

Uta Wörner

Dr. med.

Wie bedeutsam ist die subjektive Krankheitstheorie im Kontext einer psychosomatischen Ambulanz?

Geboren am 20.10.1973 in Ebingen

Reifeprüfung am 18.06.1993 in Birkenfeld

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1994 bis WS 2001

Physikum am 20.03.1996 an der Universität Heidelberg

Klinisches Studium in Heidelberg

Praktisches Jahr in Bruchsal

Staatsexamen am 23.10.2001 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin

Doktorvater: Prof. Dr. med. W. Herzog

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, Zusammenhänge zwischen der subjektiven Krankheitstheorie und verschiedenen krankheitsrelevanten Merkmalen bei psychosomatischen Patienten zu untersuchen. Nach einer Systematisierung der subjektiven Krankheitstheorien werden diese auf Unterschiede zwischen Gruppen verschiedener Geschlechts- und Diagnosezugehörigkeit, der Behandlungserwartung sowie der Psychotherapiemotivation und –akzeptanz untersucht. Zudem wird retrospektiv der zeitliche 1-Jahres-Verlauf der subjektiven Krankheitstheorien überprüft. Anschließend wird ein hypothetisches Modell zur Vorhersage der Psychotherapieakzeptanz mit den Variablen subjektive Krankheitstheorie, psychische Ressourcen (seelische Gesundheit), Leidensdruck und den Rahmenbedingungen in der Ambulanz (Motivierung, Wärme/Verständnis, Information durch den Ambulanzarzt, Verständlichkeit und Durchführbarkeit der Therapieempfehlung) getestet.

In einer Längsschnittuntersuchung mit zwei Meßzeitpunkten wurden $n = 111$ Patienten untersucht, die im Zeitraum von Juli 1996 bis Oktober 1997 die psychosomatische Ambulanz der Ludolf-Krehl-Klinik in Heidelberg aufsuchten. Von den Patienten waren zwei Drittel weiblich und ein Drittel männlich; das Durchschnittsalter betrug 41 Jahre. Es handelt sich um eine Stichprobe mit psychosomatischem Diagnosespektrum, wobei die Diagnosen somatoforme

Störung und Anpassungsstörung vorherrschten. Insgesamt liegt bei der Stichprobe eine gute Repräsentativität für psychosomatische Patienten vor.

In der Studie kamen Instrumente zur Selbsteinschätzung zum Einsatz. Vor dem Erstgespräch in der psychosomatischen Ambulanz erhielten die Patienten einen ausführlichen Fragebogen, ferner wurden weitere personen- und krankheitsrelevante Daten im Erstgespräch erhoben. Nach einem Jahr erhielten die Patienten auf postalischem Weg erneut einen Fragebogen, außerdem wurde ein Telefoninterview zur retrospektiven Beurteilung des Erstgesprächs in der Ambulanz und der früheren und aktuellen subjektiven Krankheitstheorie durchgeführt.

Die Untersuchung ergab, daß die subjektiven Krankheitstheorien mit Merkmalen der Patienten in Beziehung stehen. So unterscheiden sich generell die subjektive Krankheitstheorien bei Männern und Frauen – Männer weisen häufiger eine somatische Krankheitstheorie auf. Aus der Sicht des Patienten seelisch bedingte Störungen gehen mit psychisch orientierten (biopsychosozialen) Krankheitstheorien einher, während die Diagnose somatoforme Störung meist mit einer somatischen Ursachenannahme der Krankheit verknüpft ist. Auch die Bereitwilligkeit, die psychosomatische Ambulanz aufzusuchen, ist eng mit der subjektiven Krankheitstheorie verknüpft. So suchen Patienten mit biopsychosozialen Krankheitstheorien die Ambulanz wesentlich bereitwilliger auf als Patienten mit somatischer Krankheitstheorie. Bei der retrospektiven Betrachtung des zeitlichen Verlaufs der subjektiven Krankheitstheorien über ein Jahr konnte ein positiver Wandel festgestellt werden; nach einem Jahr weisen mehr Patienten eine biopsychosoziale subjektive Krankheitstheorie auf als zu Beginn der Studie. Allerdings ist diese Veränderung nicht abhängig von der Durchführung einer als indiziert angesehenen Psychotherapie. Die Therapiemotivation und Therapieakzeptanz sind nicht durch die subjektive Krankheitstheorie vorhersagbar, wobei dieses Ergebnis auch durch die spezifischen Erwartungen der Patienten an die psychosomatische Ambulanz zu erklären ist. Von den meisten Patienten wird keine Therapieempfehlung durch das Gespräch in der psychosomatischen Ambulanz erhofft, sondern eine Aussprachemöglichkeit, die auch gegeben wird. Die Psychotherapieakzeptanz ist also nicht durch die subjektive Krankheitstheorie vorhersagbar. So läßt sich die Psychotherapieakzeptanz sehr gut durch den subjektiven Leidensdruck und die Selbstaktualisierung als Ausdruck seelischer Gesundheit vorhersagen, aber auch durch die motivierenden Rahmenbedingungen in dem Erstgespräch der Ambulanz. Dies zeigt die Wichtigkeit der Stärkung der eigenen Ressourcen in der Ambulanz auf, aber auch die Chance der Förderung der Psychotherapieakzeptanz durch eine gute Motivierung des Patienten im Erstgespräch.

Dieses Ergebnis hat eine hohe Relevanz beim Transfer in die praktische Tätigkeit der psychosomatischen Ambulanz.