 Wochen**:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz					stärkster vorstellbarer Schmerz				

2. Ihre **größte** Schmerzstärke während der letzten **4 Wochen**:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz					stärkster vorstellbarer Schmerz				

3. Ihre **geringste** Schmerzstärke während der letzten **4 Wochen**:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz					stärkster vorstellbarer Schmerz				

4. Ihre **momentane** Schmerzstärke (beim Ausfüllen des Fragebogens):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz					stärkster vorstellbarer Schmerz				

5. Die für Sie bei erfolgreicher Behandlung **erträgliche** Schmerzstärke:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz					stärkster vorstellbarer Schmerz				

14 Literaturverzeichnis

- Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Eisho, Y., Okamura, M., Nakano, T., Murakami, M. S.N. & Uchitomi, Y. (2003). Development of a brief screening for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer*, 10, 2605-2613.
- Alter, C. (2000). *The behavioral health managed care initiative: Standards, Guidelines and Competencies: Mental Health Care for Patients with Chronic Medical Illnesses*. Center for Mental Health Policy and Services Research, University of Pennsylvania. Webadresse: www.uphs.upenn.edu/cmhpsr/PDF/carolalterfinal.pdf
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (3rd ed.) (DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J. (1998). Epidemiology of neurasthenia. *European Psychiatry*, 13(4), 140-141c.
- Basler, H.-D., Zimmer, C. & Rehfisch, H.P. (1997). Schmerz und Schmerzbehandlung. In: R. Schwarzer (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie*. (2. Aufl.) (S. 479-513). Göttingen: Hogrefe.
- Bassett, S.S., Chase, G.A., Folstein, M.F. & Regier, D.A. (1998) Disability and psychiatric disorders in an urban community: measurement, prevalence and outcomes. *Psychological Medicine*, 28, 509-517.
- Bastine, R.H.E. (1998). *Klinische Psychologie*. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bates, D.W., Schmitt, W., Buchwald, D., Ware, N.C., Lee, J., Thoyer, E., Kornish, R.J. & Komaroff, A.L. (1993). Prevalence of fatigue and chronic fatigue syndrome in a primary care practice. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2759-2765.
- Benjamin, S., Morris, S., McBeth, J., MacFarlane, G.J. & Silman, A.J. (2000). The association between chronic widespread pain and mental disorder: a population-based study. *Arthritis & Rheumatism*, 43(3), 561-567.
- Berg, P.A. (1999). *Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom: Eine Standortbestimmung*. Heidelberg: Springer.
- Blumer, D. & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease. The pain-prone disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170(7), 381-394.
- Braganza, D., Kuruvilla, A., Jacob, K.S. & Joseph, A. (2000). Criteria for neurasthenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(2), 340-340.
- Brown, G.W. (1986). A three-factor causal model of depression. In: J.C. Coyne (Ed.) *Essential papers on depression*. (pp.390-402). New York: New York University Press.

- Brückle, W. & Zeidler, H. (2004). Das Fibromyalgie-Syndrom. *Der Internist*, 45(8), 923-934.
- Buchwald, D., Umali, P., Umali, J., Kith, P., Pearlman, T. & Komaroff, A.L. (1995). Chronic Fatigue and the Chronic Fatigue Syndrome: Prevalence in a Pacific Northwest Health Care System. *Annals of Internal Medicine*, 123(2), 81-88.
- Burg, M.M. & Abrams, D. (2001) Depression in chronic medical illness: the case of coronary heart disease. *Journal of Clinical Psychology*, 57(11) 1323-1337.
- Carney, R.M., Rich, M.W., Tevelde, A., Saini, J., Clark, K. & Jaffe, A.S. (1987). Major depressive disorder in coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 60, 1273-1275.
- Ciaramella, A. & Poli, P. (2001) Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psycho-Oncology*, 10(2) 156-165.
- Clark, M. (August, 2004) management: chronic pain, depression and antidepressants: issues and relationships. Webadresse: <http://www.hopkins-arthritis.com.jhmi.edu/mngmnt/depression.html>
- Csef, H. (2004). Was sind CFS, MCS und FM? Stellenwert und Gemeinsamkeiten dreier Modekrankheiten. In W. Vollmoeller (Hrsg.) *Grenzwertige psychische Störungen. Diagnostik und Therapie in Schwellenbereichen*. (S. 63-76). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (2001). *Abnormal Psychology*. (8th ed.) New York: John Wiley & Sons.
- DeLuca, J. (2001). Chronic Fatigue Syndrome and Neuropsychology: An Introduction and Historical Perspective. *Applied Neuropsychology*, 8, 1-3.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M. & Carnicke, C.L.M. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249(6) 751-757.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (1994). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*, 10. Revision, Version 1.0. (ICD-10). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Dillmann, U., Nilges, P., Saile, H. & Gerbershagen, H.-U. (1998). Schmerzfragebogen der Arbeitsgruppe Dokumentation der *Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes* (DGSS). Webadresse: <http://www.schmerz-zentrum.de>
- Dilling, H. & Freyberger, H.J. (2001). *Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen*. (2. Aufl.) Bern: Hans Huber.
- Engel, G. L. (1959). Psychogenic pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 26, 899-918.

- Fishbain, D.A., Cutler, B.R., Rosomoff, H.L. & Rosomoff, R.S. (1998). Comorbidity between psychiatric disorders and chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 2, 1-10.
- Flor, H. (2003). Chronische Schmerzsyndrome. In: U. Ehler (Hrsg.). *Verhaltensmedizin*. (S. 184-221). Berlin: Springer.
- Flor, H. & Hermann, C. (1999). Schmerz. In H. Flor, N. Birbaumer, & K. Hahlweg (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie-Themenbereich D : Praxisgebiete, Serie II, Klinische Psychologie, BD. 3: Grundlagen der Verhaltensmedizin*. (S. 249-330). Bern Hogrefe.
- Franke, G.H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis (Deutsche Version)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Franke, G.H. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI) von Derogatis (Deutsche Version)*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F. & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction: Impact on 6-month survival. *Journal of the American Medical Association*, 270(15), 1819-1825.
- Fukuda, K., Straus, S.E., Hickie, I., Sharpe, M.C., Dobbins, J.G., Komaroff, A. & the International CFS Study Group. (1994). The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine*, 121, 953-959.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (1999). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Hogrefe: Göttingen
- Gaab, J. & Cleare, A.J. (2003). Fibromyalgie und chronisches Erschöpfungssyndrom. In: U. Ehler (Hrsg.). *Verhaltensmedizin*. (S. 471-495). Berlin: Springer.
- Greenberg, D.B. (1990). Neurasthenia in the 1980's: chronic mononucleosis, chronic fatigue syndrome, and anxiety and depressive disorders. *Psychosomatics*, 31, 129-137.
- Greenberg, D.B. (1997). Beyond neurasthenia and chronic fatigue. In: Akiskal, H.S., Cassano, G.B. (eds.). *Dysthemia and the spectrum of chronic depressions*. (pp.148-164). Massachusetts.
- Hance, M., Carney, R.M., Freedland, K.E. & Skala, J. (1996). Depression in patients with coronary heart disease: a 12-month follow-up. *General Hospital of Psychiatry*, 18, 61-65.
- Härter, M.C. (2000). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 50(7), 274-286.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Das Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.

- Hermann, C. & Flor, H. (2000). Chronischer Schmerz. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen* (3. Aufl.) (S. 459-485). Weinheim: PVU Beltz.
- Herr, R., Maier, W. & Benkert, O. (1995). Results from the Mainz Centre. In T.B. Üstün & N. Sartorius (eds.). *Mental Illness in General Health Care: An international Study*. (pp. 121-135). New York: John Wiley & Sons.
- Hewer, W. (1999). Psychische Störungen und internistische Erkrankungen. In: H. Helmchen (Hrsg.). *Psychische Störung bei somatischen Erkrankungen*. (4. Aufl.) (S. 289-317). Berlin: Springer.
- Hickie, I., Davenport, T., Issakidis, C. & Andrews, G. (2003). Neurasthenia: prevalence, disability and health care characteristics in the Australian community. *The British Journal of Psychiatry*, 181, 56-61.
- Hillier, J. & Farmer, A. (1995). Tired and depressed or just tired. A review of psychiatric morbidity associated with chronic fatigue syndrome. *Arab Journal of Psychiatry*, 6(1), 1-12.
- Hiller, W. & Rief, W. (1998). Diagnose und Instrumente. In: J. Margraf, S. Neumer, & W. Rief (Hrsg.). *Somatoforme Störungen: Ätiologie, Diagnose & Therapie*. (S. 15-35). Berlin: Springer.
- Hoffmann, A. & Lindner, R. (1999). Das chronische Müdigkeitssyndrom (die chronische Erschöpfbarkeit) und seine Beziehung zum Fibromyalgiesyndrom. In P.A. Berg: *Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom: Eine Standortbestimmung*. (S. 18-34). Heidelberg: Springer.
- Holmes, G.P., Kaplan, J.E., Gantz, N.M., Komaroff, A.L., Schonberger, L.B., Strauss, S.E., Jones, J.F., Dubois, R.E., Cunningham-Rundles, C., Pahwa, S., Tosato, G., Zegans, L.S., Purtilo, D.T., Browh, N., Schooles, R.T. & Brus, I. (1988). Chronic fatigue syndrome: A working case definition. *Annals of Internal Medicine*, 108, 387-389.
- Hoyer, J., Höfler, M., Jacobi, F. & Wittchen, H.-U. (2002). *Angststörungen und körperliche Krankheiten*. Kongress DGP's in Berlin.
- Jason, L.A., Richman, J.A., Rademaker, A.W., Jordan, K.M., V. Plioplys, A., Taylor, R.R., McCready, W. Huang, C.-G. & Plioplys, S. (1999). A Community-Based Study of Chronic Fatigue Syndrome. *Archives of Internal Medicine*, 159(18), 2129-2137.
- Jason, L. A. , Torres-Harding, S.R., Taylor, R.R. & Carrico, A.W. (2001). A Comparison of the 1988 and 1994 Diagnostic Criteria for Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(4), 337-343.
- Katon, W., Hall, M.L., Russo, J., Cormier, L., Hollifield, M., Vitaliano, P.P. & Beitman, B.D. (1988). Chest pain: relationship of psychiatric illness to coronary arteriographic results. *American Journal of Medicine*, 84, 1-9.

- Keel, P.J. (1995). *Fibromyalgie: Integratives Krankheits- und Behandlungskonzept bei chronischen Rückenschmerzen*. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag
- Klein, R. (1999). Laborchemische, neurohormonelle und immunologische Befunde beim Fibromyalgie- und chronischen Müdigkeitssyndrom und ihre klinische Relevanz. In P.A. Berg (Hrsg.) *Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom: Eine Standortbestimmung*. (S. 35-54). Heidelberg: Springer.
- Leibing, E. & Schüßler, G. (2001). Das Fibromyalgie-Syndrom. In H.-P. Kapfhammer & H. Kündel (Hrsg.). *Psychotherapie der Somatisierungsstörung*. Stuttgart: Thieme.
- Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M. & Wittchen, H.-U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta-Psychiatrica-Scandinavica*, 101(3), 194-208.
- Linden, M. & Helmchen, H. (1995). Results from the Berlin Centre. In T.B. Üstün & N. Sartorius (eds.). *Mental Illness in General Health Care: An international Study*. (pp. 99-119). New York: John Wiley & Sons.
- Löwe, B. (2004). *Psychische Störungen bei internistischen Patienten: Neue Wege zu Diagnose und Therapie*. Rupprecht-Karls-Universität Heidelberg: unveröffentlichte Habil.-Schrift.
- MacHale, S. (2002). Managing depression in physical illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 297-305.
- Malt, E.A., Berle, J.E., Olafsson, S., Lund, A. & Ursin, H. (2000). Fibromyalgia is associated with panic disorder and functional dyspepsia with mood disorders: A study of women with random sample population controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 49(5), 285-289.
- Mayer, K. (Juni, 2004). *Somatoforme Störungen*. Webadresse: http://www.neuro24.de/somatoforme__st_rungen.htm
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: A new theory, *Science*, 150, 971—979.
- Mersekey, H. (1999). Schmerz und Schmerztherapie. In: H. Helmchen (Hrsg.). *Psychische Störung bei somatischen Erkrankungen*. (4. Aufl.) (S.405-432). Berlin: Springer.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Deister, A. (2001). *Psychiatrie und Psychotherapie*. (2. Aufl.) Stuttgart: Thieme.
- Morschitzky, H. (Februar, 2005). *Häufigkeiten von Angststörungen*. Webadresse: <http://www.panikattacken.at>
- Neeck, G. (2002). Fibromyalgie. *Aktuelle Rheumatologie*, 27, 77-83.

- Ormel, J., Kempen, G.I.J. M., Penninx, B.W.J.H., Brilman, E.I., Beekman, A.T.F. & Van Sonderen, E. (1997) Chronic medical conditions and mental health in older people: disability and psychosocial resources mediate specific mental health effects. *Psychological Medicine*, 27, 1065-1077.
- Peltzer, G. (1977). *Neurasthenie- über die Frage der Einordnung eines diagnostischen Begriffes*. Rupprecht-Karls-Universität Heidelberg: unveröffentlichte Diss.
- Popkin, M.K., Callies, A.L., Lentz, R.D., Colon, E.A. & Sutherland, D.E. (1988). Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type 1 diabetes mellitus. *Archives of General Psychiatry*, 45(1), 64-68.
- Radolff, L.S. (1977). The Center for Epidemiological Studies: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.
- Rief, W. & Hiller, W. (1992). *Somatoforme Störungen: Körperliche Symptome ohne organische Ursache*. Bern: Huber.
- Rief, W. (1998). Somatoforme Störungen - ein Überblick. In: J. Margraf, S. Neumer & W. Rief (Hrsg.). *Somatoforme Störungen: Ätiologie, Diagnose & Therapie*. (S. 1-14). Berlin: Springer.
- Saile, H., Weiland-Heil, K. & Schwenkmezger, P. (2000). Lassen sich in klinischen Erstgesprächen valide Diagnosen erstellen? Vergleich von klinischen Erstgespräch, strukturiertem Interview und Symptom-Checkliste. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(3), 214-220.
- Sartorius, N., Üstün, T.B., Costa e Silva, J.A., Goldberg, D., Lecrubier, Y., Ormel, J., Von Korff, M. & Wittchen, H.-U. (1993). An international study of psychological problems in primary care. Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on "Psychological Problems in General Health Care". *Archives of General Psychiatry*, 50, 819-824.
- Schleifer, S.J., Macari-Hinson, M.M., Coyle, D.A., Slater, W.R., Kahn, M., Gorlin, R. & Zucker, H.D. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 149, 1785-1789.
- Schmerzlinik am Arkauwald (Mai, 2003). *Fibromyalgie*. Webadresse: <http://www.fibromyalgie.at>
- Schneider, G. (1975). *Diagnose und Therapie der Neurasthenie anhand des Fallgutes der Heidelberger „Medizinischen Klinik“ um die Jahrhundertwende*. Rupprecht-Karls-Universität Heidelberg: unveröffentlichte Diss.
- Sharpley, A., Clements, A., Hawton, K. & Sharpe, M. (1997). Do patients with "pure" chronic fatigue syndrome (neurasthenia) have abnormal sleep? *Psychosomatic Medicine*, 59(6), 592-596.

- Sherbourne, C.D., Jackson, C.A., Meredith, L.S., Camp, P. & Wells, K.B. (1996). Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. *Archives of Family Medicine*, 5, 27-34.
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S. & Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(2), 167-173.
- Späth, M. (2002). Das chronische Ermüdbarkeitssyndrom (CFS). *Aktuelle Rheumatologie*, 27, 90-96.
- Spiegel, P. & Spiegel, M. (1999). CFS-/FMS-Patienten in der Praxis. In P.A. Berg (Hrsg.) *Chronisches Müdigkeits- und Fibromyalgiesyndrom: Eine Standortbestimmung*. (S. 55-70). Heidelberg: Springer.
- Stern, M.J., Pascale, L. & Ackerman, A. (1977). Life adjustment postmyocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 137, 1680-1685.
- Taylor, R.E. (2001). Death of neurasthenia and its psychological reincarnation: A study of neurasthenia at the National Hospital for the Relief and Cure of the Parlysed and Epileptic. *British Journal of Psychiatry*, 179, 550-557.
- Üstün, T.B. & Sartorius, N. (1995). *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Weiss, T. (1999). *Schmerzen überall: Fibromyalgie*. München: Südwest Verlag.
- Weiss, T. (2001). *Die 100 wichtigsten Fragen: Fibromyalgie*. München: Südwest Verlag.
- Wells, K.B., Golding, J.M. & Burnam, M.A. (1988). Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *American Journal of Psychiatry*, 145(8), 976-981.
- Wessely, S. (1998). The epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 7(1), 10-24.
- Wessely, S., Chalder, T., Hirsch, S., Wallace, P. & Wright, D. (1997). The prevalence and morbidity of chronic fatigue syndrome: a prospective primary care study. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1449-1455.
- Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davis, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.G., Rounsaville, B. & Wittchen, H.-U. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) II. Multi-site test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Weyerer, S., Hewer, W., Pfeifer-Kurda, M. & Dilling, H. (1989). Psychiatric disorders and diabetes: results from a community study. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(5), 633-640.

- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Spengler, P., Mombour, W., Hiller, W., Essau, C.A., Rummeler, R., Spitzer, R.L. & Williams, J. (1991). Wie zuverlässig ist operationalisierte Diagnostik? Die Test-Retest- Reliabilität des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-III-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 136 - 153.
- Wittchen, H.-U., Müller, N., Pfister, H., Winter, S. & Schmidt-kunz, B. (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen*, 61(2), 216-222.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). *SKID-I, Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I: Psychische Störungen, Interviewheft*. Göttingen: Hogrefe.
- Young, A.H., Sharpe, M., Clements, A., Dowling, B., Hawton, K.E. & Cowen, P.J. (1998). Basal activity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with chronic fatigue syndrome (neurasthenia). *Biological Psychiatry*, 43(3), 236-237.
- Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C.M., Shea, M.T., McGlashan, T.H. & Gunderson, J.G. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 291-309.