

Paul Nilges¹

Kontroverse Soma versus Psyche: Schmerzkonzepte im Wandel der Zeit

Controversy soma versus psyche: pain concepts over time



Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Paul Nilges

(Foto: privat)

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten? / Why you should read this article?

Die lange geltende dualistische Sicht chronischer Schmerzen als entweder körperlich oder psychisch verursacht wurde in den aktuellen diagnostischen Klassifikationen DSM-5 und ICD-11 als unwissenschaftlich aufgegeben und durch ein angemessenes biopsychosoziales Konzept ersetzt.

The long-standing dualistic view of chronic pain as either physically or psychologically caused was abandoned in the current diagnostic classifications DSM-5 and ICD-11 as unscientific and has been replaced by an appropriate biopsychosocial approach.

Zusammenfassung: Unser Verständnis von Schmerz und den zugrundeliegenden medizinischen und psychologischen Konzepten hat sich in den letzten Jahrzehnten erheblich verändert. Diese Entwicklungen bildeten sich auch in den Schmerzdiagnosen der Klassifikationssysteme ab, speziell in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD; [5]) und im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM; [22]). Das ursprünglich strikt dualistische Konzept mit der Unterteilung in organisch begründbaren Schmerz einerseits und psychisch verursachten Schmerz als Restkategorie wird in der aktuell veröffentlichten Version der ICD aufgegeben und durch ein angemessenes komplexes biopsychosoziales Modell abgelöst. Somatische und psychische Faktoren sind keine sich ausschließenden Kategorien mehr, sie sind vielmehr selbstverständliche Bestandteile des menschlichen Schmerzerlebens. Diese Entwicklung durchlief einige Zwischenstufen, die sich in den Diagnosen der Klassifikationssysteme ICD und DSM wiederfinden. (Dtsch Zahnärztl Z 2018; 73: 364–370)

Schlüsselwörter: chronischer Schmerz; Schmerzmodelle; Diagnostik; Klassifikation; ICD; DSM

Summary: Our understanding of pain and underlying medical and psychological concepts has changed significantly in recent decades. These developments are also reflected in the pain diagnoses of the classification systems, particularly in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD; [5]) and in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; [22]). The originally strictly dualistic concept with the subdivision into organic pain on the one hand and psychologically caused pain as the rest category has been abandoned in the currently published version of the ICD and it was replaced by an appropriately complex biopsychosocial model. Somatic and psychological factors are no longer mutually excluding categories, but are rather considered as natural components of human pain experience. This development went through several intermediates, which are reflected in the diagnoses of the classification systems ICD and DSM.

Keywords: chronic pain; pain models; diagnostics; classification; ICD; DSM

¹ Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Klinische Psychologie, Weiterbildungsstudiengang Psychotherapie

Peer-reviewed article: eingereicht: 07.08.2018, Fassung akzeptiert: 08.08.2018

DOI.org/10.3238/dzz.2018.0364-0370

„In der Schmerzforschung herrschte für Jahrzehnte ein Kampf der Ideen zu den Entstehungsmechanismen von chronischen Schmerzen. Dabei schwang das Pendel über Jahrzehnte hin und her zwischen peripher und zentral oder zwischen somatisch und psychisch.“ [24].

Diese anhaltende Kontroverse spiegelt sich wider in den jeweils vorherrschenden Lehrmeinungen, Behandlungsmethoden, „Axiomen“ in Lehrbüchern und in den Diagnosen der Klassifikationssysteme.

Akute und chronische Schmerzen, Nozizeption und Schmerz – Unterschiede und Missverständnisse

Schmerz, ob akut oder chronisch, war und ist mehr als ein physiologischer Reiz-Reaktions-Effekt. Philosophen, Theologen, Künstler und Historiker setzen sich mit ihm auseinander. Er gehört zur menschlichen Existenz wie Hunger, Durst, Angst, Ärger oder Liebe. Im Unterschied zu diesen ist er allerdings lokalisiert, er kann (meist) bestimmten Körperarealen und damit einer vermutlichen Schadensursache zugeordnet werden. Als Betroffene und Behandler sind unsere Konzepte von Schmerz vor allem geprägt durch persönliche Erfahrungen mit akutem Schmerz, im Alltag primär Symptom einer drohenden oder bestehenden somatischen Schädigung. Deshalb ist Diagnostik und Therapie bei akutem Schmerz sinnvollerweise am sehr erfolgreichen biomedizinischen Modell orientiert. Das Ziel ist, die Ursache zu finden und zu beseitigen. Psychologische Faktoren sind in dieser Situation randständig.

Wissenschaftler wie Max von Frey und Adolf Goldscheider identifizierten die neurophysiologischen Grundlagen akuter Schmerzen, die Nozizeption. Sie ist eine regelmäßige, aber keine zwingende Voraussetzung für Schmerz. Die mangelnde Differenzierung von Nozizeption und Schmerz ist einer der Gründe für Missverständnisse sowie diagnostische und therapeutische Probleme. Schmerz selbst geht weit über Nozizeption, also einfache periphere physiologische Prozesse, hinaus: Mit ihm sind automatisierte Bewertungen, Gefühle wie Angst oder bedrückte Stimmung, und komplexe Verhaltensmuster ver-

bunden. Schmerz wird deshalb von der *International Association of Pain* (IASP; [12]) als unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung definiert. Psychische Faktoren sind auch für akuten Schmerz bedeutsam. Seine Rolle als „bellender Wachhund der Gesundheit“, so ein dem Chirurgen Sauerbruch zugeschriebenes Zitat, könnte „emotionsloser“ Schmerz nicht erfüllen. Schmerzen gehören nicht nur zum Leben dazu, sondern sie sind Voraussetzung für unser Überleben. Diese Warn- und Schutzfunktion ist ein evolutionär sinnvoller Mechanismus. Erst durch die Kombination mit negativen Emotionen wird dies möglich: Lernen funktioniert am besten, wenn starke Gefühle mit im Spiel sind. Sie sind die Voraussetzung für die physiologische Aktivierung des Organismus, die Vorbereitung motorischer Aktivität und damit von Verhalten, mit dem wir auf Schmerz reagieren können. Durch die Aversivität von Schmerz lernen wir besonders schnell, gefährliche Situationen zu vermeiden. Im Unterschied zu vielen Lernprozessen, die erst durch Wiederholungen gefestigt werden, genügt bei Schmerz – ähnlich wie bei Ekel oder bei Traumata – oft ein einziger „Durchgang“. Schmerz ist demzufolge durch biologische, psychische und soziale Prozesse verursacht, die je nach Symptomatik, Person und Situation mit unterschiedlicher Gewichtung Bedeutung haben.

Schmerzen beherrschbar zu machen und dauerhaft auszuschalten war und ist ein zentrales Ziel der Medizin. Durch die Entdeckung der Äthernarkose und der Lokalanästhesie wurde es möglich, schmerzarme oder schmerzfreie Eingriffe durchführen zu können [29]. In der Zahnmedizin ist Schmerz die im Vordergrund stehende Indikation, seine Ausschaltung und dauerhafte Beseitigung gelingt im Vergleich zu anderen Bereichen ärztlicher Tätigkeiten nahezu regelmäßig.

Schmerz als eigenständiger Forschungsgegenstand war weniger interessant. Je nach Lokalisation fühlten sich die jeweiligen Spezialisten für die ätiologischen Erklärungen zuständig: Orthopädie für den Rücken und die Gelenke, Neurologie für Kopf- und Nervenschmerzen, die Zahnmedizin für den Bereich Mund/Gesicht. Eine fächerübergreifende, interdisziplinäre Forschung konnte sich bei dieser partikularen

Sichtweise nicht entwickeln. Psychologische Aspekte wurden jeweils erst dann in Erwägung gezogen, wenn die eigenen Grenzen deutlich wurden.

Schmerz und Psyche – Konzepte im Wandel der Zeit

Bei ausschließlich an somatischen Ursachen orientierten Schmerzmodellen bestehen erhebliche Erklärungsdefizite, wenn es um Phänomene wie Placebo, Phantomschmerz, Analgesie durch Hypnose und chronischen Schmerz geht. Vor allem die Defizite bei der Diagnostik und Behandlung von chronischen Schmerzen ließen auf einen noch erheblichen Forschungsbedarf schließen. Erste klinische Studien und Fallberichte zum Gesichtsschmerz, veröffentlicht vor knapp 100 Jahren, zeigen anschaulich die diagnostische Rat- und therapeutische Hilflosigkeit. Misserfolge und Grenzen bei der Behandlung von Schmerzen mit Lokalisationen im Bereich Kopf und Gesicht waren Ausgangspunkt für die Entwicklung von Konzepten zum psychogenen Schmerz [10]. Einflusreich war das von George Libman Engel publizierte Konzept der Schmerzpersönlichkeit [7, 8]. Entwickelt wurde es vorwiegend durch die Exploration von Patienten mit „unklaren“ Gesichtsschmerzen. Viele dieser Patienten berichteten von ausgeprägten psychischen Belastungen und traumatisierenden biographischen Entwicklungen und litten unter schwerwiegenden psychischen Störungen. Für Engel war diese Kombination von Belastungen und Störungen pathognomisch für chronischen Schmerz. Für Blumer und Heilbronn [1] war chronischer Schmerz eine Erscheinungsform von Depression, ein Depressionsäquivalent. In Studien zur Prävalenz depressiver Erkrankungen werden für Patienten mit organisch nicht begründbaren Schmerzen nahezu 100 % depressive Störungen berichtet [15]. Bei fehlender „Organik“ vermutete man diese psychischen Faktoren als Schmerzursache. Das vorherrschende Schmerzkonzept war dem Zeitgeist entsprechend strikt ätiologisch und dualistisch: Für körperlich nicht erklärbar und behandelbare Schmerzen wurden ursächliche psychologische Faktoren gesucht. In der psychoanalytischen Tradition stehend, konzentrierte sich die Su-

Engel	1951	masochistisch
Moulton	1995	überwiegend ängstlich, ein Drittel psychotisch oder präpsychotisch
Lesse	1956	zwanghaft
Lupton	1966	großzügig, übernormal, verantwortungsvoll
Schuler	1966	keine pathologische Persönlichkeit
Solberg	1972	keine gemeinsamen Persönlichkeitszüge, erhöhte Ängstlichkeit, aber im Normbereich

Tabelle 1 Beschreibung von Gesichtsschmerzpatienten [nach 21]

Table 1 Description of facial pain patients [after 21]

che vor allem auf die biographische Entwicklung der Patienten, auf traumatisierende Erfahrungen in Kindheit und Jugend, pathologische Merkmale des Erlebens und der Persönlichkeit [11]. Eine bei Schmerz häufig gestellte Diagnose war die Konversionsneurose. Die Annahme war, dass seelische Spannungen und Konflikte ihren Ausdruck in körperlichen Beschwerden finden. Auch die Bezeichnungen „Somatisierung“ oder „psychogene Überlagerung“ wurden zur Erklärung medizinisch nicht ausreichend oder unerklärbarer Schmerzen verwendet. Patrick David Wall beschreibt dieses vereinfachte Schmerzkonzept treffend: *„Auf der Suche nach einer Schmerzsache springt man von peripheren direkt zu psychischen Prozessen. Als ob die einzige Funktion des ausgedehnten, komplexen intervenierenden Nervensystems die eines simplen mechanischen Schalters wäre“* [27, S 109].

Problematisch bei dieser dualistischen Sichtweise und den unspezifischen psychologischen Diagnosen ist zudem ihre Funktion als Lückenbüßer. Deutlich wird das bei den ursprünglich als „klassische“ psychosomatische Störungen geltenden Krankheiten, auch als *„holy seven“* der Psychosomatik bezeichnet. Dazu zählen Ulcus ventriculi/Ulcus duodeni, Asthma bronchiale, Rheumatoide Arthritis, Neurodermitis, Essenzielle Hypertonie, Hyperthyreose, Colitis ulcerosa/Morbus Crohn. Sie werden inzwischen zu den körperlichen Erkrankungen gerechnet. Auch wenn mit diesen Erkrankungen depressive Verstimmungen, Ängste und andere komorbide Störungen verbunden sind und die genannten Krankheiten durch Belastun-

gen exazerbieren – psychisch verursacht sind sie nicht. Psychische Ursachen wurden auch für verschiedene Schmerzformen angenommen: Patienten mit Migräne, Morbus Sudeck (komplexes regionales Schmerzsyndrom) oder Rückenschmerzen standen im Verdacht, „eigentlich“ unter noch nicht entdeckten und von Patienten durch die Entwicklung chronischer Schmerzen abgewehrten psychischen Störungen zu leiden. Die Suche nach spezifischen seelischen Faktoren blieb jedoch ergebnislos. Die von Engel geschilderte „Schmerzpersönlichkeit“ ließ sich ebenso wenig empirisch belegen wie das Konzept des Depressionsäquivalents von Blumer und Heilbronn. Grund für diese psychologische „Überdiagnostik“ ist die hohe Selektion von Patienten: Patienten mit chronischen Schmerzen und erfolglosen Therapien – sogenannte „schwierige Patienten“ – wurden zunehmend in spezialisierten Kliniken behandelt. Wissenschaftliche Studien wurden hier durchgeführt, eine erste Selektion. Die Patienten hatten zudem meist erst dann Kontakt zu Psychotherapeuten, wenn medizinische Behandlungen wiederholt versagt hatten. Bereits diese Erfahrungen sind bedrückend. Bestehende psychische Komorbiditäten beeinflussen zudem den Behandlungsverlauf und -erfolg ungünstig, ohne ursächlichen Zusammenhang mit dem Behandlungsanlass Schmerz. Die Weiterverweisung und Einordnung in die Kategorie „Psyche“ trägt zusätzlich zur Belastung bei, stellt sie doch im Verständnis der meisten Patienten die Echtheit ihrer Schmerzen in Frage. In epidemiologischen Studien finden sich

dementsprechend zwar erhöhte Risiken für Ängste und Depressionen, allerdings nur für einen geringen Teil der Menschen mit chronischem Schmerz [3]. Die sich wandelnde Typologie für Patienten mit Gesichtsschmerzen wurde von Rugh und Solberg [21] zusammengestellt (Tab. 1).

Die Veröffentlichung der Gate-Control-Theorie (Kontrollschrankentheorie) durch Melzack und Wall [16] regte entscheidend das Interesse der Schmerzforschung an und bedeutete gleichzeitig einen konzeptionellen Wechsel. Neben der Nozizeption als eine mögliche Grundlage der Schmerzempfindung rückten jetzt zunehmend „normale“ psychologische Mechanismen in den Fokus: Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und Ablenkung, Stimmung, Ängste, Bewertung und Vorerfahrungen beeinflussen direkt unser Schmerzerleben. Schmerz wurde nicht mehr als eine bloße Reaktion auf eine tatsächliche oder drohende Schädigung verstanden, sondern als Resultat komplexer Wechselwirkungen von somatischen und psychischen Prozessen, von erregenden und hemmenden Mechanismen. Damit wurde eine neue theoretische und klinische Perspektive angeboten [25]:

- Physiologische und psychologische Komponenten werden als prinzipiell gleichzeitige und gleichwertige Faktoren integriert.
- Somatische und/oder psychologische Erklärungsmodelle werden als komplementäre statt als alternative Konzepte verstanden.
- Psychische Faktoren werden nicht als psychopathologische Veränderungen interpretiert.

Die Grundlagen für ein biopsychosoziales Schmerzmodell waren damit geschaffen. Verhalten, Kognitionen und Emotionen, aber auch die sozialen Faktoren – Beruf, Familie, Mitmenschen – wurden als Einflussgrößen erkannt.

Die Entwicklung von Schmerzdiagnosen

Die Voraussetzung für jede Therapie ist eine Diagnose. Sie sollte nach möglichst eindeutigen Kriterien gestellt werden, mit denen die entscheidenden Merkmale einer Erkrankung oder Störung erfasst sind. Fortschritte in der Behandlung von Krankheiten sind nur möglich,

wenn spezifische Klassifikationen und somit Diagnosen vorliegen. Zuverlässige Diagnosen sind eine Grundlage für wissenschaftlichen Fortschritt: Studien setzen voraus, dass die untersuchten Patientengruppen korrekt klassifiziert werden können und hinsichtlich ihrer Symptomatik vergleichbar sind. Darüber hinaus sind diagnostische Klassifikationen und ihre Begrifflichkeiten für Behandler, Patienten und deren Bezugspersonen mit Konnotationen verbunden, die weitreichenden Folgen für die Bewertung von Beschwerden haben (Tab. 2).

Die jeweils dominierenden Schmerzkonzepte einer klinisch-wissenschaftlichen Periode finden ihren Niederschlag in den verwendeten und wechselnden Diagnosen. Für Rückenschmerzen beispielsweise finden sich Phasen, in denen die Bandscheibe in den Vordergrund rückt („*Dynasty of the disc*“, [26]), abgelöst vom engen Spinalkanal und Wirbelgleiten als vorherrschende Ätiologie. Auch in der Zahnmedizin finden sich vergleichbare Trends, bei denen zur Erklärung von Myoarthropathien beispielsweise Aspekte der Okklusion im Vordergrund standen oder zunehmend muskuläre Funktionsstörungen. Mit der Einführung der Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD; [6]) im Jahre 1992 bzw. der Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD; [23]) im Jahr 2014 wurden zusätzlich psychologische Aspekte mit einbezogen.

Monokausale somatische Zuschreibungen reduzieren Schmerz auf pathologische Befunde. Dabei besteht die Gefahr von Unterdiagnostik, sowohl hinsichtlich psychischer als auch körperlicher Faktoren. Übersehen wird dabei, dass selbst eindeutig körperlich verursachte Krankheiten zu psychischen Belastungen führen, die wiederum das Erleben und die Bewertung der Symptomatik beeinflussen. Die Ausprägung von Symptomen bei Erkrankungen wie Diabetes, kardiologischen und Atemwegserkrankungen hängt mit Stimmungen und Ängsten ebenso eng zusammen wie mit objektiven physiologischen Parametern einer Erkrankung. Es handelt sich nicht um ätiologische psychische Faktoren, sondern um Faktoren, die für die Verarbeitung von Belastungen wesentlich sind [13].

Klassifikation und Indikationsstellung für Behandlungen
Grundlage für wissenschaftliche Studien
Schnelle Kommunikation im klinischen Alltag
Kommunikation mit und zwischen Patientinnen und Patienten und ihren Bezugspersonen
Erlösrelevanz in einem Versorgungssystem, bei dem Diagnosen Ausgangspunkt für abrechenbare Behandlungen sind.
Konzentrat aus Forschungsergebnissen, klinischen Erfahrungen und konzeptionellen Entwicklungen

Tabelle 2 Bedeutungen/Funktionen von Diagnosen

Table 2 Meanings/functions of diagnoses

Ein weiteres Problem ist die fehlende Spezifität auch vermeintlich pathologischer somatischer Befunde: „Degenerative“ Veränderungen der Wirbelsäule und Bandscheibenvorfälle oder Knacken der Kiefergelenke finden sich erstaunlich häufig bei völlig beschwerdefreien Menschen.

Diagnostische Klassifikation in ICD und DSM

Ein entscheidender Schritt zur Standardisierung von Diagnosen und Reduktion der begrifflichen Vielfalt von Diagnosen und Befunden war die Einführung der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ICD; [5]). Ursprünglich als System zur Erfassung von Todesursachen konzipiert, leistete sie wichtige Dienste in der epidemiologischen Forschung und für die Prävention, Diagnostik und Behandlung tödlicher Krankheiten. Die erste Fassung wurde 1900 von der französischen Regierung herausgegeben. Seit der 6. von der WHO nach dem Zweiten Weltkrieg herausgegebenen Fassung wird die Systematik um solche Krankheiten und Krankheitsursachen erweitert, die nicht zum Tode führen. Erstmals enthielt die 6. Version auch ein Kapitel zu psychischen Störungen. Schmerz war weder im somatischen Teil noch bei den psychischen Störungen eine eigenständige Kategorie, sondern wurde den jeweils als Ursache bekannten oder vermuteten Krankheiten zugeordnet, als „Schmerz

bei ...“ oder „Schmerz durch ...“ formuliert. In der 8. Version wurde schließlich für nicht eindeutig somatisch erklärbare Schmerzen die Diagnose „Psychalgie“ eingeführt.

1986 wurde in die 9. Fassung die Diagnose „Psychogenes Schmerzsyndrom“ aufgenommen, durch den der Begriff „Psychalgie“ ersetzt wurde. Eingangskriterium für diesen Kode war der Ausschluss plausibler somatischer Faktoren. Für Kliniken und vertragsärztliche Leistungen wurde die Diagnosestellung nach ICD verpflichtend.

Der Zuwachs an Wissen über die multifaktoriellen Ursachen chronischer Schmerzen und die Kritik an der unspezifischen Kategorisierung und stigmatisierenden Terminologie resultierten in einer weiteren Überarbeitung auch der für Schmerz relevanten Diagnosen: Mit Einführung der ICD-10 [5] werden die Begriffe „psychosomatisch“ und „psychogen“ nicht mehr verwendet. Stattdessen wurde der Begriff „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ mit dem Kode F45.4 eingeführt. Diese Diagnose war bis 2009 eine der wenigen Kodiermöglichkeiten für Schmerzen mit Verdacht auf eine wesentliche psychische Beteiligung. Anstatt das Syndrom korrekterweise biopsychosozial zu charakterisieren, wurde weiterhin die Psychogenese in den Vordergrund gestellt. Eingangskriterium war auch weiterhin das Fehlen plausibler somatischer Befunde. Die F45.4 bildete nur unzureichend die komplexen Faktoren und unseren wissenschaftlichen Kenntnisstand ab. Sie stigmatisiert zudem [2, 4] und stieß bei Forschern, Klinikern und Patienten auf Ablehnung [17, 18]. Im nordamerika-

Jahr	ICD-Fassung	Bezeichnung	DSM-Fassung	Bezeichnung
1965	ICD-8	Psychalgie		
1980			DSM-III	Psychogenes Schmerzsyndrom
1986	ICD-9	Psychogenes Schmerzsyndrom		
1987			DSM-III-R	Somatoforme Schmerzstörung
1990	ICD-10	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung		
1994			DSM-IV	Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen Faktoren wie einem medizinischen Krankheitsfaktor
2009	ICD-10 GM	Chronischer Schmerz mit somatischen und psychischen Faktoren		
2013			DSM-5	Somatische Belastungsstörung
2018	ICD-11	Chronischer Schmerz		

Tabelle 3 Versuche einer Benennung des chronischen Schmerzes zwischen den Jahren 1965 und 2018

Table 3 Attempts to name chronic pain between 1965 and 2018

(Tab. 1–3: P. Nilges)

nischen Raum wurde die Diagnose „somatoform“ schlichtweg gar nicht verwendet [14].

Die ICD erfasst sowohl körperliche Erkrankungen als auch im Kapitel F psychische Störungen. Als Konkurrenz zur ICD wurde spezifisch nur für psychische Störungen von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association) das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM) entwickelt. Von psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken, Ambulanzen und Ausbildungsinstituten wird dieses System, das inzwischen in der 5. Auflage vorliegt, häufig parallel genutzt [9]. Dessen Definitionen und Kriterien können mit strukturierten klinischen Interviews überprüft werden. Demgegenüber hat die ICD eher den Charakter eines terminologischen Kataloges. Das DSM wurde aufgrund seiner Differenziertheit und Reliabilität in der Forschung bevorzugt und wird schneller den wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst. Eine entscheidende Veränderung war ab der 4. Fassung der weitgehende Verzicht auf ätiologische Vorannahmen. Diagnosen und damit auch Schmerzdiagnosen werden deskriptiv und nicht wertend formuliert. Nicht mehr verwendet wurde ab 1994 mit der

4. Fassung die Bezeichnung „somatoform“. Ebenfalls verzichtet wurde auf die Eingangsvoraussetzung „fehlende somatische Befunde“. Dem Begriff „somatoforme Schmerzstörung“, der noch in der 3. revidierten Fassung des DSM und in der ICD-10 verwendet wurde, entsprach die „Schmerzstörung mit psychischen Faktoren“. Neu eingeführt schließlich wurde die „Schmerzstörung mit sowohl Psychischen Faktoren wie einem Medizinischen Krankheitsfaktor“. Dieser Kode 307.89 konnte auch vergeben werden, wenn eindeutige körperliche Ursachen für chronische Schmerzen bestanden, psychische Faktoren aber gleichzeitig eine wichtige und behandlungsrelevante Rolle für die Aufrechterhaltung oder Verstärkung der Beschwerden spielen. Erstmals wurde damit eine das biopsychosoziale Schmerzmodell abbildende Diagnose in ein Klassifikationssystem aufgenommen. Es gab kein entsprechendes Pendant in der ICD-10, hier musste weiterhin der zu eng gefasste Diagnose-Kode F45.4 vergeben werden.

Diese grundlegende Revision im DSM-IV geht auf eine bereits 1990 beschlossene Initiative der IASP unter Verantwortung von Harold Merskey zurück [17]. Die Deutsche Schmerzgesellschaft (früher Deutsche Gesellschaft zum Stu-

dium des Schmerzes) hat als deutsche Sektion der IASP diese Initiative federführend für die Revision der ICD fortgesetzt. Beteiligt wurden an diesem Prozess Expertengruppen unterschiedlicher medizinischer Fachgesellschaften [20]. Neu in die deutsche Version der ICD-10 wurde 2009 die Diagnose „Chronischer Schmerz mit somatischen und psychischen Faktoren“ aufgenommen. Dazu wurde der Kode F45.4 geteilt in die weiterhin geltende „Somatoforme Schmerzstörung“ mit der Kodierung F45.40 und den neuen Kode F45.41. [5, 19]. Mit dieser Schmerzdiagnose werden in der ICD-10 somatische und psychische Faktoren nicht wie bisher üblich separiert, sondern integriert. Grund war, dass viele betroffene Patienten unter chronischen Schmerzsyndromen leiden, ohne dass eine adäquate Diagnose dieses Leiden sowie den schmerzspezifischen Behandlungsbedarf abgebildet hätte. Mit der Kodierung F45.41 wurde auch als Schlussfolgerung des aktuellen Evidenzstandes eine Schmerzdiagnose in die ICD-10 GM aufgenommen, die das Schmerzerleben als multidimensionale Erfahrung in den Vordergrund stellen, anstatt einseitige biologische oder psychologische Schmerzmodelle überzubetonen. Für die ICD ist diese Diagnose eine „Weltneuheit“; im DSM ist sie

bereits seit über 20 Jahren enthalten (Tab. 3).

Die derzeit weltweit vollzogenen Revisionen der Schmerzdiagnosen im DSM-5 und in der am 18.6.2018 veröffentlichten ICD-11 orientieren sich an der wissenschaftlichen Entwicklung, die zu diesem Wechsel unseres Schmerzverständnisses führten. Im DSM-5 ist chronischer Schmerz eine Form der somatischen Belastungsstörung [9]. Das Kriterium „fehlende somatische Faktoren“ wurde als zu unwissenschaftlich gestrichen. Psychische Faktoren müssen „positiv“ diagnostiziert werden als exzessive Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen bezüglich der somatischen Symptome oder damit einhergehender Gesundheitssorgen. In der ICD-11 schließlich ist Chronischer Schmerz eine eigenständige Diagnose, die Beschreibung entspricht dem biopsychosozialen Konzept und bildet die Grundlage für interdisziplinäre Forschung, Diagnostik und Behandlung.

„Zum Glück setzt sich mehr und mehr das Konzept durch, dass sich periphere und zentrale Schmerzmechanismen gegenseitig

beeinflussen und so gemeinsam – mit unterschiedlicher Gewichtung bei einzelnen Patienten – das Schmerzgeschehen bestimmen.“ [24].

Auch wenn damit chronischem Schmerz ein seiner Bedeutung angemessener Platz eingeräumt wird, bestehen weiterhin wissenschaftliche und konzeptionelle Probleme. Unbefriedigend ist die Unschärfe des Begriffs „chronisch“: Die Diagnose „chronisch“ setzt nach ICD-11 Schmerz von 3 Monaten Dauer voraus. Mit der bloßen Zeitdauer sind jedoch nicht automatisch die inzwischen mit dem Begriff „chronisch“ konnotierten Einschränkungen und psychischen Belastungen verbunden. Eindeutiger wären die Bezeichnungen „persistierend“ für anhaltende Schmerzen ohne klinisch relevante Konsequenzen und chronisch für Schmerzen, auf die die Kriterien einer Belastungsstörung nach DSM-5 bzw. ICD-11 zutreffen.

Während medizinische und psychologische Aspekte inzwischen für chronischen Schmerz als relevant akzeptiert sind, fehlt in der Behandlungsrealität ein wichtiger Faktor. Deshalb wurde eine Er-

weiterung der Schmerzdefinition vorgeschlagen, in der auch soziale Faktoren explizit aufgenommen wurden: „Pain is a distressing experience associated with actual or potential tissue damage with sensory, emotional, cognitive, and social components.“ [28, S. 2420]. Eine konsequente Umsetzung dieser Definition in der Diagnostik erfordert eine Erweiterung der Kriterien um soziale Merkmale. Damit wäre dann auch in der Diagnose chronischer Schmerz das bio-psycho-soziale Modell vollständig abgebildet. D77

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Paul Nilges
Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Klinische Psychologie
Weiterbildungsstudiengang
Psychotherapie
nilges@uni-mainz.de

Literatur

1. Blumer D, Heilbronn M: Chronic pain as a variant of depressive disease. The pain-prone disorder. *Nerv Ment Dis* 1982; 170: 381–406
2. Crombez G, Beirens K, Van Damme S, Eccleston C, Fountain J: The unbearable lightness of somatisation: a systematic review of the concept of somatisation in empirical studies of pain. *Pain* 2009; 145: 31–35
3. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S et al.: Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health surveys. *Pain* 2007; 129: 332–342
4. De Ruddere L, Craig KD: Understanding stigma and chronic pain: a state-of-the-art review. *Pain* 2016; 157: 1607–1610
5. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, Graubner B (Hrsg.): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10-GM 2017. Deutscher Ärzteverlag, Köln 2017
6. Dworkin SF, LeResche L: Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: review, criteria, examinations and specifications, critique. *J Craniomand Disord Facial Oral Pain* 1992; 6: 301–355
7. Engel GL: „Psychogenic“ pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 1959; 26: 899–918
8. Engel GL: Primary atypical facial neuralgia. *Psychosom Med* 1951; 13: 375–396
9. Falkai P, Wittchen HU (Hrsg.): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2. korrig. Aufl., Hogrefe, Göttingen 2018
10. Glaser M: Atypical neuralgia, so called. A critical analysis of one hundred and forty-three cases. *Arch Neurol Psychiatry* 1928; 20: 537–558
11. Hoffmann SO, Hochapfel G: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 6. Aufl., Schattauer, Stuttgart 1999
12. International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy: Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain Suppl* 1986; 3: S1–S226
13. Katon W, Lin E HB., Kroenke K: The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 147–155
14. Levenson JL: The somatoform disorders: 6 characters in search of an author. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34: 515–524
15. Magni G, Merskey H: A simple examination of the relationship between pain, organic lesions and psychiatric illness. *Pain* 1987; 29: 295–300
16. Melzack R, Wall PD: Pain mechanisms: A new theory. *Science* 1965; 150: 971–979
17. Merskey H: Pain disorder, hysteria or somatization? *Pain Res Manag* 2004; 9: 67–71
18. Merskey H: Somatization: or another god has failed. *Commentary. Pain* 2009; 145: 4–5
19. Nilges P, Rief W: F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Eine Kodierhilfe. *Schmerz* 2010; 24: 209–212
20. Rief W, Zenz M, Schweiger U, Rüddel H, Henningsen P, Nilges P: Redefining (somatoform) pain disorder in ICD-10: a compromise of different interest groups in Germany. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21: 178–181
21. Rugh JD, Solberg WK: Psychologische Aspekte bei Schmerzen und Dysfunktion des Kiefergelenks. In: Zarb GA,

- Carlsson GE (Hrsg.): Physiologie und Pathologie des Kiefergelenks. Quintessenz, Berlin 1985, 267–300
22. Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV. Hogrefe, Göttingen 1996.
23. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E et al.: Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. J Oral Facial Pain Headache 2014; 28: 6–27
24. Schmelz M: Chronische Schmerzen: Interaktion zwischen somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Schmerz 2017; 31: 551–552
25. Traue HC, Nilges P: Psychologische und psychobiologische Grundlagen von Schmerz. In: Baron R, Koppert W, Strumpf M, Willweber-Strumpf A (Hrsg.): Praktische Schmerzmedizin: Interdisziplinäre Diagnostik – Multimodale Therapie. Springer, Berlin 2018, 1–13
26. Waddell G: 1987 Volvo award in clinical sciences. A new clinical model for the treatment of low-back pain. Spine 1987; 12: 632–644
27. Wall PD: Pain. The science of suffering. Weidenfels & Nicolson, London 1999
28. Williams AC, Craig KD: Updating the definition of pain. Pain 2016; 157: 2420–2423
29. Zimmermann M: Zur Geschichte des Schmerzes. In: Zenz M, Jurna I (Hrsg.): Lehrbuch der Schmerztherapie. 2. Aufl., Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 2001, 3–24

GESELLSCHAFT / SOCIETY

DGZMK / GSDOM

Tagesordnung der DGZMK- Hauptversammlung 2018

Freitag, den 9. November 2018, 17:30 Uhr, Congress Centrum Frankfurt,
Ludwig-Erhard-Anlage 1, 60327 Frankfurt am Main, Raum Conclusio 2

- I. Genehmigung der Tagesordnung**
- II. Bericht des Präsidenten über das abgelaufene Geschäftsjahr**
- III. Bericht des Vizepräsidenten**
- IV. Bericht des Generalsekretärs**
- V. Bericht des APW Vorsitzenden**
- VI. Bericht der Kassenprüfer**
- VII. Entlastung des Vorstandes**
- VIII. Genehmigung des Haushaltsplanes 2019**
- IX. Wahlen**
Wahl der Kassenprüfer
- X. Beschlussfassung über eingegangene Anträge**
- XI. Sonstiges**

Die Mitglieder der DGZMK werden höflich gebeten, ihren Mitgliedsausweis bei der Saalkontrolle vorzuzeigen, ggf. ist ein Ersatzbeleg im Tagungsbüro der DGZMK bis Freitag, den 09.11.2018, 13:00 Uhr anzufordern. Ein Einlass ohne Ausweis ist leider nicht möglich.



Düsseldorf, den 01.10.2018
Prof. Dr. Michael Walter
Präsident der DGZMK