

Klaus Hornig

Die Bedeutung einer psychosozialen Subtypisierung für den Verlauf der Ankylosierenden Spondylitis (Morbus Bechterew). Eine 5-Jahres-Katamnese

Geboren am 23.04.1967

Reifeprüfung am 14.06.1991

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1991/92 - WS 1998/99

Physikum am 27.08.1993 an der Universität Heidelberg

Klinisches Studium in Heidelberg

Praktisches Jahr im Kreiskrankenhaus Schwetzingen akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg

Staatsexamen am 22.10.1998 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Psychosomatik

Doktorvater. PD Dr. med Wolfgang Eich

Die hier vorliegende Follow-up Studie beschäftigt sich mit den von Eich und Fischer vor fünf Jahren erzielten Ergebnissen aus ihren Arbeiten zur Psychosomatik der Ankylosierenden Spondylitis (AS).

Die Ankylosierende Spondylitis ist eine chronisch entzündliche Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis. Bevorzugt befallen sind Gelenke der Wirbelsäule, es können aber auch andere Gelenke des Körpers mit in den Krankheitsverlauf einbezogen sein. Die Krankheit manifestiert sich meist schon in jungen Jahren (bevorzugt zwischen dem 20.-30. Lebensjahr).

Eich konnte in ein somatopsychosomatisches Modell entwickeln, aus dem hervorgeht, daß sich die bisher einheitlich somatisch gesehenen AS-Patienten durch psychosoziale Faktoren in drei Gruppen aufgliedern lassen. Grundlage für diese Zuordnung war das Narzißmusinventar nach Deneke.

Wir rekrutierten 63 der schon 1991/92 von Eich und Fischer untersuchten 67 AS-Patienten.

Ziel der Untersuchung war die Prüfung und Bestätigung des prädiktiven Wertes des somatopsychischen Modells, welches die AS-Patienten in drei verschiedene Subtypen einteilt. Dazu lehnten wir uns mit unseren Erhebungsinstrumenten an die Vorstudie an. Eingesetzt wurden Visuelle Analogskalen zur Beschreibung der Schmerzintensität, Klageschmerzfragebogen, die Schmerz-Adjektiv Liste von Stein und Mendl, eine Laboruntersuchung zur Ermittlung der entzündlichen Aktivität (BSG und CRP) sowie eine körperliche Untersuchung zur Dokumentation der Funktionsparameter (Schober, Ott, Fingerbodenabstand und der Atemexkursion). Zusätzlich zu den ermittelten Parameter führten wir ein semistrukturiertes Interview mit den Patienten.

Zweites Ziel war eine bessere Beschreibung der psychologischen Subtypen durch weitere testpsychologische Fragebögen (Allgemeine Depressionsskala von Hautzinger & Bailer, Funktionsfragebogen Hannover von Raspe, Gießener Beschwerdebogen von Brähler & Scheer, Profil der Lebensqualität chronisch Kranker von Siegrist, Broer & Junge, Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme von Horowitz, Strauß & Kordy, NEO Fünf Faktoren Inventar von Borkenau & Ostendorf).

Die Ermittlung der exakten Anzahl der Krankenhaustage und Arbeitsunfähigkeitstage mit Hilfe der Krankenkassen, sollte zusätzlich eine objektive und vergleichbare Evaluierung der Behandlungsinanspruchnahme erbringen.

Das Modell einer psychosomatischen Subtypisierung der AS-Patienten hat sich in Teilen bewährt. Hierbei ist vor allem die Identifikation des „psychosomatischen“ Regulationstyps

von Interesse. Die „psychosomatischen“ Regulierer entsprechen im Vergleich zu dem ansonsten stabilen Bechterew-Kollektiv einer Patientengruppe mit niedriger Krankheitsaktivität, aber beträchtlich eingeschränkter Funktion. Sie fallen durch einen besonders ausgeprägten Leidensdruck, stark krankheitsbezogenen Ängsten und hohes Vermeidungsverhalten auf. Diese Patientengruppe könnte einer zusätzlichen Therapie auf psychosomatischer Grundlage zugeführt werden. Vor allem die Kombination von Entspannungsverfahren, Verhaltenstherapie und kognitiver Therapie wäre als ein wirksamer Interventionsansatz zu bewerten. Dabei sollte die Verhaltenstherapie auf die Verstärkung aktiver Auseinandersetzungsformen (wodurch einer drohenden Niedergeschlagenheit und Passivität entgegengewirkt werden soll) zielen, die kognitive Kontrolle auf die Bewußtmachung der objektiv bestehenden Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Situation.

Nicht bestätigt hat sich die Annahme, daß man den Verlauf der Entzündungskonstellation bzw. der körperlichen Funktion durch die Kenntnis der psychologischen Cluster vorhersagen kann.

Allerdings ist der Verlauf der Gesamtbefindlichkeit und Lebensqualität der Patienten besser abzuschätzen und zu berücksichtigen, wenn man den psychologischen Typ des Patienten kennt. Daraus ergibt sich die Konsequenz, daß man in Kenntnis des psychologischen Typs neben einer klinischen Therapie unterschiedlich auf die Patienten zugegangen werden sollte. So sollte man Patienten aus der Gruppe des „adaptierten“ Regulationstyps konkret informierend begleiten, um dessen adäquaten Umgang mit der Krankheit aufrecht zu erhalten. Patienten des „narzißtischen“ Regulationstyps bedürfen einer supportiven und entlastenden Intervention sowie einer empathischen Behandlung. Der „psychosomatische“ Regulationstyp braucht bei andauernder Störung der Selbstwertregulation sicher eine psychosomatische, wenn nicht psychotherapeutische Behandlung.

Abschließend kann festgestellt werden, daß es gelungen ist, psychosomatische und rheumatologische Erkenntnisse zusammenzuführen. Die Ergebnisse regen zu einer Berücksichtigung psychologischer Faktoren beim Verständnis und der Behandlung der Ankylosierenden Spondylitis an.