

Christian Poser
Dr. med.

Das Erklärungsmodell von Patienten mit funktionellen/ somatoformen Beschwerden in der Hausarztpraxis
Der Zusammenhang von Kausalattributionen und Krankheitswahrnehmung mit der Beschwerdekongstellatlon und dem Krankheitsverhalten

Fach: Klinische Psychosomatik
Doktorvater: Prof. Dr. med. Rainer Schäfert

Hintergrund: Patienten mit funktionellen/ somatoformen Körperbeschwerden (FSK) zeichnen sich durch multiple Körperbeschwerden sowie eine hohe psychische Komorbidität aus und neigen zur Chronifizierung. Der Hausarzt ist die primäre Anlaufstelle. Hier zeigt sich eine hohe Prävalenz von 10-20%. Die Diagnostik wie auch der Umgang mit diesen Patienten stellt die Behandler auf Grund der Komplexität und der hohen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vor besondere Herausforderungen. Das dieser Arbeit zugrunde liegende Erklärungsmodell beschreibt die vom Patienten präsentierten körperlichen und psychischen Beschwerden (Beschwerdekongstellatlon), die damit verbundene Krankheitswahrnehmung sowie Kausalattributionen und Krankheitsverhalten. Das Erklärungsmodell ist bei Patienten mit FSK relevant, da diese eine negative Krankheitswahrnehmung, teilweise inkonsistente Kausalattributionen und ein auffälliges Krankheitsverhalten im Sinne vermehrter Inanspruchnahme des Gesundheitswesens aufweisen.

Zielsetzung und Fragestellung: Ziel der vorliegenden Arbeit war die differenzierte Analyse des Erklärungsmodells von Patienten mit FSK hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dimensionen Beschwerdekongstellatlon, Krankheitswahrnehmung, Kausalattribution und Krankheitsverhalten. Als Gesamtmodell sollten die stärksten Korrelate einer negativen Krankheitswahrnehmung bestimmt werden.

Methode: Die Daten dieser Dissertation wurden im Rahmen des Projektes FUNKTIONAL bei 32 Hausärzten im Rhein-Neckar-Raum erhoben. In die Studie wurden Patienten mit erhöhtem Beschwerdedruck (PHQ-15 ≥ 10) und/ oder relevanter Krankheitsangst (WI-7 ≥ 4) sowie der hausärztlichen Diagnose einer funktionellen/ somatoformen Störung aufgenommen. Gemessen wurden körperliche Symptomschwere (PHQ-15), Depressivität (PHQ-9), Krankheitsangst (WI-7), Ängstlichkeit (PHQ-Angstmodul) und Krankheitswahrnehmung (IPQ-R). Die als Freitext angegebenen Kausalattributionen wurden in ein Kategoriensystem eingeordnet, welches theoriegeleitet wie auch induktiv entwickelt wurde. Zur Erfassung des Krankheitsverhaltens diente ein vom FUNKTIONAL-Team

entwickelter Fragebogen. Die stärksten Korrelate einer negativen Krankheitswahrnehmung wurden mittels multipler linearer Regression ermittelt.

Ergebnisse: Von den 4087 registrierten Patienten nahmen 1653 an der Untersuchung teil. Die Prävalenz von FSK in dieser Untersuchung betrug 8,8% (145 Patienten). Diese Patienten waren vorwiegend älter, vermehrt weiblichen Geschlechts, hatten eine relativ niedrige Schulbildung und waren seltener berufstätig. Am häufigsten gaben sie mit 43% biopsychosoziale Kausalattributionen an, gefolgt von psychosozialen (33%) und rein organischen (24%). Die Patienten zeigten eine deutlich erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ausgeprägtere Krankheitsängste korrelierten mit vermehrt negativer emotionaler Repräsentation und geringerem Kohärenzerleben. Ein biopsychosoziales Mischmodell war mit weniger Krankheitsängsten und höherem Kohärenzerleben assoziiert. Zwischen den Dimensionen der Krankheitswahrnehmung und den Kausalattributionen fanden sich keine signifikanten Assoziationen. Die multiple lineare Regression identifizierte erhöhte Krankheitsängste und eine vermehrte Inanspruchnahme von Rehabilitationen als die stärksten Korrelate negativer Krankheitswahrnehmung. Das Gesamtmodell erklärte 39,8% der Varianz.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Die Diagnoserate von FSK lag mit 8,8% nur knapp unter dem auf Grund epidemiologischer Studien zu erwartenden Wert von 10-20%. Häufig konnte ein biopsychosozialer oder psychosozialer Attributionsstil bei Patienten mit FSK festgestellt werden. Es zeigte sich außerdem eine deutliche Komorbidität mit Angst und Depression. Vor allem erhöhte Krankheitsängste waren mit einem bedrohlichen Krankheitserleben und einer negativen Krankheitswahrnehmung assoziiert. Letztere zeigte starke Assoziationen mit dem Krankheitsverhalten in Form einer erhöhten Inanspruchnahme von Rehabilitationen und Arztbesuchen. Möglicherweise könnten Diagnostik und Therapie der Krankheitsangst bzw. einer negativen Krankheitswahrnehmung im klinischen Alltag zu einer Unterbrechung des Circulus vitiosus in der Entstehung und Aufrechterhaltung von FSK beitragen. Im Blickpunkt weiterer Forschung steht die Frage, ob durch ein biopsychosoziales Mischmodell, also eine Sowohl-als-auch-Haltung, die Kohärenz gestärkt und damit die Schwere der Krankheitsangst vermindert werden kann. Zudem sollte untersucht werden, inwieweit sich die Krankheitswahrnehmung durch eine Verringerung der Krankheitsangst positiv beeinflussen lässt und so eine geringere Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erreicht werden kann.