

Aus dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg

Vorstand: Professor Dr. med. Dr. phil. Hermann Lang

**Retrospektive Untersuchung über psychische und
körperliche Langzeitbeeinträchtigungen bei Patienten
nach Guillain-Barré-Syndrom**

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von

Franziska Möller-Schmidt

aus Hagen

Würzburg, Februar 2002

Referent: Prof. Dr. med. H. Weiß

Korreferent: Prof. Dr. med. K. Reiners

Dekan: Prof. Dr. med. V. ter Meulen

Tag der mündlichen Prüfung: 11.12.2002

Die Promovendin ist Ärztin.

Meiner Mutter
und
Carsten
in Liebe und Dankbarkeit

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	1
II. Theoretische Grundlagen zum Guillain-Barré-Syndrom (GBS)	2
II.1 Das Krankheitsbild der Polyradikulitis Guillain-Barré	2
II. 2 Psychische Veränderungen während der Erkrankungsphase bei Patienten mit akutem GBS	13
II.3 Psychische Veränderungen in Langzeitbeobachtungen	16
II.4 Zum Krankheitsbild der posttraumatischen Belastungsstörung	18
III. Fragestellung der vorliegenden Untersuchung.....	21
IV. Material und Methodik	22
IV.1. Einschlußkriterien	22
IV.2. Interview	23
IV.3. Weitere Befragungsinstrumente.....	24
IV.4. Körperliche Befunde	24
IV.5 Statistische Auswertung	28
V. Ergebnisse	29
V.1. Beschreibung des Patientenkollektivs	29
V.2. Neurologische Befunde	34
V.3 Psychische Veränderungen.....	36
V.3.1 Verminderte seelische Belastbarkeit	38
V.3.1.1 Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit von neurologischen Symptomen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung.....	39
V.3.1.2 Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit von neurologischen Symptomen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung -	41
V.3.1.3 Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit von der Beatmungsnotwendigkeit	43
V.3.1.4 Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit vom Nachuntersuchungszeitraum.....	44

V.3.2. Vermehrte Stimmungsschwankungen	45
V.3.2.1 Vermehrt Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit von neurologischen Symptomen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung.....	46
V.3.2.2 Vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit von neurologischen Ausfällen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung	48
V.3.2.3 Vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit von der Beatmungs-notwendigkeit	50
V.3.2.4 Vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit vom Nachuntersuchungszeitraum.....	51
V.3.3. Depressivität	52
V.3.3.1. Depressivität in Abhängigkeit von neurologischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung	53
V.3.3.2 Depressivität in Abhängigkeit von neurologischen Symptomen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung.....	54
V.3.3.3 Depressivität in Abhängigkeit von der Beatmungsnotwendigkeit.....	56
V.3.3.4 Depressivität in Abhängigkeit vom Nachuntersuchungszeitraum	57
V.3.4 Vergleich der in der Akutphase psychosomatisch voruntersuchten und psychosomatisch nicht betreuten Patienten bezüglich der psychischen Befunde---	59
V.3.5 Posttraumatische Belastungsstörung	62
V.4 Krankheitsverarbeitung	64
V.4.1 Angst vor einem Rezidiv, vermehrte Sorge um die Gesundheit	65
V.4.2 Größte Belastungen und Hilfen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung	66
V.4.3. Einstellung zum Leben	67
V.5 Psychosoziale Folgen	70
V.5.1 Berufliche Situation	71
V.5.2. Soziale Reintegration (Partnerschaft, Familie, Freizeit).....	72
V.5.2.1 Partnerschaft.....	72
V.5.2.2 Familie	73
V.5.2.3 Freizeitgestaltung	74

VI. Diskussion und Schlussfolgerungen	76
VI.1. Körperliche Befunde	77
VI.2. Psychische Befunde	77
VI.3. Soziale Reintegration	80
VI.4. Krankheitsverarbeitung	82
VI.5. Methodenkritik und Schlussfolgerungen	84
VII. Zusammenfassung.....	86
VIII. Literaturverzeichnis	89
IX. Anhang.....	99

I. Einleitung

1899 beschrieb O. Landry erstmals eine akute Entzündung der peripheren Nerven und Nervenwurzeln mit der Folge einer aufsteigenden Paralyse. Diese Polyradikuloneuritis wird heute nach Georges Guillain und Jean Alexandre Barré benannt, die diese 1916 mit André Strohl als Radikuloneuritis in einem Artikel „Sur un syndrome de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sans réaction cellulaire“ beschrieben (Guillain et al. 1916).

Als Ursache für dieses Guillain-Barré-Syndrom werden mehrere Faktoren diskutiert. So kommen sowohl virale, als auch bakterielle Infektionen oder andere Grunderkrankungen mit der Folge einer fehlgeleiteten Immunantwort in Frage, die zu Läsionen des peripheren Nervensystems führen (Toyka 1987; Behling und Furtwängler 1988; Hartung et al. 1995; Hadden et al. 2001, Toyka 1999).

Innerhalb weniger Stunden bis Tage kommt es zu meist symmetrischen Sensibilitätsstörungen und aufsteigenden Lähmungen. Darüber hinaus kann eine Beteiligung des vegetativen Nervensystems zu lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen, Atemlähmung oder Schluckstörungen führen.

Im Gegensatz zu leichteren Verlaufsformen mit nur sensiblen und leichten motorischen Ausfällen, können schwere Verlaufsformen mit einer Atemlähmung und Beteiligung der Hirnnerven zu Extremsituationen für die betroffenen Patienten führen. Diese Patienten müssen bei völlig erhaltener Funktion des Denk- und Wahrnehmungsvermögens beatmet werden, so daß ihnen die Kommunikations- und Ausdrucksfähigkeiten genommen sind und sie in eine Situation der völligen Abhängigkeit geraten.

Diese schweren Erkrankungsverläufe können zu erheblichen psychischen Beeinträchtigungen führen. Die in diese Abhängigkeit geratenen Patienten erleben oft Angst bis hin zu Panik, sind niedergeschlagen und hoffnungslos.

Es können sich psychotische Symptome manifestieren (Halluzinationen, Wahnerleben, Oneiroid) oder es kann zu Veränderungen im Körpererleben durch sensible Ausfälle kommen (Weiß et al. 1994; Lauter 1997).

In der vorliegenden retrospektiven Arbeit sollen die psychischen und körperlichen Langzeitbeeinträchtigungen nach durchgemachtem Guillain-Barré-Syndrom beschrieben werden und diese mit den neurologischen Restsymptomen in Beziehung gesetzt werden.

1994 wurden in Zusammenarbeit mit der neurologischen Universitätsklinik Würzburg 41 Patienten nachuntersucht, die 1983 bis 1994 dort wegen eines akuten GBS intensivmedizinisch behandelt wurden.

Mittels einem halbstrukturierten Interview und einer neurologischen Nachuntersuchung wurden Daten zur Krankheitsverarbeitung, psychische Befunde und Daten über die soziale Reintegration der Patienten dokumentiert, um so psychische oder soziale Langzeitbeeinträchtigungen als Krankheitsfolge zu erfassen.

II. Theoretische Grundlagen zum Guillain-Barré-Syndrom (GBS)

II.1 Das Krankheitsbild der Polyradikulitis Guillain-Barré

Ätiologie und Pathogenese

Die erstmals 1916 von Guillain, Barré und Strohl beschriebene Polyradikulitis ist eine akute, progressive Entzündung peripherer Nerven und Nervenwurzeln.

Die Ätiologie und Pathogenese dieser Erkrankung sind bisher nicht eindeutig geklärt. Es werden sowohl zellvermittelte als auch humorale Mechanismen der erworbenen Immunität diskutiert (Toyka 1999).

Die Genese scheint multifaktoriell zu sein, und eine Autoimmunreaktion auf eine Infektion könnte eine nicht unwesentliche Rolle spielen (Hadden et al. 2001, Giovannoni und Hartung 1996).

Als humoraler Faktor wird eine direkte frühe antikörperbedingte Attackierung der Myelinmembranen vermutet. Bei Patienten mit Guillain-Barré-Syndrom sind solche pathologischen Autoantikörper, die gegen eine Vielzahl von Antigenen, z. B. die Glykolipide (insbesondere GM1-Gangliosid als Zielantigen) von Myelinscheide gerichtet sind und das Komplementsystem aktivieren, gefunden worden. Dieser so genannte "membrane attack complex" kann sich in die Myelinmembran einlagern und zur Ausbildung transmembranöser Poren führen, durch die schließlich Myelinproteine abbauende Proteasen einströmen können (Hartung et al. 1995, 1996, Kloß et al. 1993).

Von Seiten der zellulären Abwehr gibt es Hinweise auf aktivierte, zirkulierende und krankheitsspezifische T-Lymphocyten als fehlgeleitete Immunantwort nach vorausgegangener Infektion oder anderen immunologischer Stimuli (Hartung et al. 1995, 1996, Sindern et al. 1996). Einerseits können diese T-Lymphocyten die Antikörperproduktion in B-Lymphocyten stimulieren oder Makrophagen über eine Typ IV Immunreaktion rekrutieren. Außerdem können die aktivierten T-Lymphocyten direkt zytotoxisch gegen Schwannzellen und Myelin wirken.

Grundsätzlich können also alle Ebenen der Immunmodulation eine Autoimmunreaktion gegen periphere Nerven auslösen und so zu einer Demyelinisierung der Nerven führen. Außerdem gibt es Hinweise, daß IgG-Antikörper im GBS-Serum die neuromuskuläre Übertragung blockieren können (Buchwald et al. 1998).

Pathogenetisch können als Ursache der fehlgeleiteten Immunantwort bakterielle (besonders *Campylobacter jejuni*, Mycoplasmen) oder virale (Epstein-Barr-Virus, Zytomegalie-Virus, HIV, Varizella-Zoster-Virus) Infektionen, insbesondere Infektionen des Magen-Darm-Kanals und des respiratorischen Systems, diskutiert werden (Kohler et al. 1987, Ropper et al. 1988, Hartung et al. 1995, Rees et al. 1995; Hadden et al. 2001).

Epidemiologie

Die akute Polyradikulitis Guillain-Barré tritt mit einer Inzidenz von 0,4-1,7 (-4,0) Fällen pro Jahr und 100000 Einwohnern auf (Alter 1990; Hughes und Rees 1997).

Es lassen sich zwei Erkrankungsgipfel festlegen. Der eine liegt im Kindes- bzw. frühen Erwachsenenalter, der zweite im Alter zwischen 50-70 Jahren (Halls et al. 1988).

Insgesamt scheinen mehr Männer (2,3/100000) als Frauen (1,2/100000) betroffen zu sein (Hughes 1990).

Eine Saisonbindung im Auftreten des klassischen GBS besteht nicht (Alter 1990; Hughes und Rees 1997).

Eine Sonderform des GBS, die akute motorische axonale Neuropathie (AMAN), tritt saisonal in Epidemien auf. Verschiedene lokoregionäre Varianten werden nach dem Verteilungstyp beschrieben (Hahn 1998; Hartung 1999) (siehe auch Symptomatik und Verlauf).

Prognose

Aufgrund der intensivmedizinischen Therapiemöglichkeiten ist die Letalität des akuten Guillain-Barré-Syndroms auf 2-6% (Ropper 1994, Hartung et al. 1994) gesunken.

Faktoren, die die Prognose ungünstig beeinflussen, sind hohes Lebensalter, rascher, schwerer Beginn der Erkrankung, Notwendigkeit zur künstlichen Beatmung und kleine Potentiale motorischer Einheiten bei der Elektromyographie (Behling et al. 1988; Winer et al. 1988; McKhann 1990; The Italian Guillain-Barré Study Group 1996).

Es ist umstritten, ob eine dem Guillain-Barré-Syndrom vorausgegangene Campylobacter-Infektion eine axonale Degeneration, einen schwereren Krankheitsverlauf, eine langsamere Regeneration und ein häufigeres Auftreten von Residuen zur Folge hat (Giovannoni und Hartung 1996; The Italian Guillain-Barré Study Group 1996, Hadden et al. 2001).

Die Prognose der akuten Polyradikulitis ist trotz des zum Teil schweren Krankheitsverlaufes insgesamt relativ gut. Bei 20% (Winer et al. 1988), anderen Quellen zufolge sogar bei bis zu 50% (Ropper 1994) der erkrankten Patienten können keine funktionsbehindernden neurologischen Residuen mehr nachgewiesen werden.

Etwa 35% behalten neurologische Defizite im Sinne einer Abschwächung der Muskeleigenreflexe, Hypästhesien oder Fußheberschwächen, zurück. 15% der Patienten sind signifikant durch schwere neurologische Defizite (definiert durch die „seven-point scale of motor function“, z. B. 7=vollständige motorische Funktion) eingeschränkt (Ropper 1994, van der Meché et al. 1992).

10% der Patienten mit neurologischen Residuen und 2-5% der Patienten mit völliger Rückbildung der Symptome erleiden ein Rezidiv (Wijdicks et al. 1990).

Ungefähr 85% der erwachsenen Patienten mit schweren Lähmungen werden wieder arbeitsfähig, davon 60% in ihrem früheren Beruf, 25% mit einer körperlich weniger anstrengenden Tätigkeit. 15% gehen später keiner regulären Arbeitstätigkeit mehr nach oder werden berentet (Dematteis 1996).

Nach Hartung et al. können bei leichten bis mittelschweren Verläufen 54% der Patienten nach 6 Monaten und 67% nach 2 Jahren wieder normale Aktivitäten ausüben. (Hartung et al.1994) Bei schweren Verläufen ist auch nach Jahren noch mit einer Defektheilung zu rechnen (Behling et al. 1988).

Symptomatik und Verlauf

Die ersten Symptome der akuten Polyradikulitis sollen in 2/3 der Fälle 1-4 Wochen nach einem viralen oder bakteriellen Infekt mit uncharakteristischen Allgemeinsymptomen (s. o.) auftreten.

Selten leiden die Patienten unter Parästhesien, meist zunächst an den Füßen bzw. an den unteren Extremitäten. In einem Teil der Fälle vorkommend und für die Erkrankung charakteristisch sind auch Schmerzen im Sinne von Myalgien und radikulären Schmerzen. Von Beginn an sind die Muskeleigenreflexe abgeschwächt oder fehlen.

Etwa gleichzeitig oder nach einigen Tagen treten als krankheitsbestimmendes Symptom symmetrische Lähmungserscheinungen auf. Diese machen sich zunächst als Schwäche der unteren Extremität proximal und/oder distal bemerkbar und erreichen nach wenigen Tagen bis zu 4 Wochen ihr Maximum.

Der Schweregrad und Verlauf der Erkrankung kann sehr unterschiedlich sein. So können Patienten nur geringe Beschwerden, wie leichte Ermüdbarkeit und uncharakteristische Mißempfindungen, aufweisen. Dies führt häufig zu Fehldiagnosen, wie z. B. derjenigen einer degenerativen Wirbelsäulenerkrankung.

Bei den meisten Patienten kommt es zu typischen, weiter aufsteigenden, schweren Paresen, die bis zu einer Tetraplegie mit Atemlähmung bei Befall der cervicalen und thorakalen Nervenwurzeln führen können. Bei Mitbeteiligung der Hirnnerven fallen eine kloßige Sprache, Schluckstörungen und Facialisparesen auf. Auch der N. trigeminus, N. vagus mot., N. accessorius und N. hypoglossus können betroffen sein, seltener die Augenmuskelnerven. Bei kaudalen Hirnnerven-Lähmungen stellt die Aspiration die größte Gefahr dar, so daß eine protektive Intubation erforderlich werden kann. Bei der in schweren Fällen fast regelhaften Mitbeteiligung des autonomen Nervensystems kommt es zu Dysregulationen des Blutdrucks, Störungen der Schweißsekretion, der Pupillomotorik und besonders der Herzfunktion.

Diese kann sowohl eine Hypotonie durch beeinträchtigte baroreflexvermittelte Modulation des Gefäßwiderstandes, als auch eine Hypertonie durch eine vermehrte sympathikotone Aktivität zur Folge haben. Unter den Herzrhythmusstörungen ist eine Sinustachykardie, die zumeist keiner Therapie bedarf, am häufigsten. Eine durch vagale Stimulation ausgelöste Bradykardie mit Gefahr der Asystolie kann eine Schrittmacheranlage bzw. medikamentöse Therapie erforderlich machen (Flachenecker et al. 2000; Hartung 1999; Flachenecker et al. 1996; Dematteis 1996; Henze 1994; Grisold et al. 1991).

Die Letalität des akuten GBS wird durch die respiratorische Insuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Infektionen und thrombembolische Komplikationen bestimmt. Aufgrund der Präventiv- und Therapiemöglichkeiten einer intensivmedizinischen Abteilung können diese vielfach erfolgreich behandelt werden (Müllges und Toyka 1997).

Nach progressiver Verschlechterung und Erreichen eines Höhepunktes, ca. 1-4 Wochen nach Beginn der Symptome, schließt sich eine Plateauphase unterschiedlich langer Dauer mit stabilem klinischen Niveau an. 73% der Patienten erreichen diese Plateauphase nach 1 Woche (98% innerhalb von 4 Wochen) (The Italian Guillain-Barré Study Group 1996).

Der Plateauphase schließt sich die Rückbildungsphase an, bei der sich die Lähmungen in umgekehrter Reihenfolge zurückbilden. Diese kann Wochen bis Monate dauern, bei einigen Patienten sogar Jahre. Unter Umständen heilt das GBS nur unvollständig ab, und es bleiben chronische Defekte.

Die Zeit bis zum Erreichen der Gehfähigkeit beträgt für alle Erkrankten im Median 85 Tage, für beatmete Patienten etwa 170 Tage (Poeck 1990; McKhann 1990).

Varianten des Guillain-Barré-Syndroms

Es gibt verschiedene Varianten des Guillain-Barré-Syndroms. Das „klassische“ GBS wird dabei als akute entzündliche demyelinisierende Polyneuropathie (AIDP) bezeichnet. Diese stellt in den westlichen Ländern mit bis zu 90% den größten Anteil dar (Hahn 1998; Hartung 1999).

Die akute motorisch-sensible axonale Polyneuropathie (AMSAN) als nächsthäufigste Variante ist durch einen meist schweren Verlauf und oft nur inkomplette Rückbildung charakterisiert. Eine saisonal und in Epidemien auftretende ausschließlich axonale Schädigung wird als akute motorische axonale Neuropathie (AMAN) bezeichnet (Griffin 1995).

Sie unterscheidet sich in ihrer Prognose nicht wesentlich vom „klassischen“ Guillain-Barré-Syndrom (Hahn 1998; Hartung 1999). Das Miller-Fisher-Syndrom stellt eine weitere Sonderform dar, die klinisch durch ausschließliche Beteiligung der Hirnnerven charakterisiert ist. Hier stehen die Ophthalmoplegie, Areflexie und Ataxie im Vordergrund (Fisher 1956; van der Meché 1994).

Bei einem symptomatischen Nadir einer Polyradikulitis nach mindestens 2 Monaten spricht man von der „Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy“ (CIDP) (Cornblath et al. 1991; van der Meché 1994). Unterschiede zum akuten GBS bestehen hinsichtlich immunologischen Befunden, Krankheitsverlauf, Prognose und Therapie (Van der Meché et al. 1997).

Diagnostik

Für die klinische Diagnose sind progrediente, symmetrische schlaffe Paresen von mindestens zwei Extremitäten und Areflexie oder zumindest erheblich abgeschwächte Muskeldehnungsreflexe zusammen mit sensiblen Störungen wegweisend (Grisold et al. 1991).

Im Liquor findet sich die typische "dissociation albumino-cytologique", das heißt eine Eiweißerhöhung bei normaler Zellzahl. Diese kann allerdings erst bis zu 2 Wochen nach Krankheitsbeginn sichtbar werden (Behlig et al. 1988; Poeck 1990; Henze 1994). Differentialdiagnostisch müssen hier vor allem Polyneuropathien anderer Ursachen, wie alkoholtoxische Polyneuropathien, Schwermetallintoxikationen, paraneoplastische Polyneuropathien, Porphyrie, Diphtherie oder die chronisch inflammatorisch demyelinisierende Polyneuropathie (CIDP), aber auch gänzlich andere Differentialdiagnosen bedacht werden. Fälschlich als GBS wurden schon z. B. das Locked-in Syndrom, eine Hirnstammenzephalitis, die akute pontine Myelinolyse, Rückenmarkskompressionen, Myasthenia gravis, Neuroborreliose, Poliomyelitis, akute Myopathien oder psychogene Körperstörungen diagnostiziert (Schmidt und Schindler 1993; Grisold et al. 1991).

Zum andern zeigen sich bei der elektrophysiologischen Untersuchung (Elektromyographie und Elektroneurographie) Störungen der Impulsleitung als Verlangsamung der Nervenleitgeschwindigkeit, im Frühstadium bereits proximal (F-Wellen). Fallen in der Nadelmyographie, als Zeichen einer axonalen Degeneration, Denervierungspotentiale auf, so ist die Prognose hinsichtlich Dauer und Besserung der Symptome schlechter (Poeck 1990; Hadden et al. 1998).

Bei schweren Krankheitsverläufen kann die Reizantwort des Muskels auf einen elektrischen Reiz völlig ausbleiben. Zum einen kann ein distaler Leitungsblock vorliegen, zum anderen kann die Reizantwort aufgrund einer axonalen Denervierung ausbleiben (Hahn 1998; Hartung 1999).

In einer Studie von Hadden et al. (1998) wurden 369 Patienten elektrophysiologisch untersucht. Es fanden sich bei 69% der Patienten demyelinisierende Veränderungen, bei 3% axonale Schädigungen der motorischen Nerven, bei 3% unerregbare („unexcitable“) motorische Nerven. 2% der Patienten hatten normale Nervenleitgeschwindigkeiten, bei 23% der Patienten wurde keine genaue Einordnung getroffen. Die Zahl der Patienten, die in den ersten 48 Wochen nach Ausbruch der Erkrankung starben oder gehunfähig wurden, war in der Gruppe der Untersuchten mit unerregbaren motorischen Nerven größer.

Eine Beteiligung des autonomen Nervensystems kann mit Hilfe verschiedener nichtinvasiver Tests nachgewiesen werden. Eine Varianzanalyse mit einer Starre der Herzfrequenz bei Expiration, Valsalva oder Bulbusdruckversuch belegt eine autonome Beteiligung (Flachenecker et al. 1996, 1997, 2000).

Schließlich kann eine Nervenbiopsie, z. B. des N. suralis, weitere diagnostische Hinweise liefern. Sie zeigt eine segmentale Demyelinisation mit zum Teil totaler Axonunterbrechung (Schmidt et al. 1996).

Pathologisch-anatomisch finden sich als Zeichen der Demyelinisierung sogenannte "Zwiebelschalenformationen", bei chronischem Verlauf endoneurale Bindegewebsvermehrung und Reduktion der Zahl großer und kleiner markhaltiger Nervenfasern als Substrat des axonalen Untergangs (Murray 1993).

Spezifische Therapie

Bewiesen effektiver Standard zur spezifischen Therapie eines Guillain-Barré-Syndroms ist die Plasmapherese. Je früher dabei mit dieser Behandlung begonnen wird, desto effektiver scheint sie (GBS Study Group 1985, French Cooperative Group 1987, 1992). Durch Membranfiltration werden humorale Faktoren (s. o.), die für den immunpathogenetischen Prozeß beim GBS mit verantwortlich sind, aus dem Plasma entfernt (Hartung et al. 1994, 1995).

Bakteriämische Sepsis, Hypotonie und Lungenödem, sowie ein Abfall der Gerinnungsfaktoren unter der Plasmapheresebehandlung limitieren die Anwendbarkeit, ebenso eine Citrat-Unverträglichkeit.

Als Alternative zur Plasmapheresebehandlung wird die Immunadsorption (selektive IgG-Adsorption) erwogen. Hier wird das separierte Blutplasma nicht, wie bei der Plasmapherese, ersetzt, sondern durch eine Adsorbersäule gepumpt und dem Patienten reinfundiert. Daher ist sie weniger belastend (Pencz et al. 1990). Allerdings spielen beim GBS auch andere humorale Faktoren eine Rolle, die mit diesem Verfahren nicht entfernt werden.

Als andere Therapiestrategie wurde der Einsatz von Immunglobulinen untersucht. Hier zeigen hochdosierte intravenöse IVIg-Immunglobulingaben (400 mg/kg Körpergewicht/Tag über 5 Tage) eine therapeutische Effizienz (van der Merché et al. 1992, Gold et al. 1995).

Nach Hughes et al. (1997) weisen die Therapie mit Immunglobulinen, die Plasmapheresebehandlung und die Plasmapheresebehandlung gefolgt von einer intravenösen Immunglobulingabe keine relevanten Unterschiede bezüglich der Effizienz auf. In einer viel kleineren Studie allerdings schien eine Kombinationstherapie mit Immunglobulingaben und Plasmapherese bessere Heilungserfolge zu zeigen als eine Plasmapheresebehandlung allein (Haupt et al. 2000).

Der Wirkungsmechanismus der Immunglobuline beim GBS ist bislang nicht geklärt.

Eine Monotherapie mit Glukosteroiden ist nach derzeitiger Studienlage nicht gerechtfertigt (Hughes 2000). Die Wirksamkeit einer Kombinationstherapie von Corticosteroiden und Immunglobulingaben wird zur Zeit in einer randomisierten Studie untersucht (Hughes 2000).

Allgemeine Therapie

Neben diesen spezifischen Therapieformen stehen die allgemeinen und intensivmedizinischen Therapiemaßnahmen, um die Effizienz der spezifischen therapeutischen Maßnahmen zu sichern.

Bei leichten Verläufen der akuten Polyradikulitis sollten die Patienten bis zum Erreichen der Plateauphase stationär überwacht werden. Weitere Therapiemaßnahmen sind nicht erforderlich, da der Nutzen von spezifischen Therapien bei leichten Verläufen, z. B. bei alleinigem Auftreten von Kribbelparästhesien, nicht belegt ist.

Bei schweren Verläufen werden intensive Überwachung der Vitalkapazität und der Herzfrequenz notwendig. Bei Abnahme der Vitalkapazität sollte eine frühzeitige Indikation zur künstlichen Beatmung mit Überwachung durch Blutgasanalyse gestellt werden. Ebenso sollte ein passagerer Schrittmacher bei Hinweisen auf eine autonome Beteiligung appliziert werden (Hartung 1999; Müllges und Toyka 1997).

Die physiotherapeutische Behandlung und Heparinabgaben zur Thromboseprophylaxe und die Atemgymnastik zur Pneumonieprophylaxe sind, neben der Therapie und Prophylaxe von Komplikationen, selbstverständlich.

Schließlich stellt die psychologische Begleitung bei schweren Verläufen, und damit bei einer emotionalen Extremsituation der Patienten, einen sehr wichtigen Punkt dar. Diese psychologische Führung der Patienten, z. B. mit Hinweis auf Reversibilität der Erkrankung oder Hilfestellungen zu Kommunikationsmöglichkeiten während der künstlichen Beatmung, sind unerlässlich, um Depressivität und Angst entgegen zu wirken und Krankheitsbewältigungsprozesse bei Patienten (und Angehörigen) zu unterstützen (Eisendraht 1983, Schmidt-Degenhard 1992, Behling und Furtwängler 1988, Weiß 1991, Weiß et al. 1993, 1994, 1997, 2002, Wagner et al. 1994, Lauter 1997).

II.2 Psychische Veränderungen während der Erkrankungsphase bei Patienten mit akutem GBS

Das akute Guillain-Barré-Syndrom ist eine Erkrankung, die nicht nur ausgeprägte körperliche Symptome zeigt, sondern auch zu erheblichen psychischen Belastungen führt.

Die aufsteigenden Lähmungen bis hin zur Atemlähmung und Schluckstörungen mit Erstickungsangst stellen eine vitale Bedrohung dar. Da das zentrale Nervensystem nicht beteiligt ist, bleibt der Patient in seiner Denk- und Wahrnehmungsfähigkeit unbeeinträchtigt. So erlebt er das Fortschreiten der Erkrankung bei vollem Bewußtsein mit und verliert gleichzeitig, durch Lähmungen und maschinelle Beatmung, zunehmend die Möglichkeit, mit seiner Umwelt zu kommunizieren.

Erschwerend können durch Beteiligung der Hirnnerven Einschränkungen der Mimik, durch Ptosis und Doppelbilder die verminderte Fähigkeit zum Herstellen eines Blickkontaktes hinzukommen. Nur selten wurden Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens beschrieben (Pall 1987).

Durch die sensiblen Ausfälle im Sinne von Par-, Pall- und Hypästhesien mit Störungen der wesentlichen Lage- und Stellempfindungen und motorischen Defiziten reduziert sich die Wahrnehmungsfähigkeit der Patienten auf das akustische und optische System. Auch die Möglichkeit der sensiblen Wahrnehmung als Kontaktmöglichkeit wird reduziert (Schmidt-Degenhard 1986).

Somit gerät der Patient bei schwer verlaufendem, akutem GBS in eine extreme Form der Deprivation, bei der seine aktive Kommunikationsfähigkeit auf ein Minimum reduziert ist und es zu einer emotionalen Isolierung kommen kann.

Es liegen bisher nur wenige Verlaufsbeobachtungen oder Studien vor, die die psychischen Veränderungen durch die oben genannten Ausfälle darstellen.

Als psychische Störungen werden vor allem Angst, Depressionen, optische Halluzinationen, Illusionen und paranoide bzw. oneiroide Psychosen beschrieben.

Das Oneiroid beschreibt einen ätiologisch unspezifischen, traumähnlichen Zustand, der beim Guillain-Barré-Syndrom wahrscheinlich durch eine hochgradige Einengung des Wahrnehmungs- und Handlungsraumes zustande kommt, so daß eine innere Welt Vorherrschaft erlangt (Schmidt-Degenhard 1986). Das oneiroide Erleben bei panpletischen GBS-Patienten beschrieb Schmidt-Degenhard 1986. Dieses führte er 1992 weiter aus und sah dabei die oneiroide Erlebnisform als Bewältigungsversuch einer Extremsituation an, der Patienten mit dem Vollbild des akuten GBS ausgesetzt sind. Das Oneiroid stellt ein unspezifisches Syndrom dar, welches bei verschiedenen Erkrankungen auftreten kann. Mayer-Groß führte 1924 erstmals den Begriff des Oneiroids bei Patienten mit endogenen Psychosen ein. Das Auftreten des Oneiroids wird im Zusammenhang mit verschiedenen Krankheitsbildern beschrieben, so z. B. im Zusammenhang mit schizoaffektiven Psychosen, einigen Epilepsieformen oder Rauschmitteleinnahmen. Der Patient erlebt Situationen und Abläufe so real, daß er sie nicht von der Wirklichkeit unterscheiden und sich auch nicht, wie beim Aufwachen aus einem Traum, von ihnen distanzieren kann. Dabei sind die erlebten Situationen, im Gegensatz zu Halluzinationen, nicht nur flüchtig, kurz in die Realität einbrechend, sondern szenisch strukturiert. Charakteristisch ist die Hypermnesie und das episodische Auftreten der fiktiven Wirklichkeit, die als real erlebt wird. Im Gegensatz zum Wahn wird hierbei die Wirklichkeit nicht falsch interpretiert, sondern eine eigene Realität geschaffen (Wegener et al. 1995). Beim akuten GBS ist das Oneiroid neben möglichen direkten neuroimmunologischen Effekten, vor allem auch als psychodynamischer Bewältigungsversuch zu sehen.

Von Eisendrath und Mitarbeitern wurde 1983 eine Untersuchung von 8 Patienten veröffentlicht, bei denen als psychische Folgen des akuten GBS Angst, Depressionen, optische Halluzinationen und Illusionen auftraten. Dabei legte Eisendrath besonderes Augenmerk auf die Therapie dieser psychischen Störungen und die Möglichkeiten für das psychosoziale Management der Erkrankung.

Als sehr wichtig stellte er z. B. das Wissen über den Verlauf der Erkrankung, Möglichkeiten der Kommunikation und das Verhalten des Pflegepersonals heraus (Eisendrath et al. 1983).

Diese Aspekte griffen auch Behling und Furtwängler 1988 auf. Sie erwähnten ebenso depressive Störungen bei schweren Verläufen des GBS (Behling et al. 1988).

1990 veröffentlichte Weiß die Darstellung des Falles einer jungen Frau, die im Rahmen der Dekompensationserscheinungen bei einer Anorexia nervosa an einer Campylobacterenterokolitis erkrankte. In deren Folge entwickelte sich ein manifestes GBS. Als psychische Folgen der Konfliktverarbeitung dieser Extremsituation wurden Angst und Derealisationserlebnisse beschrieben (Weiß 1990).

Studien mit zunehmenden Fallzahlen folgten 1991 (Weiß 1991), 1993 (Weiß et al. 1993), 1994 (Wagner und Weiß et al. 1994) und ebenfalls 1994 (Weiß et al. 1994). Eine Studie mit der bislang größten Fallzahl folgte 1998 (Weiß 1998, Weiß et al. 2002). Aus dem gleichen Patientenkollektiv lagen 1997 die Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung zum Krankheitserleben und zu den psychischen Veränderungen bei 49 intensivbehandelten Patienten vor, die im Zeitraum 1989 bis 1995 an einem akuten GBS erkrankt waren. Hier bestätigten sich die sich bereits in den prospektiven Studien von 1991 bis 1994 tendenziell abzeichnenden Ergebnisse über psychische Belastungen. Bei den psychischen Veränderungen standen Angst (88%) und Depressivität (67%) bzw. Hoffnungslosigkeit (20,4%) im Vordergrund. Änderungen des Traumerlebens traten bei 57% , psychotische Symptome bei 25% der Patienten auf. 8% der Patienten berichteten zusätzlich über Illusionen oder Derealisationserlebnisse. Es konnte ein signifikanter Zusammenhang mit schwerer Tetraparese, maschineller Beatmung und Beteiligung multipler Hirnnerven nachgewiesen werden.

Eine frühretrospektive Untersuchung an 88 GBS-Patienten wurde 1994 von Bolgert und Mitarbeitern veröffentlicht. Bei knapp der Hälfte der Patienten (n=41) traten halluzinatorische Phänomene auf, von denen 14 als Oneiroid charakterisiert wurden.

Zusätzlich zu diesen Untersuchungen gibt es eine Reihe von Einzelzahlberichten und Krankheitsbeschreibungen, die einen Einblick in die psychische Extremsituation der GBS-Patienten aus deren Perspektive bzw. aus der Perspektive von Angehörigen oder Pflegepersonal ermöglichen (Carley 1989, Hamill 1990, Morgan 1991, Anderson 1992, Norrie 1992, Penrose 1993).

Zusammenfassend werden Angstzustände und Angstreaktionen, depressive Symptome, konversionsähnliche und psychovegetative Überlagerungen der körperlichen Symptomatik als Angst- und Depressionsäquivalente, derealisationsähnliche Erlebnisse und produktiv-psychotische Symptome im Zusammenhang mit überwältigender Angsterfahrung bei ausgeprägten Symptomen eines Guillain-Barré-Syndroms beschrieben. Dabei lassen sich einzelne Phänomene, wie z. B. die Intensivierung des Traumerlebens oder das Auftreten oneiroider Zustände, bei schwer von Deprivation betroffenen Patienten offenbar zumindest teilweise als Bewältigungsversuch der Extremerfahrung verstehen.

II.3 Psychische Veränderungen in Langzeitbeobachtungen

Veröffentlichungen zu Langzeitbeobachtungen der psychischen Veränderungen als Folge des Guillain-Barré-Syndroms gibt es bisher nur wenige.

Langzeituntersuchungen wurden hauptsächlich in Bezug auf neurologische Residuen durchgeführt. In der Studie von Jaeger et al. wurden 57 Patienten nach 2-24 Jahren neurologisch und zumindest auch in Bezug auf die sozialen Auswirkungen der Erkrankung untersucht (Jaeger and Minderhoud 1991). 35 % der Patienten hatten keinerlei neurologische Ausfälle mehr, 35% hatten leichte motorische Defizite und 30% litten an mittleren bis schweren Paresen. Sensible Ausfälle wurden bei 49% der Patienten beschrieben. Bezüglich der sozialen Folgen wurde vor allem die berufliche Situation untersucht. Hier waren 17 Patienten entweder zu jung oder bereits im Rentenalter. Die übrigen 40 Patienten waren vor der Erkrankung vollzeitbeschäftigt. Von diesen konnten 24 (60%) zu ihrer Arbeit zurückkehren, 10 (25%) wechselten zu leichteren Tätigkeiten und 6 (15%) beendeten ihre Berufstätigkeit.

Für diese 6 Patienten waren die neurologischen Residuen der Grund für die Einstellung ihrer Berufstätigkeit. 40% wurden als erwerbs- bzw. arbeitsunfähig eingestuft. 25% klagten über eine leichtere Ermüdbarkeit.

Eine weitere Studie wurde von Lennon et al. 1993 veröffentlicht, die auch psychische Folgen betrachtet. Die Autoren untersuchten in dieser Studie 10 Patienten 11-35 Monate nach Ausbruch des Guillain-Barré-Syndroms. Dabei wurde der neurologische Status erhoben, der Grad der Behinderung mittels eines "performance scores" (Wiles et al. 1983), des "Barthel Index" (Whiting et al. 1980) sowie der "Rivermead Activities of Daily Living" (Mellerup et al. 1985) bestimmt (diese drei scores beziehen sich auf die Auswirkungen der neurologischen Defizite auf körperliche Aktivitäten des täglichen Lebens) und das "Handicap" mit Hilfe der "environmental status scale (ESS, Van der Ploeg et al. 1991)" beschrieben (diese bezieht sich auf die Auswirkungen der Restsymptome des GBS auf das soziale und das Berufsleben der Patienten). Mittels der "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Snaith und Zigmond 1983)" wurde die psychische Situation der Patienten hinsichtlich der beiden Dimensionen Angst und Depressivität eingeschätzt. Zusätzlich wurde die Therapie der Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus dokumentiert.

Nur ein Patient wies pathologische Werte in der oben erwähnten Angst- und Depressionsskala (HADS) auf. 3 Patienten zeigten leicht erhöhte Werte. Ursachen der Angst waren vor allem Furcht vor einem Rezidiv, sowie finanzielle Ängste hinsichtlich der beruflichen Einschränkungen.

Neurologisch wiesen alle Patienten zumindest leichte motorische Defizite auf. Dies kann daran liegen, daß insgesamt nur 10 Patienten untersucht wurden und der Erkrankungsbeginn nicht länger als 35 Monate zurückgelegen hatte. 5 Patienten litten an sensiblen Ausfällen.

Der Fall einer posttraumatischen Belastungsstörung als Folge eines akuten Guillain-Barré-Syndroms wurde 1994 von Chemtob et al. beschrieben.

Die 24 jährige Patientin war 20jährig an einem akuten schweren GBS erkrankt und über 10 Tage beatmet worden. An psychischen Symptomen fanden sich auch nach einem halben Jahr noch Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen sowie ein zunehmender Drogenabusus. Die Patientin berichtete über Alpträume, wurde durch Erinnerungen an die akute Erkrankungsphase gequält, zog sich von Freunden zurück und versuchte, sich durch Alkohol und Drogen von den quälenden Erinnerungen an die Erkrankung zu befreien (Chemtob et al. 1994).

II.4 Zum Krankheitsbild der posttraumatischen Belastungsstörung

Das posttraumatische Streßsyndrom (post traumatic stress disorder, PTSD) wird im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association (APA 1994)) als ein Ereignis beschrieben, bei dem eine Person von einem traumatischen Stressor betroffen ist, der außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt, wodurch es zu physischen und psychischen Störungen kommen kann. Dieses traumatische Ereignis kann sowohl an der eigenen, als auch an einer fremden Person erlebt werden.

1994 beschrieben Chemtob und Herriott, in der bereits erwähnten Kasuistik, den Fall einer Patientin, die die PTSD als Folge eines GBS entwickelte. Damit beschrieben sie als erste den Fall einer PTSD, welcher in Folge einer medizinischen Erkrankung auftrat und nicht, wie bisher beschrieben, nach z. B. Vergewaltigung, Überfall, Kriegserlebnissen oder Katastrophen.

Im Falle des GBS stellen aufsteigende Lähmungen und Schluckstörungen, Erstickungserleben bis hin zur Atemlähmung mit konsekutiver maschineller Beatmung bei erhaltenem Denk- und Wahrnehmungsvermögen eine Extremerfahrung dar, welche außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt. Damit wäre das erste diagnostische Kriterium der Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt. (siehe Tabelle II.4.1.)

Die im DSM IV (bzw. ICD 10) genannten Hauptsymptome dieses syndromalen Störungsbildes gliedern sich in drei Kategorien: Erinnerungs-/Wiedererlebenssyndrome, Vermeidungssyndrome und Überaktivitätssyndrome. Es treten sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma oder Erinnerungslücken auf. Alpträume, plötzlich auftretende Bilder oder partielle Amnesien sind häufig. Vermeidungsverhalten bezüglich traumaassoziierter Stimuli und Angstreaktionen ist typisch. Weiter ist die posttraumatische Belastungsstörung durch Übererregungssymptome, wie Schlafstörung, vermehrte Reizbarkeit oder Konzentrationsstörungen, geprägt.

Mit dem Ziel, Emotionen zu dämpfen oder das Trauma zu vergessen, können Drogen- oder Alkoholmißbrauch auftreten, oder Betroffene können selbstmordgefährdet sein.

Neben den in der Tabelle aufgeführten, vor allem psychischen Veränderungen, können vielfältige somatische Symptome, wie z. B. Magenbeschwerden, Müdigkeit, Kopf- und Muskelschmerzen, Herzflattern, vermehrtes Schwitzen, Durchfällen oder Schwindel auftreten.

Die Kriterien des DSM-IV decken das Spektrum der traumabedingten Störungen nicht ab. So findet sich eine Vielzahl an traumaassozierten Störungsbildern neben oder anstelle der PTSD. Akute posttraumatische Belastungsreaktionen, dissoziative Störungen, Somatisierungsstörungen, posttraumatische Depressionen, Angsterkrankungen oder andere traumabedingte Persönlichkeitsstörungen können, neben oder anstelle der PTSD, mit traumatischen Einwirkungen in Zusammenhang stehen.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM IV. Die Kriterien A), B) (mit mindestens einer der genannten Arten), C) (mit mindestens drei der genannten Arten) und das Kriterium D) (mit mindestens zwei der genannten Merkmale) müssen innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach dem Ende einer Belastungsperiode auftreten (Kriterium E)).

Tabelle II.4.1: Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung, DSM IV (APA1994)

<p>A) Die Person hat ein Ereignis erlebt, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrungen liegt und für fast jeden stark belastend wäre, z. B. ernsthafte Bedrohung des eigenen Lebens.....</p> <p>B) Das traumatische Ereignis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt:</p> <ol style="list-style-type: none">(1) wiederholte und sich aufdrängende Erinnerung an das Ereignis (...);(2) wiederholte, stark belastende Träume;(3) plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre (...);(4) intensives psychisches Leid bei der Konfrontation mit Ereignissen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder ihm in irgendeiner Weise ähnlich sind, einschließlich Jahrestage des Traumas. <p>C) Anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, oder eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität (war vor dem Trauma nicht vorhanden), was sich in mindestens drei der folgenden Merkmale ausdrückt.</p> <ol style="list-style-type: none">(1) Anstrengungen, Gedanken oder Gefühle, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, zu vermeiden;(2) Anstrengungen, Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, zu vermeiden;(3) Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Bestandteil des Traumas zu erinnern (psychogene Amnesie);(4) auffallend vermindertes Interesse an bedeutenden Aktivitäten (...). <p>D) Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none">(1) Ein- und Durchschlafstörungen;(2) Reizbarkeit und Wutausbrüche;(3) Konzentrationsstörungen;(4) Hypervigilanz;(5) erhöhte Schreckhaftigkeit. <p>E) Die Kriterien B), C), und D) treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode ein.</p>

III. Fragestellung der vorliegenden Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung wurde in Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie und der Neurologischen Universitätsklinik Würzburg durchgeführt.

Sie ist Teil einer retrospektiven Untersuchung über psychische und körperliche Langzeitbeeinträchtigungen bei Patienten mit einem Guillain-Barré-Syndrom. Patienten, die von 1983 bis 1994 in der neurologischen Klinik der Universität Würzburg wegen eines Guillain-Barré-Syndroms behandelt worden waren und bestimmte Aufnahmekriterien (siehe IV.1.Einschlusskriterien) erfüllten, wurden 1994 nachuntersucht. Dabei stand der psychische Befund und der psychosoziale Status der Patienten zur Zeit der Nachuntersuchung im Vordergrund. Weitere Ziele der Untersuchung waren, Zusammenhänge zwischen Schweregrad der Erkrankung, Alter der Patienten und den psychosozialen Folgen darzustellen.

Für den Beobachtungszeitraum von der Entlassung aus dem Krankenhaus bis zum Nachuntersuchungstermin wurden mit Hilfe eines Interviews retrospektiv Daten zu Krankheitsbewältigungsstrategien, psychischen Symptomen und subjektiven Beeinträchtigungen, sozialer Reintegration und Auswirkungen auf Partnerschaft, Familie und Freundschaften erfragt. Weiterhin wurde gezielt nach den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung gefragt.

Gleichzeitig wurden die Patienten auch neurologisch (einschließlich elektrophysiologischer Diagnostik) nachuntersucht, so daß der Zusammenhang zwischen körperlichem Befund und psychischem Befund erfasst werden konnte.

IV. Material und Methodik

IV.1. Einschlußkriterien

In die Studie sollten alle Patienten aufgenommen werden, bei denen die Diagnose eines akuten Guillain-Barré-Syndroms gesichert war und bei denen eine medizinische Behandlung auf der Intensivstation der neurologischen Universitätsklinik stattgefunden hatte. Dazu sollte ein Zeitraum seit Gründung der Intensivstation der neurologischen Universitätsklinik (1973) berücksichtigt werden. Zur Zusammenstellung des Patientenkollektivs erfolgte wurden Aufnahmebücher der Intensivstation und die Liquorlabor-Befundbücher durchgesehen.

Insgesamt 110 Patienten erfüllten diese Kriterien, wurden angeschrieben und zu einem Nachuntersuchungstermin gebeten. Von diesen meldeten sich 45 Patienten ohne Angabe von Gründen nicht auf das Anschreiben zum Nachuntersuchungstermin. 4 weitere Patienten waren bereits aufgrund anderer Erkrankungen verstorben. 12 Patienten waren unbekannt verzogen und konnten so nicht erreicht werden. 5 Patienten meldeten sich, vereinbarten einen Termin, sagten diesen jedoch ohne Angabe von Gründen ab. 3 Patienten erschienen nicht zum vereinbarten Termin. 41 Patienten konnten schließlich tatsächlich nachuntersucht und in die Untersuchung aufgenommen werden.

In der bereits erwähnten Prospektivstudie aus dem Jahr 1997 von V. Lauter wurden insgesamt 49 Patienten, bei denen die Diagnose eines Guillain-Barré-Syndroms gesichert war, während der Akutphase der Erkrankung nicht nur neurologisch, sondern auch psychosomatisch untersucht und mitbetreut. Diese Patienten waren während der stationären Behandlung in Hinblick auf das Krankheitserleben, emotionale Befinden und psychische Befunde während der verschiedenen Erkrankungsphasen befragt worden. 19 dieser Patienten konnten im Rahmen der vorliegenden Studie nachuntersucht werden.

IV.2. Interview

Nach Eintreffen des Patienten am festgelegten Termin, wurde dieser zunächst über den Ablauf der stattfindenden Untersuchungen informiert. Als Basisuntersuchung fand ein halbstrukturiertes Interview (siehe Anhang) statt, wobei, nach Einverständnis des Patienten, das Gespräch auf Tonband aufgenommen wurde.

Inhalte des ersten Interviewabschnittes waren der momentane Zustand des Patienten, insbesondere zurückgebliebene körperliche Symptome und deren Behandlung, weitere Begleiterkrankungen, um Beschwerden von Restsymptomen durch das Guillain-Barré-Syndrom differenzieren zu können.

Im zweiten Abschnitt des Interviews wurde der Patient zur Akutphase der Erkrankung, insbesondere zum Erleben der Behandlungssituation befragt. Hier wurden vor allem Themen aufgegriffen, die bei einem Teil der Patienten, die bereits in der Akutphase untersucht werden konnten, erfaßt worden waren, wie z. B. der seelische Zustand, Träume oder traumartige Erlebnisse, die Umgebung auf der Intensivstation, Belastungen und Hilfen.

Der dritte Interviewabschnitt beinhaltete die Krankheitsfolgen nach der Akutphase. Der Patient wurde aufgefordert, über den weiteren Verlauf seit Entlassung aus dem Krankenhaus zu berichten. Dabei wurde besonderer Wert auf Veränderungen der körperlichen Symptomatik und deren Behandlung gelegt, außerdem wurde erfaßt, ob die Patienten direkt nach Hause oder in eine Anschlußheilbehandlung beziehungsweise in eine Rehabilitationsklinik entlassen worden waren.

Im vierten Teil des Interviews ging es um psychosoziale Folgen und Belastungsfaktoren in Bezug auf körperliches und seelisches Wohlbefinden, Beziehungen zu Familie, Partner, Freunden, Freizeitgestaltung und die Berufstätigkeit. Genauer eingegangen wurde auf die Krankheitsverarbeitung und vom Patienten als wichtig erlebte Hilfen, um mit der Krankheit und ihren Folgen fertig zu werden.

Die Befragung über Veränderungen der Lebenseinstellung, den Vergleich mit anderen Krankheitserfahrungen und die subjektive Ätiologie bildeten den fünften Punkt des Interviews.

Der Abschluß des Interviews wurde offen gehalten, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, eigene Fragen zu stellen oder wichtige Dinge zu ergänzen.

Die Dauer des Interviews war variabel (30-90 Minuten) und betrug im Durchschnitt ca. 60 Minuten. Alle Interviews wurden auf Tonträger aufgezeichnet und teilweise transkribiert. Auf der Grundlage der Aufzeichnungen wurde ein Kategoriensystem erstellt (28 Fragekomplexe mit insgesamt 283 Items), welches die Grundlage für die anschließende Auswertung bildete. (Kategorien und Kodierung s. Anhang, Seite 96)

IV.3. Weitere Befragungsinstrumente

In Ergänzung zu dem Interview wurden den Patienten zwei Fragebögen vorgelegt. Zum einen war dies der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV-LIS SE, Muthny 1989), zum anderen der Gießener Beschwerdebogen. Diese Fragebögen dienen in erster Linie dem Vergleich mit Krankheitsverarbeitungsprozessen in der Akutphase und sind nicht Gegenstand der vorliegenden Untersuchung.

IV.4. Körperliche Befunde

Zur Dokumentation des körperlichen Untersuchungsbefundes wurden zwei Bögen verwendet, die zum einen für die klinische Symptomatik zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung des Guillain-Barré-Syndroms und zum anderen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung ausgefüllt wurden.

Die klinische Symptomatik zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung wurde aus den Krankenakten der Patienten rekonstruiert. Kraftgrade, Ausfälle der Sensibilität, Hirnnervenausfälle, Beatmungs- und Schrittmachernotwendigkeit wurden dokumentiert.

Am Nachuntersuchungstermin wurde der aktuelle körperliche Befund von den Ärzten der Neurologischen Universitätsklinik erhoben und ebenfalls dokumentiert, um ihn mit dem psychischen Befund in Beziehung setzen zu können. In Tabelle IV.4.3. und IV.4.4. sind die in den Bögen verwendeten Kriterien aufgelistet.

Bei den motorischen Funktionsprüfungen wurde die Kraft, entsprechend den Kriterien des British Medical Research Council (1978), in quantifizierbare Kraftgrade unterteilt.

Tab.:IV.4.1.:Einteilung von Kraftgraden (British Medical Research Council 1978)

Kraftgrad	Definition
0	Fehlende Muskelkontraktion
1	Eben sichtbare Muskelanspannung
2	Bewegung des Gliedmaßenabschnitts bei Ausschaltung der Schwerkraft
3	Aktive Bewegung gegen die Schwerkraft
4	Aktive Bewegung gegen Widerstand
5	Normale Kraft

Die in den Bögen verwendeten Kriterien wurden in Zusammenarbeit mit der neurologischen Klinik erstellt und enthalten Teile der Einteilung von Beeinträchtigungsgraden nach Winer et al. 1988 (s. Tabelle IV.4.2.).

Tab. IV.4.2.: Einteilung des Beeinträchtigungsgrades
(nach Winer, Hughes und Osmond 1988)

0:	Gesund
1:	Milde Symptome oder Anzeichen
2:	Imstande, 5m ohne Hilfestellung, Gehwagen oder Gehstock frei zu gehen, aber unfähig, manuelle Arbeiten zu erledigen (...)
3:	Imstande, 5m zurückzulegen mit Hilfestellung, Gehwagen oder Gehstöcken
4:	An Stuhl oder Bett gebunden
5:	Assistierte Beatmung erforderlich für einen Teil des Tages oder der Nacht
6:	Verstorben

Tab.:IV.4.3.:Symptomatik zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung

1. Motorik

Tetraparese (Kraftgrad ≤ 2)

Paraparese (Kraftgrad ≤ 2)

Leichte motorische Einschränkungen der unteren und/oder oberen Extremität

2. Sensibilität

Keine Einschränkungen

Leichte Ausfälle (distal betont an den Extremitäten)

Schwere Ausfälle (an den Extremitäten, auch proximal u./o. an umschriebenen
Bereichen des Körperstamms u./o. ausgeprägte Ataxie)

3. Hirnnervenbeteiligung

Keine Beteiligung

Leichte Beteiligung (nicht mehr als eine Funktion eingeschränkt)

Schwere Beteiligung (mindestens zwei Funktionen eingeschränkt)

4. Maschinelle Beatmung

Nicht erforderlich

Erforderlich

5. Herzschrittmacher

Nicht erforderlich

Gelegt

Tab.:IV.4.4.:Symptomatik zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

1. Motorik

Obere Extremität

Keine Einschränkungen

Leichte Symptome

Schwere Symptome (z. B. Halten von Gegenständen erschwert)

Untere Extremität

Keine Einschränkungen

Kleinere Symptome, aber in der Lage, zügig zu laufen

Gehilfe erforderlich

2.Sensibilität

Keine Ausfälle

Leichte Ausfälle (distal betont an den Extremitäten)

Schwere Ausfälle (an den Extremitäten auch proximal u./o. an umschriebenen
Bereichen des Körperstamms u./o. ausgeprägte Ataxie)

3. Hirnnervenbeteiligung

Keine Beteiligung

Leichte Ausfälle (Ausfall höchstens einer Funktion)

Schwere Ausfälle (Ausfall von mindestens zwei Funktionen)

Ferner wurde die Krankenhausaufenthaltsdauer insgesamt und speziell auf der Intensivstation dokumentiert.

Darüber hinaus wurde festgehalten, wohin die Patienten nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes verlegt wurden, z. B. nach Hause, in eine Rehabilitationseinrichtung oder in ein anderes Krankenhaus.

IV.5 Statistische Auswertung

Bei der deskriptiven statistischen Auswertung wurde, soweit nicht anders erwähnt, der arithmetische Mittelwert und als Streuungsmaß die einfache Standardabweichung angegeben.

Bei der Auswahl einer geeigneten Testmethode zur Überprüfung der Unabhängigkeit von zwei Variablen, und der Testung auf Häufigkeitsunterschiede von Merkmalen bestimmter Variablen konnten wiederholt die Bedingungen für das Standardverfahren des χ^2 -Tests nur eingeschränkt erfüllt werden. Aufgrund der kleinen Stichprobengröße von $n=41$ und Erwartungshäufigkeiten für einzelne Merkmale, die <5 waren, wurde ergänzend der Fisher-Yates-Test durchgeführt, der gegenüber diesen Einschränkungen robust ist.

Das Minimum der Erwartungshäufigkeiten wird durch folgende Formel aus einer Vierfeldertafel bestimmt.

$$\frac{\text{Minimum der Spaltensummen } S_{\min} \cdot \text{Minimum der Zeilensumme } Z_{\min}}{\text{Anzahl der Patienten}}$$

Die einseitige Signifikanzprüfung wurde vorgenommen, weil davon ausgegangen wurde, daß physisch kranke Patienten häufiger psychische Beschwerden angaben, als physisch gesunde Patienten (es wird also von einem einseitig, gerichteten Effekt ausgegangen). Es wurde von einem Signifikanzniveau von $\alpha=5\%$ ausgegangen

Zur statistischen Berechnung und zur grafischen Darstellung wurde ein PC mit den Programmen Word und Excel für Windows sowie das Statistikprogramm SPSS für Windows benutzt.

V. Ergebnisse

In der folgende Auswertung sind die Ergebnisse aus den Interviews von 41 Patienten erfaßt, die im Laufe des Jahres 1994 in der neurologischen Universitätsklinik Würzburg nachuntersucht wurden.

V.1. Beschreibung des Patientenkollektivs

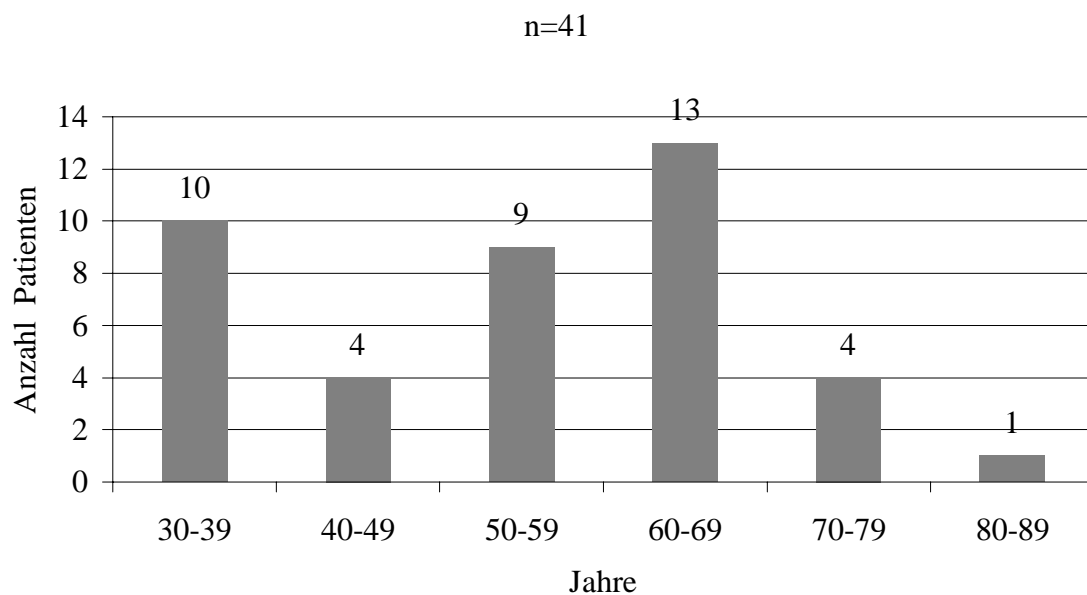
Geschlecht

Von 41 untersuchten Patienten waren 27 männlich und 14 weiblich.

Alter

Das Lebensalter der Patienten lag zwischen 30 und 82 Jahren, im Durchschnitt 54,29 Jahre. ($54,29 \pm 14,40$ Jahre)

Abb. V.1.2.: Altersverteilung



Damit können im Patientenkollektiv zwei Erkrankungsgipfel festgelegt werden. Der höhere Altersgipfel liegt ca. im 60.-69. Lebensjahr und stimmt somit mit dem typischen Erkrankungsgipfel bei 50-70 Jahren des GBS überein (Halls et al. 1988). Ein zweiter, weniger ausgeprägte Erkrankungsgipfel liegt, in der Literatur beschrieben, im frühen Erwachsenenalter. In unserem Patientenkollektiv liegt dieser bei etwa 30-39 Jahren.

Partnerschaft

Von den 41 Patienten gaben 31 (75,6%) an, in einer Ehegemeinschaft zu leben. 2 (4,9%) waren verwitwet. 2 (4,9%) Patienten lebten in keiner festen Beziehung. Eine neue Partnerschaft gaben 3 (7,3%) Patienten an. 1 Patient war geschieden. 2 Patienten (4,9%) machten keine Angaben zu einer Partnerschaft.

Beruf

Von den 41 Patienten arbeiteten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 24 (58,5%). Drei Patienten von diesen 24 waren zunächst berentet und sind dann in ihren alten Beruf nach Einarbeitungszeiten wieder eingetreten. 5 Patientinnen waren Hausfrauen (12,2%). Ein Patient war arbeitsunfähig, arbeitete aber selbständig weiter. Eine Patientin hatte ein Rezidiv, nach der ersten Erkrankung arbeitete sie Vollzeit, nach Ausbruch des Rezidivs konnte sie nur noch Teilzeit arbeiten. Insgesamt waren 12 Patienten berentet (29,3%). Von diesen waren 8 (66,7%) schon vor Ausbruch der Erkrankung und 2 (16,7%) nach dem GBS aus anderen Gründen berentet. 2 (16,7%) wurden wegen des Guillain-Barré-Syndroms berentet.

Aufenthaltsdauer

Die Aufenthaltsdauer der nachuntersuchten Patienten während der akuten Phase der Erkrankung im Krankenhaus, betrug zwischen 8 und 198 Tagen, im Durchschnitt $50,3 \pm 45,52$ Tage. Auf der Intensivstation blieben die Patienten zwischen 1 und 106 Tagen, im Durchschnitt $ca. 24,49 \pm 27,88$ Tage.

Abb. V.1.4.: Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation

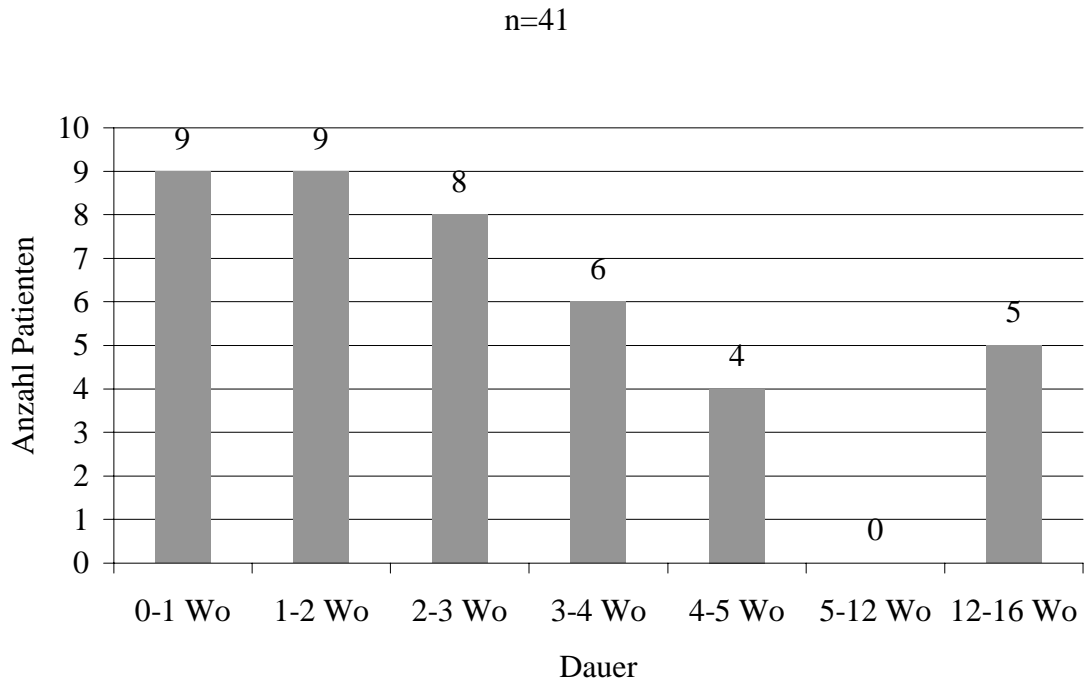
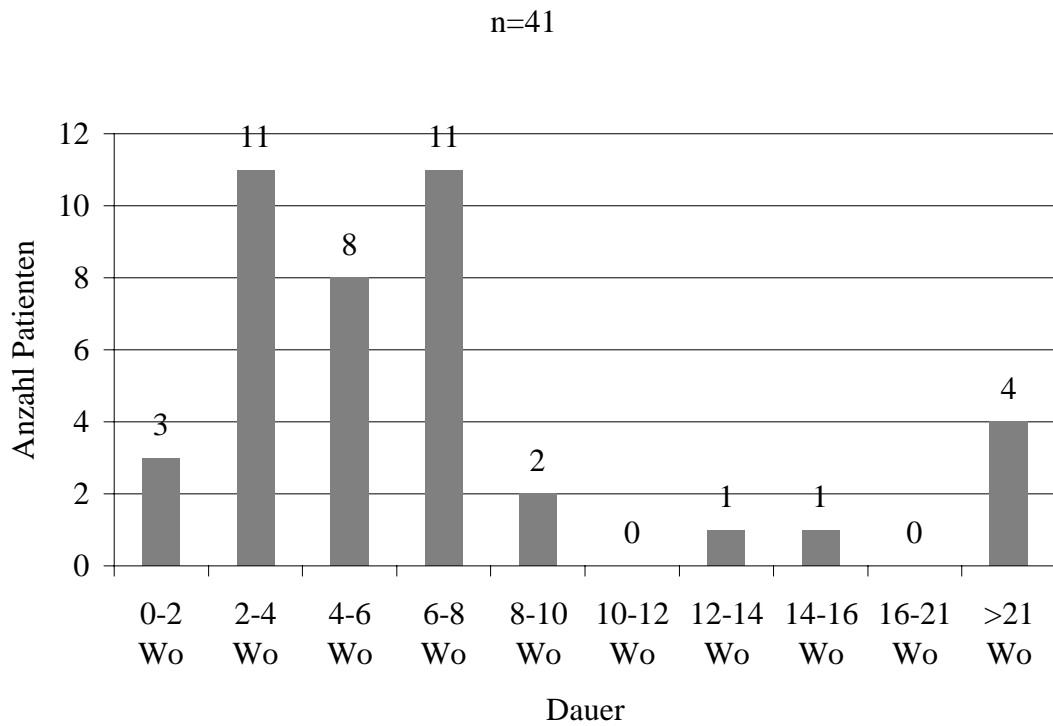


Abb. V.1.5.: Gesamte Aufenthaltsdauer

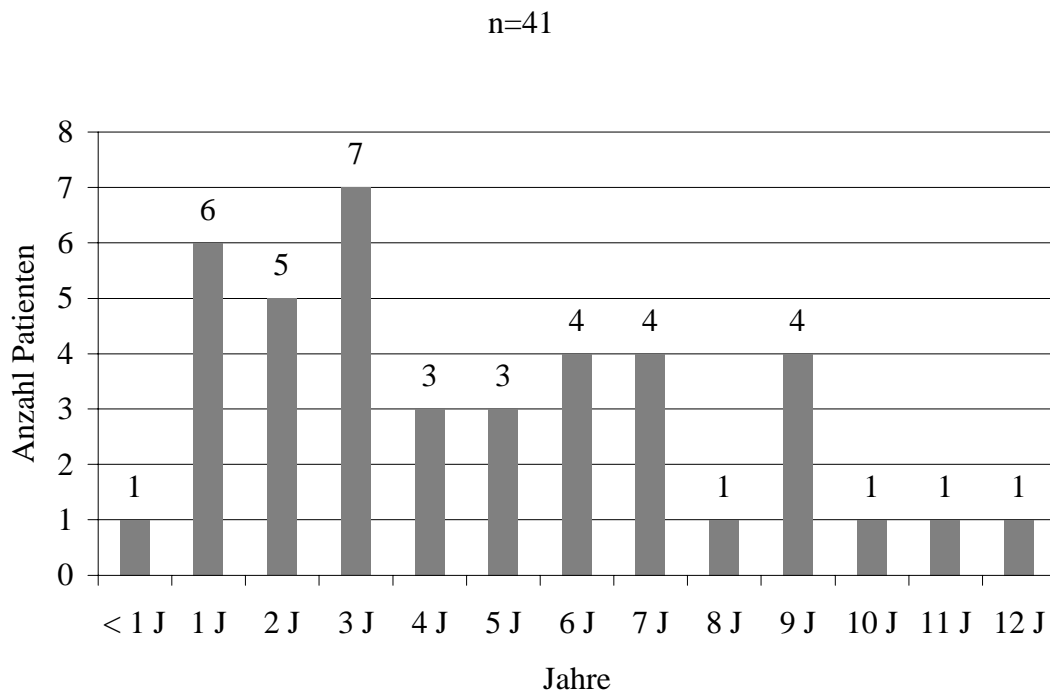


Nachuntersuchungszeitraum

Der Zeitraum zwischen Krankenhausaufenthalt und Nachuntersuchungstermin lag zwischen < 1 Jahr und 12 Jahren, im Durchschnitt 4,7 Jahre. Die Verteilung ist in Abbildung V.1.6. dargestellt.

Für einen Teil der weiteren Auswertungen wurde unser Patientenkollektiv in 2 Gruppen geteilt. 16 Patienten wurden nach mehr als 5 Jahren nachuntersucht, 25 Patienten kamen innerhalb von 5 Jahren nach der Akuterkrankung zum Nachuntersuchungstermin.

Abb. V.1.6.: Nachuntersuchungszeitraum



Maschinelle Beatmung während der Akutphase

Die Beatmungsnotwendigkeit während der akuten Erkrankung spielt für die weiteren Auswertungen bezüglich der psychischen Beschwerden der Patienten eine Rolle (s. V.3). In unserem Patientenkollektiv mußten 28 Patienten (68,3%) nicht beatmet werden. 13 Patienten (31,7%) wurden beatmet.

8 Patienten (19,5%) mussten langfristig, das heißt mehr als 2 Wochen, und 5 Patienten (12,2%) kurzfristig, das heißt bis zu 2 Wochen, beatmet werden.

Weiterbehandlung nach der Entlassung

Die meisten der nachuntersuchten Patienten, insgesamt 26 (63,4%), wurden nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus in einer Rehabilitationseinrichtung, bzw. durch eine Anschlußheilbehandlung weiter behandelt. 7 (17,1%) Patienten wurden direkt nach Hause entlassen und 8 (19,5%) in ein anderes, meist wohnortnahes Krankenhaus weiterverlegt.

Anzahl der während der Akutphase psychosomatisch voruntersuchten Patienten

Im Kollektiv der 41 nachuntersuchten Patienten befanden sich 19 Patienten, die in der Akutphase von Seiten des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg mitbetreut und in die Studie über Krankheitserleben und psychische Veränderungen bei intensivbehandelten Patienten mit akutem GBS aufgenommen worden waren (Lauter 1997). (s. IV.1)

Alle dieser 19 Patienten wurden innerhalb von 5 Jahren nach Auftreten des akuten GBS nachuntersucht. Unter ihnen waren 5 weibliche und 14 männliche Patienten. Das Alter lag zwischen 30 und 76 Jahren, im Durchschnitt 55,95 Jahre ($55,95 \pm 14,69$) und entspricht damit in etwa dem Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe (54,29). Von den 19 Patienten wurden 6 Patienten (31,6%) während der Akuterkrankung beatmet. Neurologisch litten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 3 (15,8%) an schweren, 5 (26,3%) an leichten und 11 (57,9%) Patienten an keinen motorischen Defiziten. Leichte sensible Ausfälle zeigten 15 (79%) Patienten, keine sensiblen Ausfälle konnten bei 4 (21,1%) Patienten festgestellt werden. Insgesamt waren 3 (15,8%) der Patienten neurologisch gesund. Verglichen mit der Gesamtstichprobe wiesen die psychosomatisch mitbetreuten Patienten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung demnach insgesamt etwas ausgeprägtere neurologische Defizite auf (s. V.2.).

V.2. Neurologische Befunde

Nachuntersuchungsbefund

Bei der neurologischen Untersuchung am Nachuntersuchungstermin waren 7 (17,1%) der Patienten völlig gesund.

26 (64,4%) der Patienten zeigten keinerlei motorische Ausfälle mehr. Bei 10 (24,4%) Patienten lagen keine Sensibilitätsstörungen mehr vor. Und keiner der 41 Patienten wies zum Untersuchungszeitpunkt Funktionsausfälle der Hirnnerven auf.

Im einzelnen ergeben sich bezüglich der motorischen und sensiblen Ausfälle folgende Werte:

Sensibilität:

31 (75,6%) Patienten wiesen leichte, vor allem distal an den Extremitäten betonte, Sensibilitätsstörungen auf. Keiner hatte schwerere Ausfälle der Sensibilität.

Motorik:

8 (19,5%) Patienten litten an leichten motorischen Einschränkungen der oberen und unteren Extremität, 2 (4,9%) an schweren motorischen Ausfällen der oberen und unteren Extremität. 3 (7,3%) Patienten hatten schwere motorische Ausfälle der unteren Extremität, aber nur leichte Einschränkungen an der oberen Extremität. Und zwei Patienten (4,9%) wiesen nur leichte motorische Ausfälle an der unteren Extremität auf.

Hierbei waren mit leichten motorischen Einschränkungen motorische Defizite entsprechend einem Kraftgrad IV nach den Kriterien des British Medical Research Council (1978) oder, bei Symptomen an der unteren Extremität, motorische Defizite, bei denen der Patient aber noch in der Lage war zügig zu laufen, gemeint.

Die Tabellen V.2.1. und V.2.2. stellen diese Befunde noch einmal zusammenfassend dar.

Abb. V.2.1.: Neurologische Befunde zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

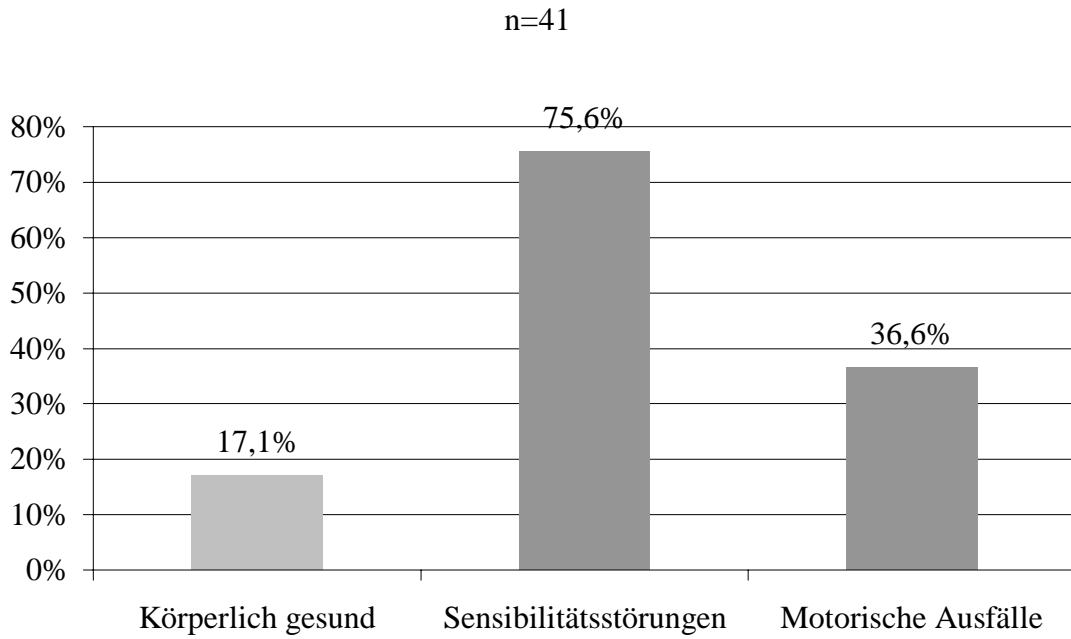


Abb. V.2.2.: Sensibilitätsstörungen

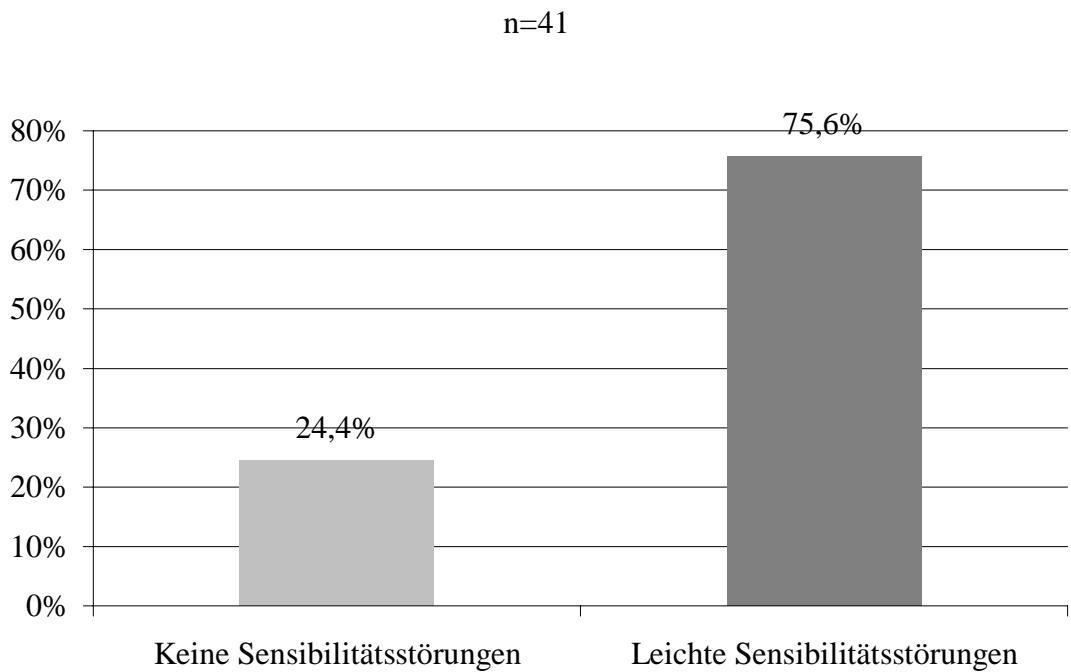
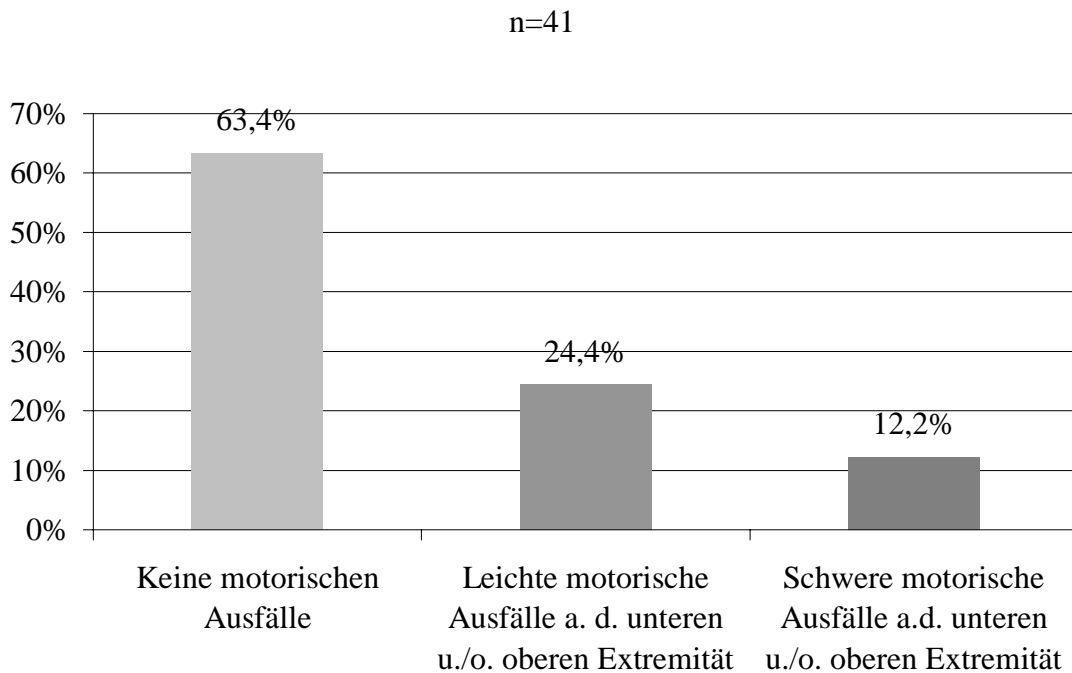


Abb. V.2.3.: Motorische Defizite



V.3 Psychische Veränderungen

Bei den im Rahmen der Nachexploration bzw. Interviews erhobenen psychischen Befunden fanden sich vor allem vermehrte Stimmungsschwankungen, verminderte seelische Belastbarkeit und depressive Verstimmungszustände. Diese Befunde wurden den Antworten zu der Interviewfrage „*Welche Belastungen oder Folgen haben sich ergeben in Bezug auf das seelische Wohlbefinden?*“ aus dem Teil des Interviews, der sich auf die Folgen und Belastungen als Folge auf die Erkrankung bezieht (Fragenkomplex V.2 im Interview), entnommen und mit Hilfe des Kategoriensystems (Items 150-154) ausgewertet.

In ihren Selbstangaben im Interview unterschieden die Patienten nicht immer klar zwischen den einzelnen psychischen Symptomen. So wurden vermehrte Stimmungsschwankungen von den Patienten oft als Symptom für eine verminderte seelische Belastbarkeit gewertet. Andere Patienten gaben vermehrte Stimmungsschwankungen an, ohne sich als seelisch weniger belastbar zu empfinden.

Eine Patientin erfüllte die Kriterien des DSMV IV für posttraumatische Belastungsstörungen. Diese zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 44 Jahre alte Patientin, wies an neurologischen Befunden noch leichte Sensibilitätsstörungen auf. Die psychischen Symptome dieser Patientin lassen sich in die Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung, wie Erinnerungs-/Wiedererlebessyndrome und Vermeidungssyndrome einordnen. Genaue Befunde und Angaben der Patientin, einschließlich ihres Krankheitsverlaufes finden sich unter V.3.4., die Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSMV IV unter II.4.

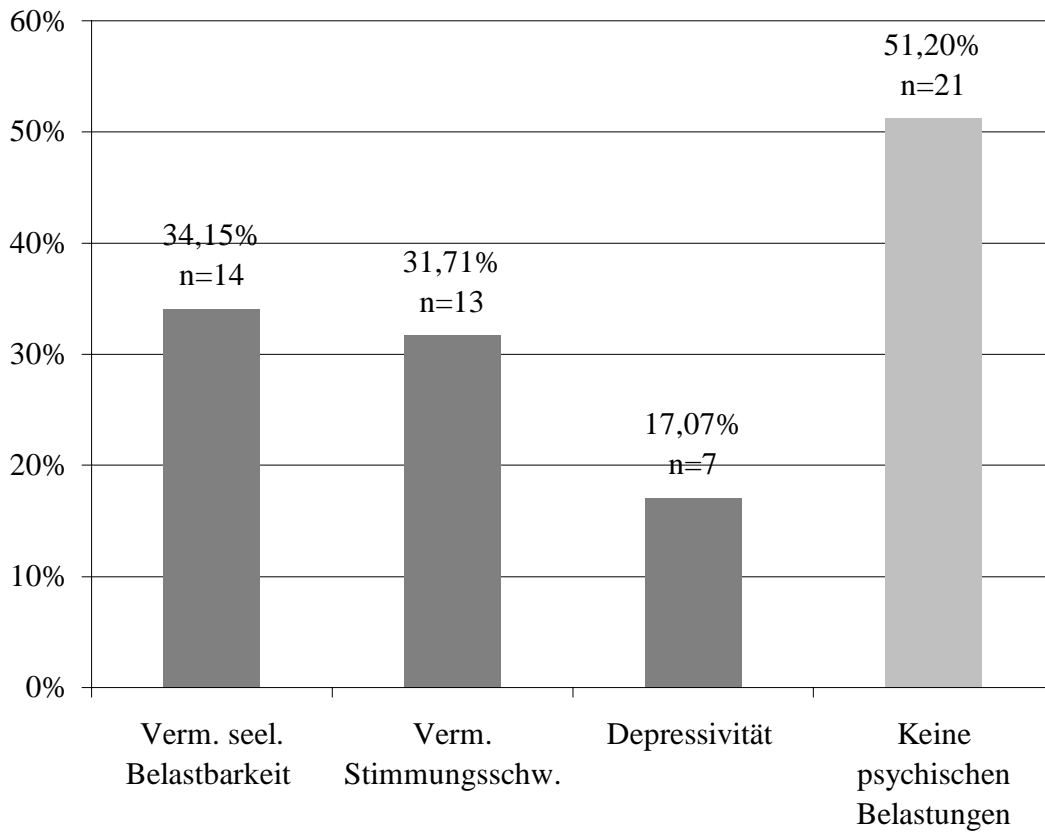
Im Rahmen der Krankheitsverarbeitung (V.4) werden noch weitere psychische Symptome, insbesondere die Angst vor einem Rezidiv (12 der 41 Patienten, 29,3%) oder die vermehrte Sorge um die Gesundheit (7 von 41 Patienten, 17,1%) genannt.

Es fanden sich insgesamt 20 Patienten (48,8%) aus dem Gesamtkollektiv, die psychische Belastungen als Krankheitsfolgen angaben. Darunter waren 10 Patienten, die gleichzeitig an mehreren der oben genannten psychischen Beschwerden angaben. 4 von diesen Patienten beklagten sowohl eine verminderte seelische Belastbarkeit als auch vermehrte Stimmungsschwankungen. 3 Patienten wiesen alle drei der erwähnten psychischen Symptome auf. Jeweils ein Patient litt an vermehrten Stimmungsschwankungen, bzw. einer verminderten seelischen Belastbarkeit und depressiven Verstimmungszuständen. Insgesamt beschrieben 21 Patienten (51,2%) keine psychischen Beschwerden.

Im Weiteren soll noch etwas differenzierter auf die Angaben der Patienten eingegangen werden und Bezüge zwischen den erlebten psychischen Belastungen und den neurologischen Beschwerden zum Nachuntersuchungszeitpunkt sowie zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung des GBS hergestellt werden.

Abb. V.3.1.: Als Folge der Erkrankung erlebte psychische Belastungen

n=41



V.3.1 Verminderte seelische Belastbarkeit

Bei unserer Untersuchung gaben 14 (34,2%) Patienten des Nachuntersuchungskollektivs eine verminderte seelische Belastbarkeit an.

Diese wurde aus den Antworten auf die Interviewfragen (Fragenkomplex V.2 im Interview, Items 150-154 im Kategoriensystem) nach den Belastungsfaktoren herausgefiltert. *"Welche Belastungen und Folgen haben sich in Bezug auf ihr seelisches Wohlbefinden ergeben?"*

Hierbei gaben die Patienten direkt eine verminderte seelische Belastbarkeit an, ohne diese näher zu beschreiben. Sie meinten damit, psychischem Stress nicht mehr so wie früher gewachsen zu sein.

So gab ein Patient (63 Jahre) an, auf psychische Belastungen vermehrt mit körperlichen Symptomen zu reagieren, er klagte über Schweißausbrüche, sobald er in Diskussionen verwickelt wurde. Eine weitere Patientin (44 Jahre) gab an, alles würde sie „*sofort aus der Bahn werfen*“. Aus diesem Grunde sei sie „*nicht gerne länger von zu Hause weg*“.

Andere Patienten berichteten, "*schneller ungeduldig zu werden*" oder "*sich über alles aufzuregen*" und erlebten dies als eine verminderte seelische Belastbarkeit.

V.3.1.1 Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit von neurologischen Symptomen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

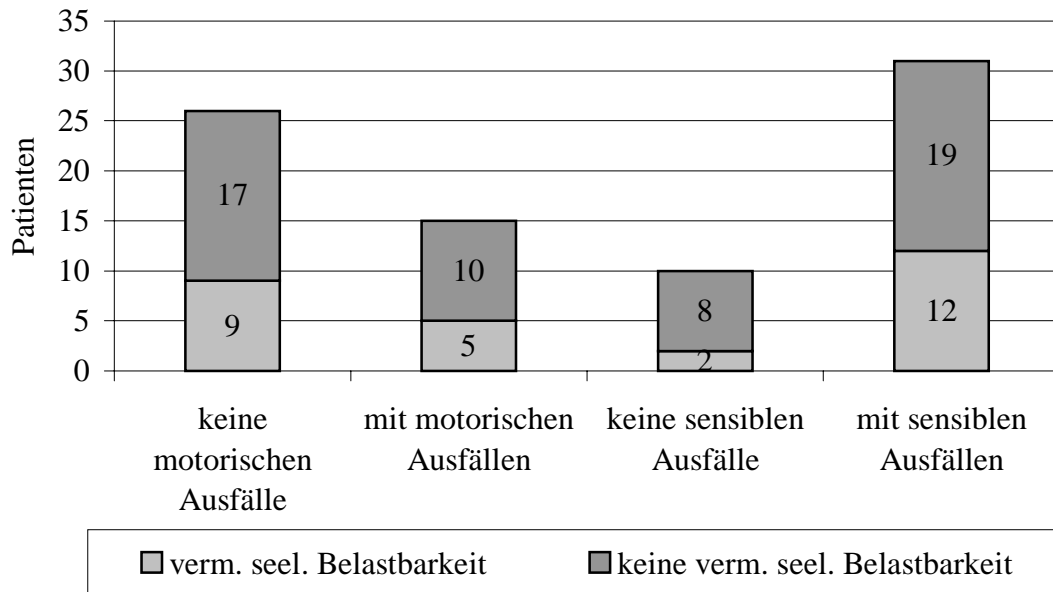
In der nachfolgenden Abbildung (V.3.2.) wurde der Befund der eingeschränkten seelischen Belastbarkeit zu den aktuellen neurologischen Symptomen in Beziehung gesetzt.

Bei der statistischen Überprüfung wurden Patienten mit leichten und schweren motorischen Ausfällen in einer Gruppe zusammengefasst, so daß ein Kollektiv von 15 Patienten mit motorischen Ausfällen entstand, in welchem 5 Patienten an einer verminderten seelischen Belastbarkeit litten. Umgekehrt erlebten sich 9 von 26 Patienten ohne motorischen Ausfällen als weniger seelisch belastbar.

Bildlich dargestellt ist dies in der nachfolgenden Grafik Abb. V.3.2..

Abb. V.3.2: Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit von neurologischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

n=41



Statistisch konnte keine Zusammenhänge zwischen dem Auftreten einer verminderten seelischen Belastbarkeit und motorischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nachgewiesen werden (s. Tabelle V.3.2.1).

Auch bei weiterbestehenden sensiblen Ausfällen ließ sich kein gehäuftes Auftreten vermindertes seelischer Belastbarkeit zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung feststellen.

Tabelle V.3.2.1.: Zusammenhang vom Auftreten einer
verminderten seelischen Belastbarkeit in Abhängigkeit von neurologischen Symptomen
zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

Motorik:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,605
	χ^2 -Wert 0,007	p=0,934
Sensibilität:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,246
	χ^2 -Wert 1,177	p=0,278*
* 1 Zelle mit einer erwarteten Häufigkeit <5		

V.3.1.2 Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit von neurologischen Symptomen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung

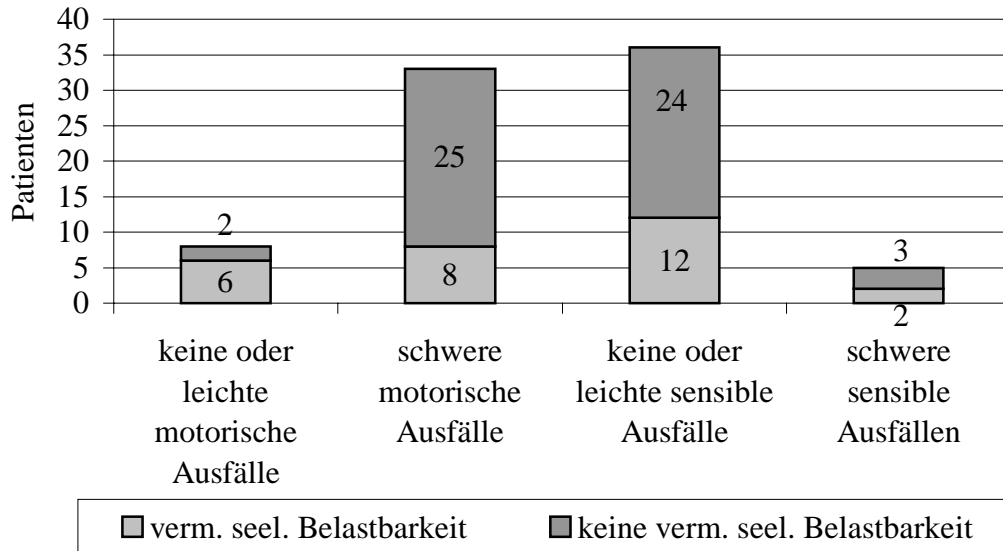
Setzt man die neurologischen Ausfälle zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung des GBS und die verminderte seelische Belastbarkeit zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung miteinander in Beziehung, so lassen sich ebenfalls keine signifikanten Zusammenhänge nachweisen.

Hier wurden die Patienten ohne und mit leichten motorischen Ausfällen in einer Gruppe zusammengefasst, da nur eine Patientin zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung keine motorischen Ausfälle aufwies. So entstand ein Kollektiv von 33 Patienten mit schweren motorischen Ausfällen.

Auch die Patienten mit fehlenden und leichten sensiblen Ausfällen wurden in einer Gruppe zusammengefasst und machen so ein Kollektiv von 36 Patienten aus.

Abb.V.3.3.: Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit von neurologischen Ausfällen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung

n=41



Abhängigkeiten zwischen dem Auftreten einer verminderten seelischen Belastbarkeit und dem Auftreten von sensiblen Ausfällen, die zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung bestanden, lassen sich nicht nachweisen.

Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zu motorischen Ausfällen besteht auf dem Signifikanzniveau von 0,05 ($p=0,012$). Patienten, die zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung schwere motorische Ausfälle zeigten, scheinen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung seltener an einer verminderten seelischen Belastbarkeit zu leiden. Einschränkend muß hier auf die geringen Zellenbesetzungen hingewiesen werden. Aufgrund der Vielzahl der durchgeführten Testungen kann dieser Zusammenhang auch nur zufällig signifikant sein.

Tabelle V.3.3.1.: Zusammenhang von einer verminderten seelischen Belastbarkeit in Abhängigkeit vom Auftreten neurologischer Symptome zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung

Motorik:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,012
	χ^2 -Wert 7,377	p=0,007*
Sensibilität:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,564
	χ^2 -Wert 0,087	p=0,768**
* 1 Zelle mit einer erwarteten Häufigkeit <5		
** 2 Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit <5		

V.3.1.3 Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit von der Beatmungsnotwendigkeit

Eine Abhängigkeit zwischen dem Auftreten einer verminderten seelischen Belastbarkeit von einer Beatmungsnotwendigkeit während der Akutphase besteht nicht.

Abb.V.3.4.: Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit von der Beatmungsnotwendigkeit

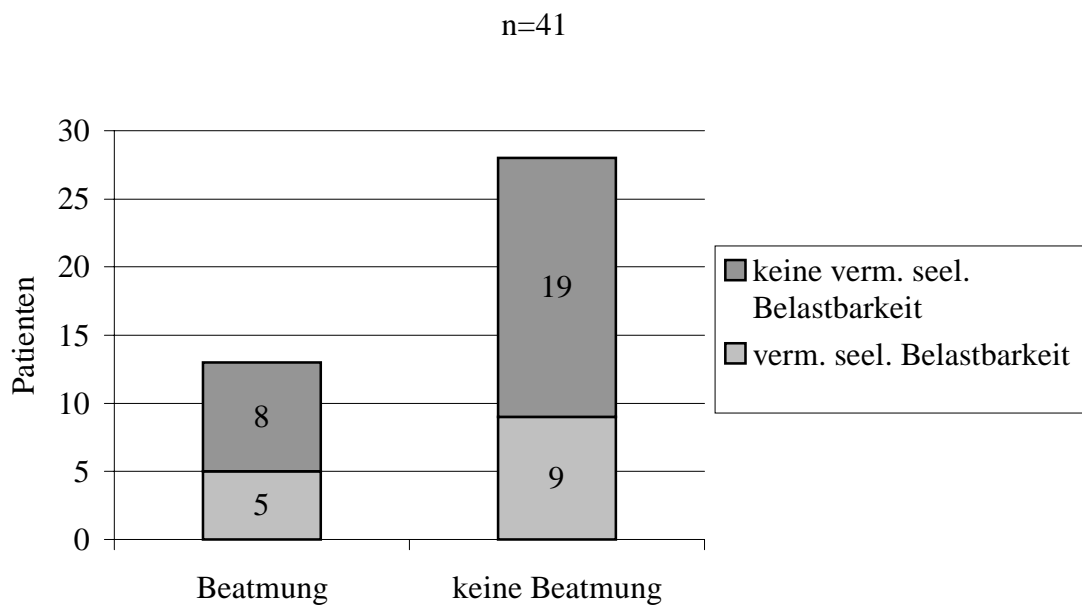


Tabelle V.3.4.1.: Zusammenhang zwischen dem Auftreten
einer verminderten seelischen Belastbarkeit
und der Beatmungsnotwendigkeit

Beatmung:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,477
	χ^2 -Wert 0,158	p=0,691*
* 1 Zelle mit einer erwarteten Häufigkeit <5		

V.3.1.4 Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit vom Nachuntersuchungszeitraum

Untersucht man das Auftreten einer verminderten seelischen Belastbarkeit in Abhängigkeit vom Nachuntersuchungszeitraum, so leiden signifikant häufiger Patienten, die in einem Intervall von weniger als 5 Jahren nach der Akuterkrankung nachuntersucht wurden, an diesen psychischen Beschwerden. Dieses ist statistisch auf dem 5% Niveau signifikant. Somit ergibt sich ein Zusammenhang zwischen subjektiv verminderter seelischer Belastbarkeit und zeitlichem Abstand zur Erkrankung.

Abb. V.3.5.: Verminderte seelische Belastbarkeit
in Abhängigkeit vom Nachuntersuchungszeitraum

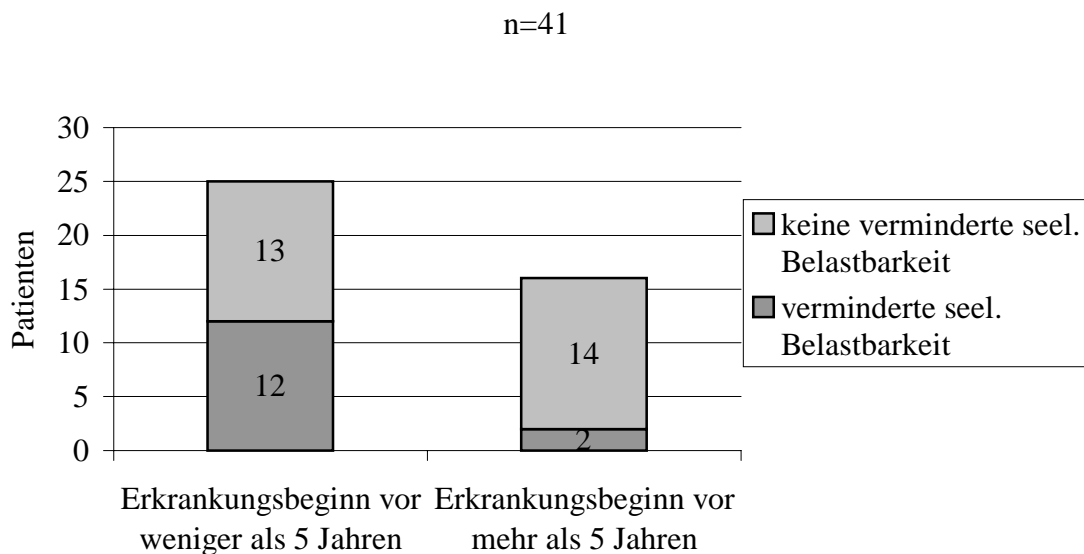


Tabelle V.3.5.1.: Zusammenhang zwischen dem Auftreten
einer verminderten seelischen Belastbarkeit
und dem Nachuntersuchungszeitraum

Erkrankungszeitpunkt:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,020
	χ^2 -Wert 5,468	p=0,019

V.3.2. Vermehrte Stimmungsschwankungen

Insgesamt berichteten von den 41 nachuntersuchten Patienten 13 (31,71%) über vermehrte Stimmungsschwankungen.

Bezug wurde hier ebenfalls auf die Fragen aus dem Interview nach Belastungen und Folgen in Bezug auf das seelische Wohlbefinden genommen (Fragenkomplex V.2).

„Welche Belastungen und Folgen haben sich in Bezug auf das seelische Wohlbefinden ergeben?“

Den Antworten zu der Interviewfrage (Items 150-154 aus dem Kategoriensystem) ist zu entnehmen, daß diese 13 Patienten sich als leichter ungeduldig, gereizter bzw. schneller erregbar, aber auch schneller deprimiert und traurig empfanden. Diese Stimmungen wechselten häufiger und intensiver als vor dem Ausbruch der Erkrankung.

Eine Patientin gab an, *sie lebe intensiver und freue sich mehr über Kleinigkeiten, könne aber auch im nächsten Moment sehr gereizt auf eine Situation, z. B. auf Probleme mit ihrer Schwester, reagieren.*

Ein weiterer Patient beschreibt dies *als intensiveres und bewussteres Leben, insbesondere in Bezug auf seine Partnerschaft, obwohl er sich als deutlich leichter erregbar empfinde. Er fahre sehr leicht aus seiner Haut, könne sich jedoch mehr an seiner Partnerschaft erfreuen.*

Ein Patient habe „*leichter negative Gedanken, welche seine Stimmung schnell verschlechtern könnten, andererseits gönne er sich mehr und erlebe dadurch vieles intensiver*“.

Nicht alle Patienten beschrieben die Stimmungsschwankungen als Wechsel zwischen positiven und negativen Stimmungen.

Viele Stimmungsschwankungen konnten auch als nur sehr negativ und belastend empfunden werden. 5 Patienten (12,2%) gaben an, seit ihrer Erkrankung an Wutausbrüchen zu leiden, schnell deprimiert zu sein, sich über alles aufzuregen oder Streß zu vermeiden, um nicht in einen dieser Gemütszustände zu fallen.

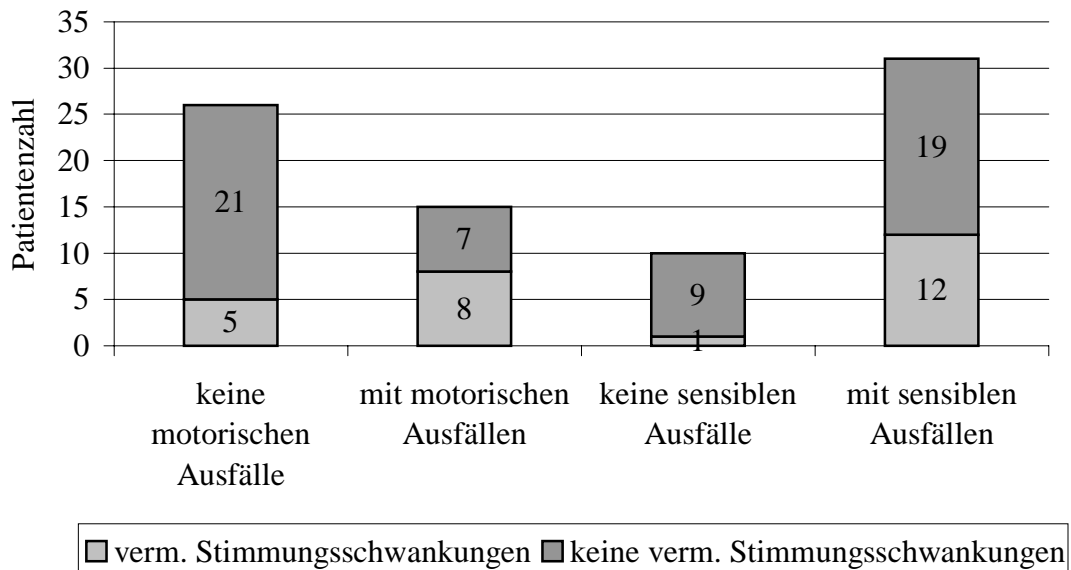
Auffällig war jedoch, wie viele Patienten mit als negativ empfundenen Stimmungsschwankungen auch positive Gefühle sehr viel intensiver erlebten (s. u.).

V.3.2.1 Vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit von neurologischen Symptomen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

Das nachfolgende Diagramm (Abb. V.3.6.) zeigt die Häufigkeit vermehrt auftretender Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit von den zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch bestehenden neurologischen Ausfällen.

Abb. V.3.6.: Vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit zu neurologischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

n=41



Zur statistischen Auswertung wurde wiederum die Anzahl der Patienten mit schweren und leichten motorischen Ausfällen zusammengefasst, so daß ein Kollektiv mit 15 bzw. 26 Patienten entstand.

Dabei fiel auf, daß Patienten mit motorischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung statistisch signifikant häufiger an vermehrten Stimmungsschwankungen litten ($p=0,029$). Tendenziell wurde dies auch für Patienten mit sensiblen Ausfällen deutlich ($p=0,092$).

Tabelle V.3.6.1.: Zusammenhang zwischen dem
 Auftreten vermehrter Stimmungsschwankungen und dem
 Auftreten neurologischer Ausfälle zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

Motorik:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,029
	χ^2 -Wert 5,109	p=0,024*
Sensibilität:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,092
	χ^2 -Wert 2,878	p=0,090*
*1 Zelle mit einer erwarteten Häufigkeit <5		

V.3.2.2 Vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit von neurologischen Ausfällen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung

Im Vergleich zwischen dem Auftreten vermehrter Stimmungsschwankungen und den neurologischen Ausfällen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung fallen keine eindeutigen Abhängigkeiten auf, wie das nachfolgende Diagramm zeigt.

Zum statistischen Vergleich der Patienten mit motorischen und sensiblen Ausfällen wurden wieder die Patienten ohne motorische bzw. sensible Ausfälle und mit leichten motorischen bzw. sensiblen Ausfällen zusammengefaßt.

Abb.V.3.7.: Vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit zu neurologischen Ausfällen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung

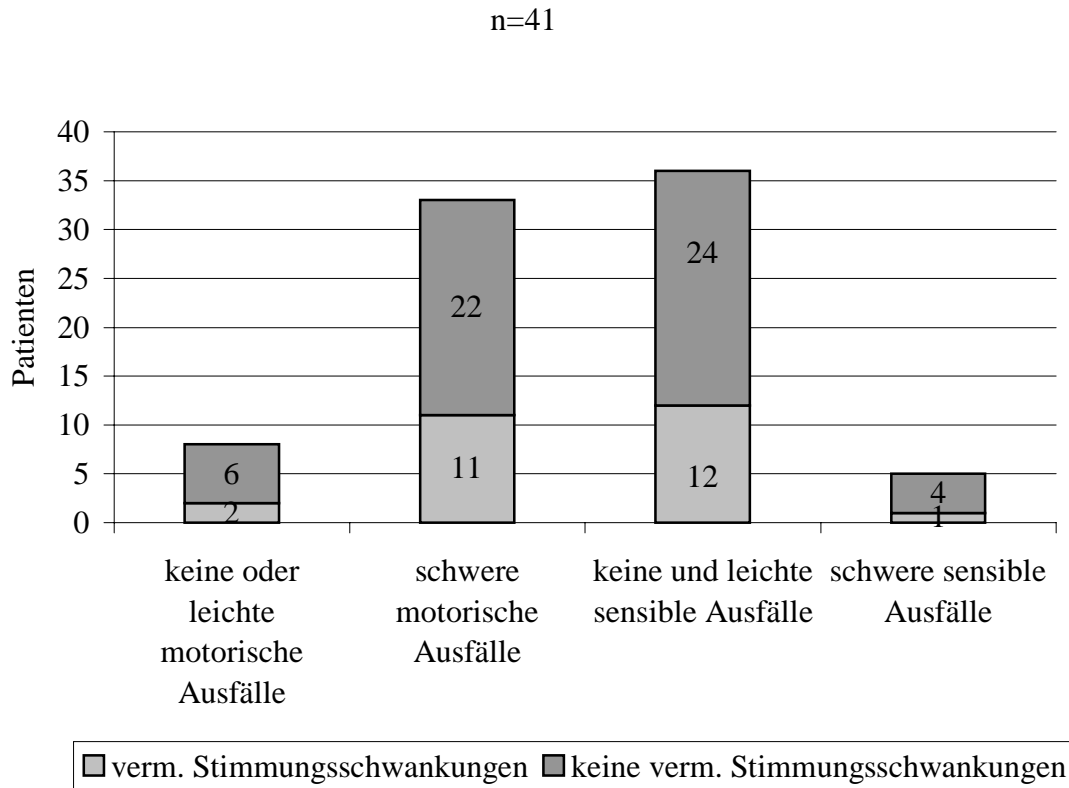


Tabelle V.3.7.1.: Zusammenhang zwischen neurologischen Befunden und dem Auftreten vermehrter Stimmungsschwankungen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung

Motorik:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,501
	χ^2 -Wert 0,207	p=0,650*
Sensibilität:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,486
	χ^2 -Wert 0,360	p=0,548**
* 1 Zelle mit einer erwarteten Häufigkeit <1		
** 2 Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit <1		

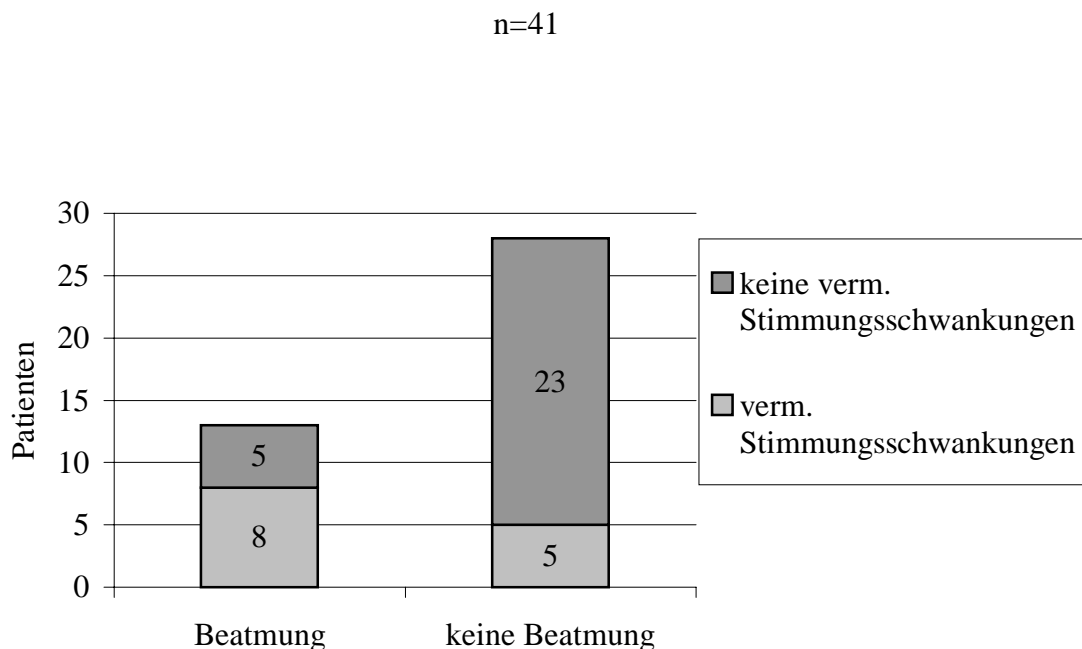
V.3.2.3 Vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit von der Beatmungsnotwendigkeit

Untersucht man den Zusammenhang zwischen der Beatmungsnotwendigkeit zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung und dem Auftreten von vermehrten Stimmungsschwankungen, so fällt ein deutlich höherer Anteil von Patienten, die vermehrte Stimmungsschwankungen erleben, bei den beatmeten Patienten auf.

So fielen nur 5 von 28 (17,9%) Patienten, die nicht beatmet wurden, in die Gruppe mit vermehrten Stimmungsschwankungen. Dagegen berichteten 8 von 13 (61,5%) beatmeten Patienten über eine stärkere emotionale Labilität.

Dieses stellt die folgende Abbildung graphisch dar.

Abb.V.3.8.: Vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit von der Beatmungsnotwendigkeit



Dieser Zusammenhang ist auf dem 1%-Niveau signifikant.

Tabelle V.3.8.1.: Zusammenhang zwischen dem Auftreten vermehrter Stimmungsschwankungen und der Beatmungsnotwendigkeit

Beatmungsnotwendigkeit:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,008
	χ^2 -Wert 7,823	p=0,005*
* 1 Zelle mit einer erwarteten Häufigkeit <1		

V.3.2.4 Vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit vom Nachuntersuchungszeitraum

Das Auftreten einer emotionalen Labilität ist unabhängig vom Abstand des Nachuntersuchungszeitpunkts zur Akuterkrankung. Statistisch sind nicht mehr Patienten, bei denen die Akuterkrankung weniger als 5 Jahre her ist, von vermehrten Stimmungsschwankungen betroffen, als Patienten deren Akuterkrankung länger als 5 Jahre zurückliegt.

Abb.V.3.9.: Vermehrt Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit vom Nachuntersuchungszeitraum

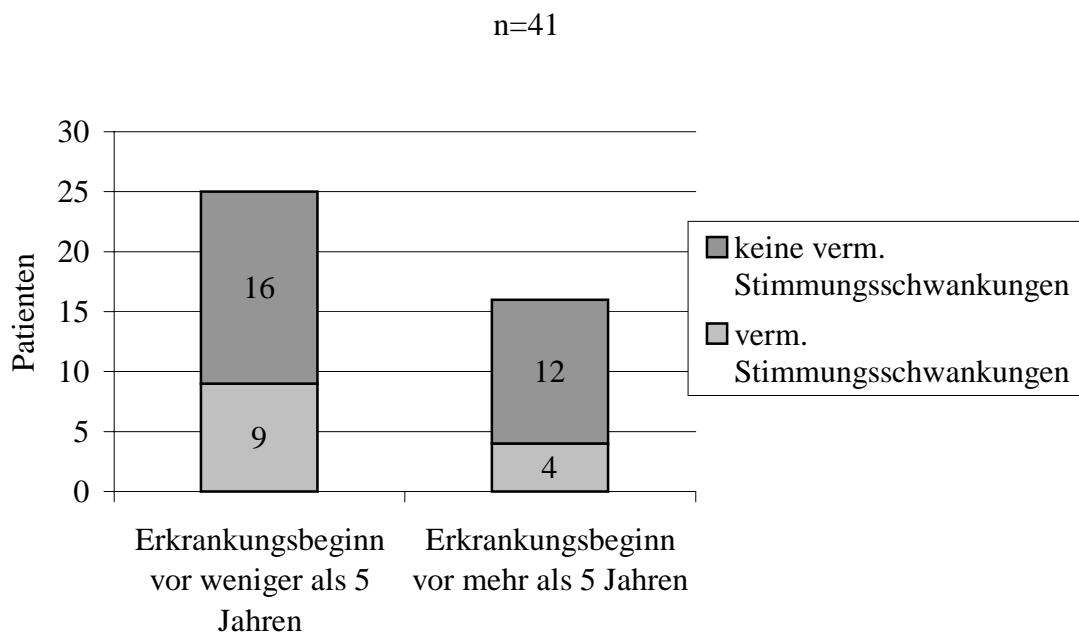


Tabelle V.3.9.1.: Zusammenhang zwischen dem Auftreten vermehrter Stimmungsschwankungen und dem Nachuntersuchungszeitraum

Erkrankungszeitpunkt:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,350
	χ^2 -Wert 0,545	p=0,460

V.3.3. Depressivität

Insgesamt gaben 7 (17,1%) Patienten an, als Folge der Erkrankung unter Depressivität und Niedergeschlagenheit zu leiden. Auch hier bildete die offen gehaltene Frage nach dem seelischen Wohlbefinden die Grundlage, um depressive Verstimmungszustände im Erleben der Patienten zu identifizieren. („*Welche Belastungen und Folgen in Bezug auf das seelische Wohlbefinden haben sich ergeben?*“, Fragenkomplex V.2. aus dem Interview, Item Nr. 153 des Kategoriensystems)

Jeder der 7 Patienten beschrieb sich zumindest phasenweise als niedergeschlagen und traurig.

Eine Patientin (76 Jahre) berichtete, sie *denke vermehrt über sich nach und grüble mehr, sie habe keinen Schwung mehr und hänge in der Luft*.

Eine weitere Patientin (55 Jahre) befand sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung wegen eines chronisch reaktiven Verstimmungszustand in medikamentöser Behandlung.

Einer der 7 Patienten beschrieb seine Stimmung als gedrückt, *er sei nervös, innerlich unruhig und fühle sich hilflos*. Im Interview erschien er affektlabil.

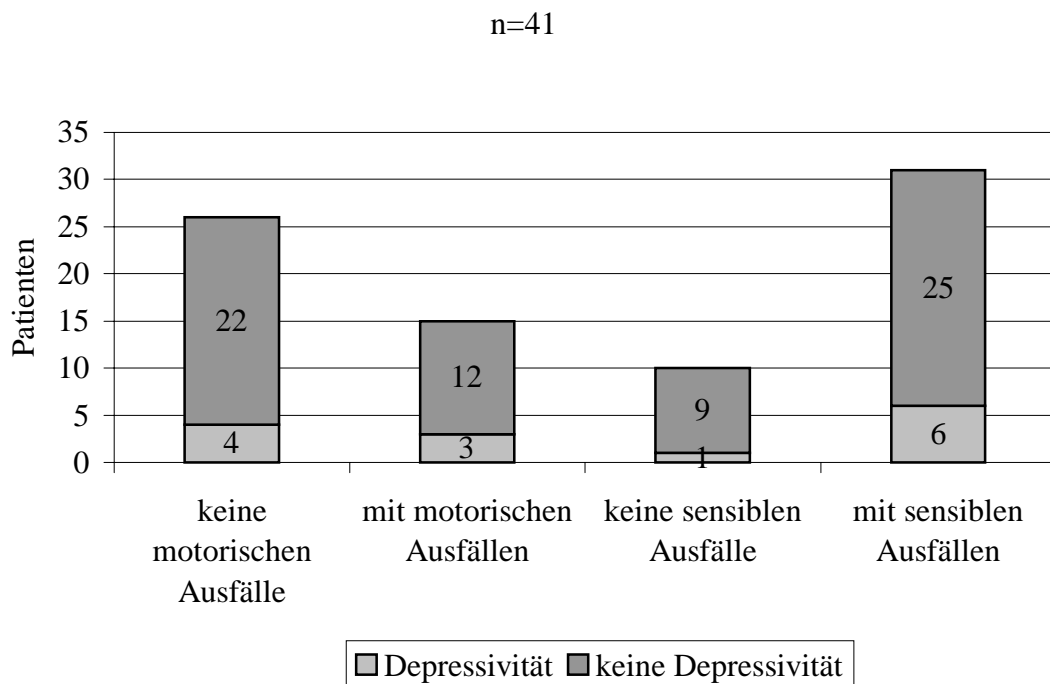
5 der als depressiv beschriebenen Patienten fielen auch in die Kategorie von Patienten mit einer subjektiv verminderten seelischen Belastbarkeit.

V.3.3.1. Depressivität in Abhängigkeit von neurologischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

Untersucht man die Häufigkeit des Auftretens depressiver Symptome mit neurologischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, so war ein statistischer Zusammenhang, sowohl zu sensiblen, als auch zu motorischen Ausfällen nicht nachzuweisen.

Dargestellt ist dies in der nachfolgenden Grafik.

Abb. V.3.10.: Depressivität in Abhängigkeit von neurologischen Symptomen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung



Bei der statistischen Auswertung wurden wiederum die Patienten mit leichten und schweren motorischen Ausfällen zusammengefasst.

Tabelle V.3.10.1.: Zusammenhang zwischen Depressivität und neurologischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

Motorik	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,510
	χ^2 -Wert 0,143	p=0,705**
Sensibilität:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,444
	χ^2 -Wert 0,467	p=0,494*
* 1 Zelle mit einer erwarteten Häufigkeit <5		
** 2 Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit <5		

V.3.3.2 Depressivität in Abhängigkeit von neurologischen Symptomen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung

Auch bei der Gegenüberstellung von depressiven Verstimmungszuständen und neurologischen Beschwerden zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung konnten keine Zusammenhänge nachgewiesen werden, wie nachfolgende Grafik (V.3.11.) zeigt.

Patienten ohne motorische bzw. sensible Ausfälle und mit leichten motorischen bzw. sensiblen Einbußen wurden in einer Gruppe zusammengefaßt.

Abb. V.3.11.: Depressivität in Abhängigkeit von neurologischen Ausfällen
zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung

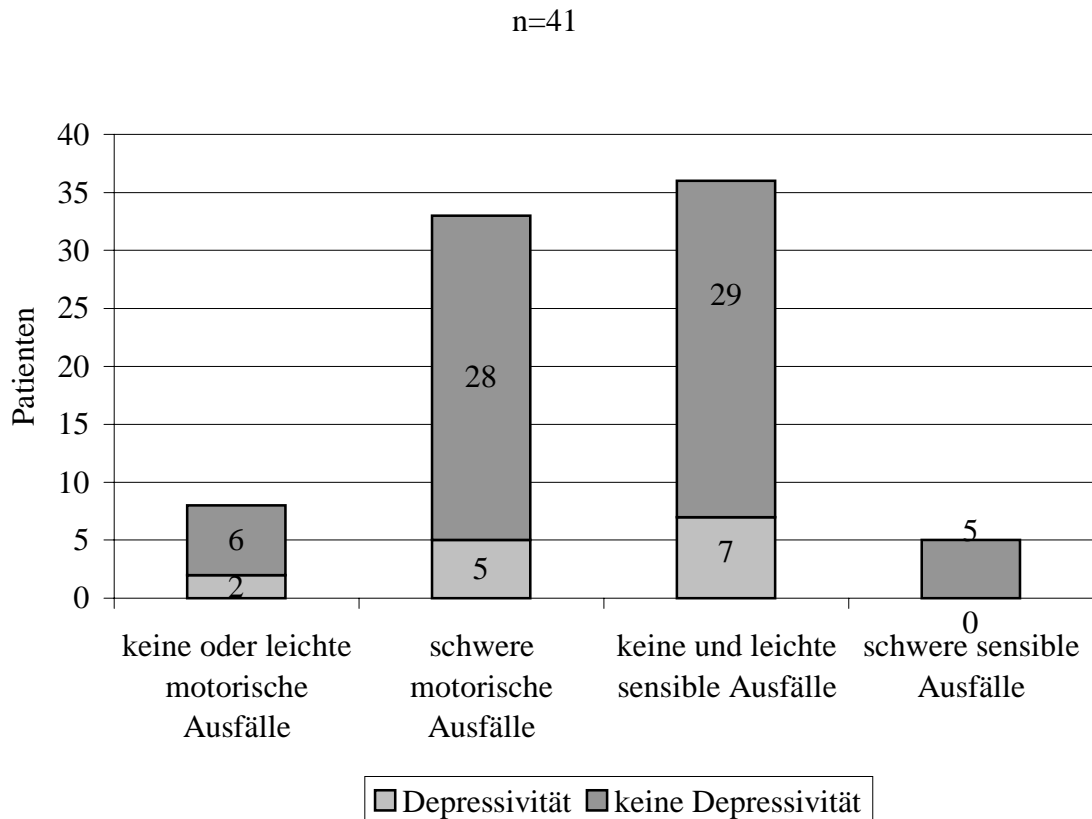


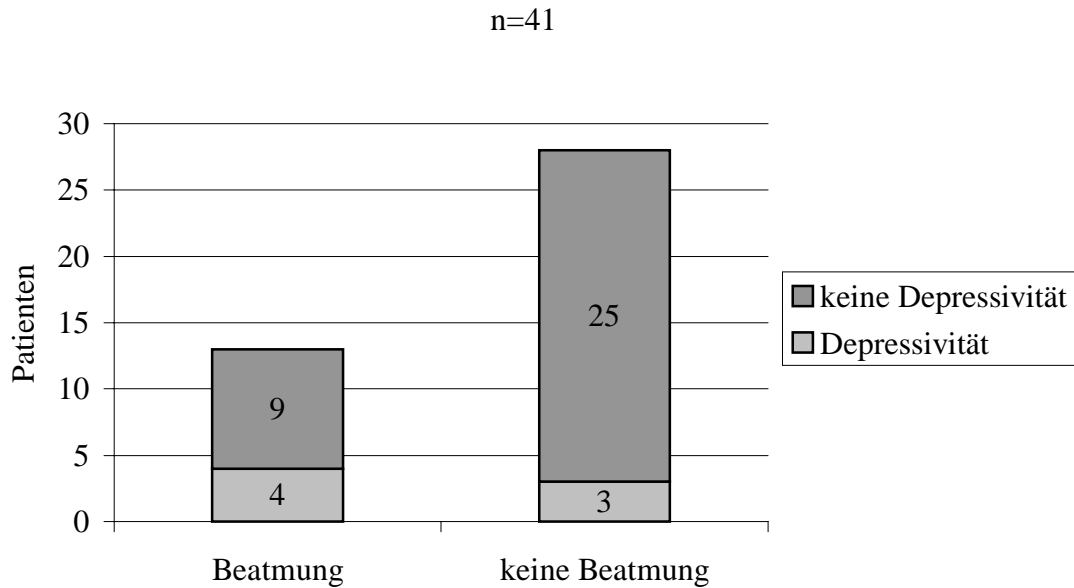
Tabelle V.3.11.1.: Zusammenhang zwischen dem Auftreten
von Depressivität und neurologischen Ausfällen
zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung

Motorik:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,416
	χ^2 -Wert 0,441	p=0,507*
Sensibilität:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,371
	χ^2 -Wert 1,172	p=0,279**
* 1 Zelle mit einer erwarteten Häufigkeit <5		
** 2 Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit <5		

V.3.3.3 Depressivität in Abhängigkeit von der Beatmungsnotwendigkeit

Auffällig war, daß 30,8% (4/13) der beatmeten Patienten über depressive Symptome berichteten, hingegen nur 10,7% (3/28) der nicht beatmungspflichtigen Patienten.

Abb. V.3.12.: Depressivität in Abhängigkeit von der Beatmungsnotwendigkeit



Statistisch ist dieser Zusammenhang bei der geringen Zellenbesetzung jedoch nicht signifikant.

Tabelle V.3.12.1.: Zusammenhang zwischen Depressivität und der Beatmungsnotwendigkeit zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung

Beatmungsnotwendigkeit:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,128
	χ^2 -Wert 2,522	p=0,112**
** 2 Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit <5		

V.3.3.4 Depressivität in Abhängigkeit vom Nachuntersuchungszeitraum

Untersucht man den Zusammenhang des Auftretens der Depressivität vom zeitlichen Abstand zur Erkrankung, so lassen sich statistisch keine signifikanten Zusammenhänge nachweisen. Auch hier ist einschränkend auf die geringe Zellenbesetzung hinzuweisen.

Abb. V.3.13.: Depressivität in Abhängigkeit vom Nachuntersuchungszeitraum

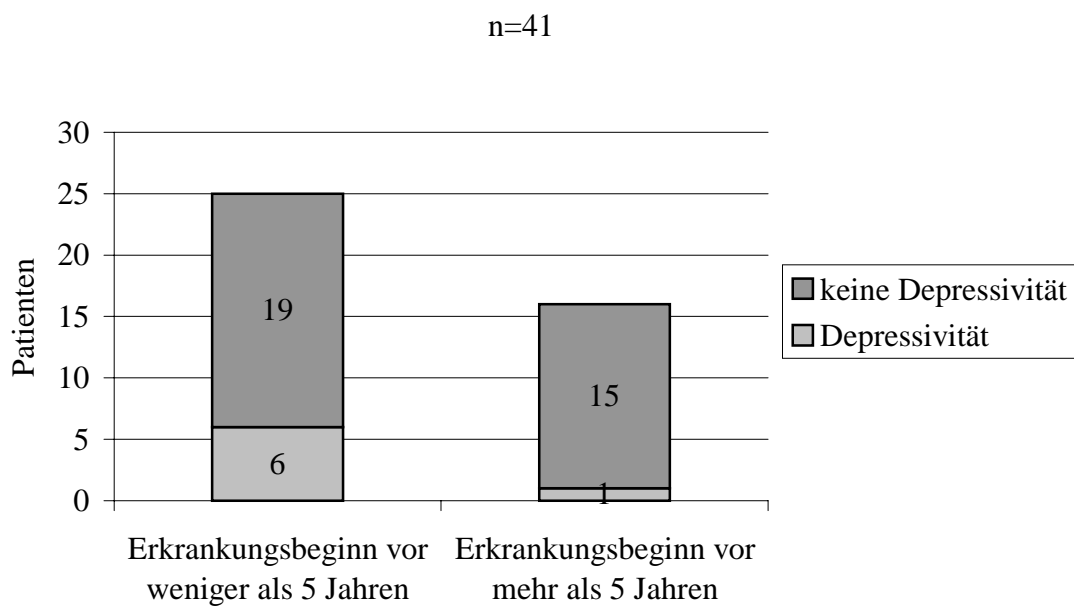


Tabelle V.3.13.1: Zusammenhang zwischen der Depressivität und dem Nachuntersuchungszeitraum

Erkrankungszeitpunkt:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,147
	χ^2 -Wert 2,171	p=0,141**
** 2 Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit <5		

Im folgenden werden die untersuchten Zusammenhänge tabellarisch zusammengefasst. (Tab. V.3.13.2)

Tab. V.3.13.2. Zusammenfassung der Zusammenhangsprüfung:

Neurologischer Befund zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung:

Verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit von ...		
motorischen Ausfällen:	p=0,605	$\alpha > 0,05$
sensiblen Ausfällen:	p=0,246	$\alpha > 0,05$
Vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit von ...		
motorischen Ausfällen:	p=0,029*	$\alpha < 0,05$
sensiblen Ausfällen:	p=0,092	$\alpha > 0,05$
Depressivität in Abhängigkeit von ...		
motorischen Ausfällen:	p=0,510	$\alpha > 0,05$
sensiblen Ausfällen:	p=0,444	$\alpha > 0,05$

Neurologischer Befund zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung:

verminderte seelische Belastbarkeit in Abhängigkeit von ...		
keinen/leichten motorischen Ausfällen:	p=0,012*	$\alpha < 0,05$
sensiblen Ausfällen:	p=0,564	$\alpha > 0,05$
vermehrte Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit von ...		
motorischen Ausfällen	p=0,501	$\alpha > 0,05$
sensiblen Ausfällen:	p=0,486	$\alpha > 0,05$
Depressivität in Abhängigkeit von ...		
motorischen Ausfällen:	p=0,416	$\alpha > 0,05$
sensiblen Ausfällen:	p=0,371	$\alpha > 0,05$

Erlebte psychische Veränderungen in Abhängigkeit ...

von der Beatmungsnotwendigkeit		
Verm. seelische Belastbarkeit:	p=0,477	$\alpha > 0,05$
Verm. Stimmungsschwankungen:	p=0,008**	$\alpha < 0,01$
Depressivität:	p=0,128	$\alpha > 0,05$
vom Erkrankungszeitpunkt		
Verm. seelische Belastbarkeit:	p=0,020*	$\alpha < 0,05$
Verm. Stimmungsschwankungen:	p=0,350	$\alpha > 0,05$
Depressivität:	p=0,147	$\alpha > 0,05$

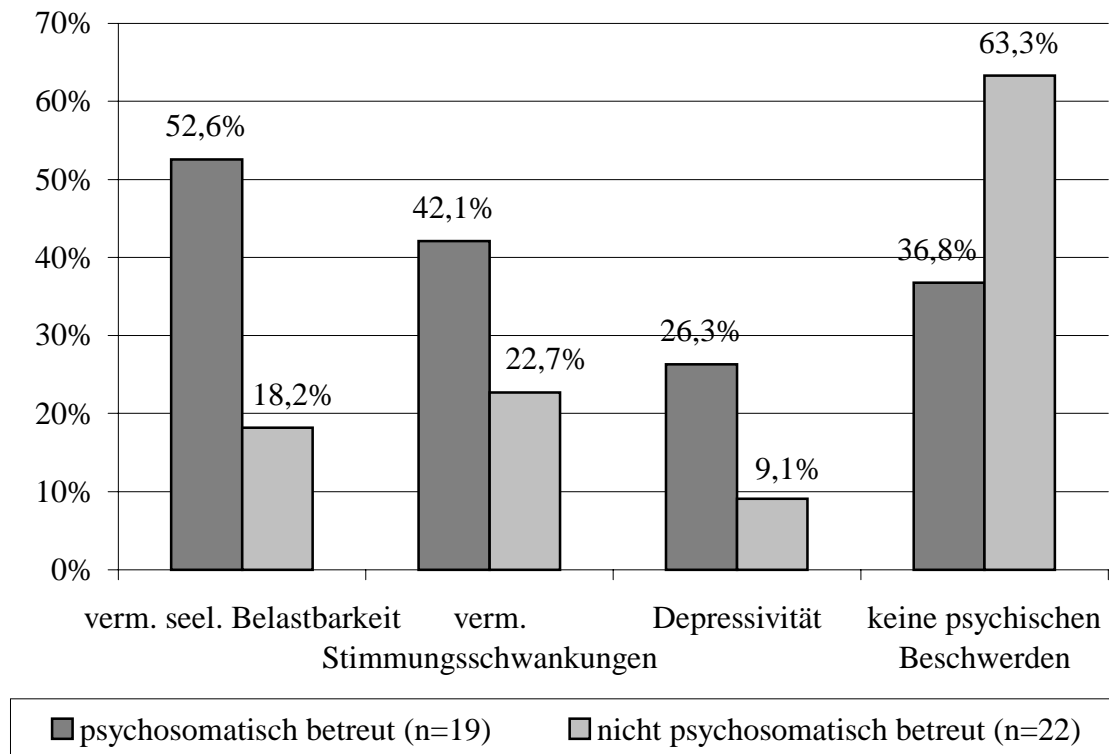
*5% Niveau

**1% Niveau

V.3.4 Vergleich der in der Akutphase psychosomatisch voruntersuchten und psychosomatisch nicht betreuten Patienten bezüglich der psychischen Befunde

In der vorliegenden Studie bestand das untersuchte Patientenkollektiv aus nahezu gleich großen Anteilen von Patienten, die zum Zeitpunkt der Akuterkrankung psychosomatisch voruntersucht, bzw. mitbetreut wurden (19 Patienten) und Patienten die in der Studie von V. Lauter (1997) nicht untersucht worden waren (22 Patienten).

Abb. V.3.14: Vergleich der psychischen Befunde der Patienten, die in der Akutphase mitbetreut wurden und der Patienten ohne supportive psychotherapeutische Kontakte



Hierbei fällt auf, daß tendenziell ein höherer Anteil von Patienten, die in der Akutphase psychosomatisch untersucht und mitbetreut wurden, zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bei sich selbst psychische Veränderungen bzw. Auswirkungen registrieren. Statistisch auf dem 5% Niveau signifikant ist dies nur für die verminderte seelische Belastbarkeit nachweisbar.

Tab. V.3.14.1.: Zusammenhänge zwischen dem Auftreten bestimmter psychischer Befunde bei in der Akutphase psychosomatisch betreuten Patienten und den Patienten ohne psychosomatische Unterstützung

Verm. Seel. Belastbarkeit:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,023
	χ^2 -Wert 5,381	p=0,020
Verm. Stimmungsschwankungen:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,160
	χ^2 -Wert 1,768	p=0,184
Depressivität:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,148
	χ^2 -Wert 2,136	p=0,144**

** 2 Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit <5

Die psychosomatisch mitbetreuten Patienten wurden allerdings alle innerhalb von 5 Jahren nach der Akuterkrankung nachuntersucht, so daß der beschriebene Unterschied am ehesten auf den geringen Zeitabstand zur Akuterkrankung zurückzuführen sein dürfte. Von den 22 Patienten, die nur die übliche neurologische Behandlung ohne supportive psychotherapeutische Kontakte erhalten hatten, wurden 6 innerhalb von 5 Jahren und 16 nach mehr als 5 Jahren nach Auftreten der Erkrankung nachuntersucht. Zu berücksichtigen ist ferner, daß die psychosomatisch mitbetreuten Patienten aufgrund der Kontakte möglicherweise auch in ihrer Selbstwahrnehmung sensibilisiert waren und die subjektive Wahrnehmung von Veränderungen nicht unbedingt den Grad objektiver Beeinträchtigungen widerspiegelt.

Insgesamt ergeben sich keine statistisch eindeutigen Hinweise auf eine Abhängigkeit der psychosomatischen Kontakte in der Akutphase und dem Auftreten psychischer Befunde zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (s. Abb.:V.3.14.2.).

Abb.: V.3.14.2.: Zusammenhänge zwischen dem Auftreten subjektiv wahrgenommener psychischer Veränderungen bei in der Akutphase psychosomatisch betreuten Patienten und Patienten ohne psychosomatische Unterstützung

Psychische Befunde:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,081
	χ^2 -Wert 2,930	p=0,087

Vergleicht man nur diejenigen Patienten, die innerhalb von 5 Jahren nach der Akuterkrankung nachuntersucht wurden miteinander (n=25), so lassen sich statistisch keine Abhängigkeiten zwischen psychosomatisch betreuten und nicht psychosomatisch betreuten Patienten in Bezug auf psychische Befunde nachweisen. Dabei sind die zu vergleichenden Gruppen psychosomatisch betreuter (19/25) und nicht betreuter Patienten (6/25) unterschiedlich groß und bilden somit keine günstigen Vergleichsgruppen.

Von den 6 Patienten, die innerhalb von 5 Jahren nach der Akuterkrankung nachuntersucht wurden, aber keine supportive psychosomatische Unterstützung erhalten hatten, gaben 3 Patienten (50%) an, keine psychischen Beschwerden zu haben und ebenfalls 3 Patienten (50%) litten unter psychischen Einschränkungen.

Abb.: V.3.14.3.: Zusammenhänge zwischen dem Auftreten psychischer Befunde bei in der Akutphase psychosomatisch betreuten Patienten und den Patienten ohne psychosomatische Unterstützung mit einem Nachuntersuchungszeitraum <5 Jahre

Verm. Seel. Belastbarkeit:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,363
Verm. Stimmungsschwankungen:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,267
Depressivität:	Exakter Test nach Fisher-Yates:	p=0,547

V.3.5 Posttraumatische Belastungsstörung

Im Nachfolgenden soll der Fall einer Patientin näher beschrieben werden, die einige Kriterien des DSM IV (APA 1994) für eine posttraumatische Belastungsstörung aufwies. (s. auch II.4 und V.3).

Die Patientin war zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 44 Jahre alt und litt noch an leichten sensiblen Ausfällen. Motorische Defizite konnten nicht nachgewiesen werden.

Zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung des GBS konnten neurologischerseits leichte sensible und motorische Ausfälle dokumentiert werden. Die Patientin litt an einer ataktischen Gangstörung mit Fehlen der Muskeleigenreflexe (Areflexie), Doppelbildern und Ptosis (durch Affektion des N. oculomotorius) und distal an den Extremitäten betonten Sensibilitätsstörungen. Eine künstliche Beatmung war nicht notwendig gewesen. Die Schwere der Erkrankung wurde mitbestimmt durch das Auftreten der oben beschriebenen Ataxie und Ophthalmoplegie. Sie verbrachte 14 Tage auf der Intensivstation. Ihre psychische Verfassung zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung beschreibt sie als *hoffnungsvoll*. Sie habe immer *an die Aussagen der Ärzte geglaubt, daß es bald besser werde*. Als stärkste Belastung zum Zeitpunkt der Erkrankung war der Patientin die Plasmapherese und die Umgebung auf der Intensivstation in Erinnerung geblieben.

Durch diese Umstände wurde das Kriterium A) des DSM IV für eine posttraumatische Belastungsstörung erfüllt. „Die Person hat ein Ereignis erlebt, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegt.“

Im Kriterium B) des DSM IV wird das Wiedererleben des Traumas auf verschiedene Arten gefordert. Hier gab die Patientin an, der Nachuntersuchungstermin in der neurologischen Universitätsklinik habe sie sehr belastet. Sie habe das Wiederaufsuchen der Klinik, in der sie behandelt wurde, so erlebt, als sei das traumatische Ereignis teilweise zurückgekehrt (B) (3) des DMV IV).

Außerdem erinnere sie sich jedes Jahr Weihnachten (erstmaliges Auftreten erster Symptome des GBS) an die Erkrankung (B) (4) des DSM IV).

In engem Zusammenhang mit diesem Kriterium steht das Kriterium C). Die Patientin vermeidet Anstrengungen, Gedanken oder Gefühle, die mit dem Trauma in Zusammenhang stehen (C) (1)) oder Erinnerungen, die das Trauma wachrufen (C) (2)). Die Patientin berichtete, aus diesem Grunde sei es ihr schwer gefallen, zum Nachuntersuchungstermin die neurologische Klinik aufzusuchen und sich durch das Interview bzw. die Fragebögen und Untersuchungen mit dem Ereignis noch einmal auseinander zusetzen. Sie habe die letzten Nächte schlecht geschlafen und gehäuft unter Kopfschmerzen gelitten. Dem Interview gegenüber war die Patientin skeptisch eingestellt, und sie hörte auf zu erzählen, sobald jemand die Tür öffnete.

Die Punkte (3) und (4) des Kriteriums C) wurden nicht erfüllt. Sowohl eine psychogene Amnesie als auch ein auffällig vermindertes Interesse an bedeutenden Aktivitäten lagen nicht vor. Auch Alpträume werden verneint.

Die Patientin litt an einer erhöhten Reizbarkeit, war schnell ungeduldig und erhöht schreckhaft. *Alles werfe sie sofort aus der Bahn, und sie sei nicht gerne länger von zu Hause weg. Oft sei sie innerlich unruhig und habe unbestimmte Ängste* (Kriterium D) (2), (3), (4) des DMV IV). *Sie Sorge sich um ihre Gesundheit, da ja das GBS nach einer Borrelieninfektion aufgetreten sei.*

All diese Symptome seien relativ schnell nach der Entlassung aus dem Krankenhaus aufgetreten (Kriterium E)).

Das Auftreten von Symptomen einer PTSD bei einer Patientin mit einem nicht sehr ausgeprägten Verlauf des GBS und nicht bei Patienten, die beatmet wurden oder eine ausgeprägte Tetraparese aufwiesen, zeigt, daß neben der tatsächlichen Belastung auch Faktoren der Persönlichkeit, Belastungsverarbeitung, psychosozialen Unterstützung etc. eine große Rolle spielen.

V.4 Krankheitsverarbeitung

Im folgenden werden die Auswertungen in jenen Interviewabschnitten dargestellt, die sich auf verschiedene Aspekte der Krankheitsverarbeitung beziehen. Neben dem psychischen Befinden der Patienten sollten auch die am häufigsten auftretenden Formen der Krankheitsverarbeitung dokumentiert werden.

Depressive Verarbeitungsformen mit Resignation, Ausleben von Gefühlen, Wahrnehmungsabwehr bzw. Vermeidung, Informationssuche, Optimismus-Strategien, Sinngebung, Inanspruchnahme sozialer Unterstützung oder Akzeptieren der Situation, waren typische Beispiele für Formen der Krankheitsverarbeitung (Muthny 1994), die in unserem Patientenkollektiv gefunden wurden.

Grundlagen hierfür bildeten die Fragen aus dem Interview: „*Was machen Sie heute, um mit den Krankheitserscheinungen und den Folgen fertig zu werden?*“ (Nr. VI.1. des Interviews), „*Hat sich an der Art, wie Sie mit der Krankheit umgehen, im Laufe der Zeit etwas geändert?*“ (Nr. VI.2. des Interviews), „*Welches sind für Sie die größten Hilfen, um mit den Folgen der Erkrankung fertig zu werden?*“ (Nr.VI.3 des Interviews) und „*Welches ist für Sie die stärkste Belastung?*“ (Nr.V.8 des Interviews). Außerdem wurde von den Patienten auf die offen gehaltene Frage nach den stärksten Belastungen (s. oben) oft die Angst vor einem Rezidiv und eine vermehrte Sorge um die Gesundheit benannt. Die Antworten wurden zunächst gesammelt und später im Kategoriensystem unter den Punkten VI.21 und VI.22 zusammengestellt (Items 210-217 und 220-225 des Kategoriensystems).

In diesem Kapitel sollen auch die aus der Erkrankung resultierenden positiven Veränderungen im Leben der Patienten benannt werden. Hier wurde die Frage „*Hat sich durch die Erkrankung in der Einstellung zum Leben etwas verändert?*“ (Nr.VII.1 des Interviews, Items 230-237 des Kategoriensystems) zugrunde gelegt.

In den nachfolgenden Kapiteln finden sich die Ergebnisse zu der Angst vor einem Rezidiv, den größten Hilfen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, den größten Belastungen und der Einstellung zum Leben.

V.4.1 Angst vor einem Rezidiv, vermehrte Sorge um die Gesundheit

12 der 41 (29,3%) nachuntersuchten Patienten gaben eine zum Teil sehr ausgeprägte Angst vor einem Rezidiv an. Bei den meisten dieser Patienten resultierte daraus eine vermehrte Sorge um die Gesundheit (5 von 12 Patienten, 41,7%). 2 der 41 Patienten (4,9%) berichteten über eine vermehrte Sorge um ihre Gesundheit, ohne daß daraus die Angst vor einem Rezidiv resultierte.

Eine vermehrte Sorge um die Gesundheit äußerte sich z. B. durch das genauere Beobachten körperlicher Restbeschwerden. So gab ein Patient an, auf jede Verschlimmerung der körperlichen Beschwerden genau zu achten und davor Angst zu haben. Eine Patientin sagte, sie habe „*Angst vor jeder Grippe*“ und „*gehe schneller als vor der Erkrankung zum Arzt*“.

Der sehr offen gehaltenen Schlussteil des Interviews beinhaltete die Frage, ob die Patienten noch etwas wissen wollten oder ob es noch Dinge gäbe, die mit der Erkrankung zusammenhingen und die noch nicht angesprochen worden wären.

An dieser Stelle erkundigten sich einige Patienten nach dem Gesundheitszustand und dem Befinden von Mitpatienten. Außerdem tauchten allgemeine Fragen zum GBS auf, unter anderem z. B. ob die Erkrankung wiederkommen könne. Auch hier äußerten einige Patienten die Angst vor einem erneuten Auftreten der Erkrankung oder einer Verschlimmerung der Restbeschwerden.

V.4.2 Größte Belastungen und Hilfen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung

Grundlage für diese Auswertungen bildete die Frage: *"Welches ist für Sie die stärkste Belastung?"* (Nr.V.8 des Interviews). Auch hier wurden die Antworten unserer Patienten gesammelt und im Kategoriensystem (Items 210-217 des Kategoriensystems) festgehalten.

Die Frage nach den größten Belastungen schien für einige Patienten nicht eindeutig genug formuliert zu sein, so daß 7 Patienten (17,1%) keine Angaben machten.

Auch die größten Hilfen zum Nachuntersuchungszeitpunkt wurden von 12 Patienten (29,3%) nicht benannt. Da diese Fragen in den offen gehaltenen Teil des Interviews fielen, hätte zur exakteren Differenzierung genauer auf diesen Punkt eingegangen werden müssen.

Trotzdem sollen im Weiteren die benannten Hilfen und Belastungen beschrieben werden. Gefragt wurden die Patienten nach Belastungen, die sie als Folge des Guillain-Barré-Syndroms erlebten und nach Hilfen beim Umgang mit den Folgen des GBS.

12 Patienten (29,3%) meinten zum Zeitpunkt des Interviews, keinen besonderen Belastungen mehr ausgesetzt zu sein.

Durch körperliche Einschränkungen besonders belastet fühlten sich 17 Patienten (41,5%). Hierunter fielen Belastungen durch neu aufgetretene körperliche Beschwerden, Angst vor einem Rezidiv, Schmerzen, Einschränkungen im täglichen Leben durch körperliche Beschwerden, wie z. B. beim Auto fahren, oder im Beruf. Zusätzlich zu den körperlichen Belastungen fühlten sich durch seelische Beschwerden 3 Patienten (7,3%) belastet. 2 Patienten (4,9%) gaben familiäre bzw. partnerschaftliche Probleme als Belastung an. 2 weitere Patienten (4,9%) fühlten sich durch berufliche Schwierigkeiten belastet.

Ein Patient (2,4%) meinte, durch eine veränderte Grundeinstellung weniger Belastungen ausgesetzt zu sein.

Von den Patienten, die die für sie größten Hilfen angegeben haben, war dies für 21 Patienten (51,2%) der Partner bzw. die Familie. So gaben z. B. 2 Patienten eine intensivere Beziehung zu einem Familienmitglied als größte Hilfe an. 15 Befragte (36,6%) beschrieben die Ablenkung durch Hobbies und Freizeitgestaltung als hilfreich.

Als weitere Hilfen wurden benannt, die Krankheit als Schicksal annehmen (1 Patient, 2,4%), eigene Motivation (3 Patienten, 7,3%), die Religiosität (1 Patient, 2,4%) und Freundschaften (5 Patienten, 12,2%).

V.4.3. Einstellung zum Leben

Dieses Kapitel soll vor allem positive Veränderungen, die das GBS für die Patienten mit sich gebracht hat, beschreiben. Zugrundegelegt wurde die Frage *"Hat sich durch die Erkrankung in der Einstellung zum Leben etwas verändert?"* (Nr.VII.1 des Interviews, Items 230-237 des Kategoriensystems).

Die negativen Veränderungen bzw. psychischen Belastungen wurden bereits in den vorangegangenen Teilen dieser Arbeit beschrieben, so daß hier nur die im Kategoriensystem unter VII.23. gesammelten Antworten zu positiven Veränderungen im Leben der Patienten beschrieben werden.

12 der 41 Patienten (29,3%) bezeichneten ihre Einstellung zum Leben als unverändert im Vergleich zu der Einstellung vor der Erkrankung. 3 dieser 12 Patienten (25%) wurden in der Akutphase psychosomatisch mitbetreut.

Nur 2 Patienten (4,9%) konnten keine positiven Veränderungen als Folge der Erkrankung feststellen und bezeichneten ihre Grundeinstellung zum Leben als negativer. Beide waren in der Akutphase psychosomatisch mitbetreute Patienten.

Alle übrigen Patienten (27 Patienten, 65,9%) beschrieben mehr oder weniger intensive positive Veränderungen, die die Extremerfahrung durch die Erkrankung mit sich gebracht habe. 14 dieser 27 Patienten (51,9%) waren in der Akutphase der Erkrankung psychosomatisch mitbetreut worden.

So gaben 6 von 27 Patienten (22,2%, darunter 4 von 6 (66,7%) psychosomatisch mitbetreute Patienten) an, sich mehr zu gönnen. Dies beinhaltete sowohl berufliche als auch private und materielle Dinge. Besonders häufig wurde beschrieben, intensiver zu leben. Dies gaben 12 der 27 Patienten (44,4%) an. 6 von diesen 11 Patienten (54,6%) wurden in der Akutphase psychosomatisch mitbetreut. 9 Patienten (33,3%) behaupteten, seit dem Guillain-Barré-Syndrom gelassener auf äußerliche Stressfaktoren zu reagieren, 3 dieser 9 Patienten (33,3%) waren psychosomatisch betreut worden. 10 Patienten (37%) beschrieben ihre Grundeinstellung zum Leben als positiver bzw. optimistischer. Psychosomatisch in der Akutphase mitbetreut worden, waren 5 der 10 Patienten (50%).

Ansonsten wurden noch viele weitere positive Effekte beschrieben, wie z. B. gelassener auf Probleme anderer zu reagieren, weniger Belastungen durch die veränderte Grundeinstellung ausgesetzt zu sein, mehr auf sich zukommen zu lassen, gelassener das Schicksal anzunehmen, vieles leichter zu nehmen oder sich mehr Ruhe zu gönnen. Ein Patient meinte, er spreche eher aus, was ihn bedrücke. Ein weiterer sagte, er mache berufliche Abstriche, um mehr Zeit für seine Frau und seine Familie zu haben. Toleranter zu sein, sich nicht mehr unter Druck setzen bzw. hetzen zu lassen, mehr Abstand zu haben, Dinge abgeben zu können, waren weitere Beschreibungen positiver Veränderungen. Ein Patient meinte, er lebe in den nächsten Tag hinein, ohne sich große Gedanken um die Zukunft zu machen.

Der größte Teil der Patienten beschrieb diese für sie positiven Veränderungen in ihrer Einstellung zum Leben durch das GBS neben den belastenden psychischen Auswirkungen. So gaben 14 Patienten (34,2%), die nicht durch psychische Symptome beeinträchtigt waren, positive Veränderungen nach Ausbruch der Erkrankung an (darunter 5 von 14 (35,7%) psychosomatisch mitbetreute Patienten).

13 Befragte (31,7%) konnten eine positive Veränderung der Lebenseinstellung feststellen, obwohl sie durch vermehrte Stimmungsschwankungen oder Ähnliches beeinträchtigt waren. Der größere Anteil dieser 13 Befragten wurde in der Akutphase der Erkrankung psychosomatisch mitbetreut (9 von 13 Patienten, 69,2%).

Bei etwa gleich vielen Befragten ohne psychische Beeinträchtigungen (7 Patienten, 17,1%) und Patienten mit einer der beschriebenen Formen psychischer Symptome (5 Patienten, 12,2%) blieb die Lebenseinstellung gleich. Bei den Patienten ohne psychische Beeinträchtigung wurden 2 Patienten (28,6%) und bei den Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen 1 Patient (20%) in der Akutphase psychosomatisch mitbetreut.

Auffällig war hier, daß nur Patienten mit psychischen Beeinträchtigungen eine negative Lebenseinstellung äußerten. Beide Patienten wurden in der Akutphase psychosomatisch mitbetreut. Kein Patient ohne psychische Beeinträchtigung beklagte eine negativere Grundeinstellung.

Die Tabelle V.4.1 gibt einen Überblick über die Ergebnisse bezüglich der Krankheitsverarbeitung.

Tab. V.4.1. Zusammenfassung Krankheitsverarbeitung

Angst vor einem Rezidiv/ Vermehrte Sorge um die Gesundheit:

Angst vor einem Rezidiv:	12 Patienten (29,3%)
Vermehrte Sorge um die Gesundheit:	7 Patienten (17,1%)

Belastungen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung:

Nicht benannt:	7 Patienten (17,1%)
Keine besonderen Belastungen durch die Erkrankung:	12 Patienten (29,3%)
Vermehrte (seelische, körperliche, etc.) Belastungen:	21 Patienten (51,2%)
Subjektiv weniger belastet durch die Erkrankung:	1 Patient (2,4%)

Hilfen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung:

Nicht benannt:	12 Patienten (29,3%)
Hilfe durch Partner/Familie:	21 Patienten (51,2%)
Ablenkung durch Hobbies/Freizeitaktivitäten:	15 Patienten (36,6%)

Einstellung zum Leben:

Gleiche Lebenseinstellung:	12 Patienten (29,3%)
Positive Veränderungen:	27 Patienten (65,9%)
Negativere Grundeinstellung:	2 Patienten (4,9%)

V.5 Psychosoziale Folgen

In unserem nachuntersuchten Patientenkollektiv waren nur 7 (17,1%) Patienten neurologisch völlig gesund, das heißt körperlich überhaupt nicht mehr durch Folgen des Guillain-Barré-Syndroms beeinträchtigt. Die restlichen 34 Patienten waren demnach mehr oder weniger ausgeprägt durch Folgen des GBS beeinträchtigt.

Deshalb war es eine wichtige Fragestellung, in der Nachuntersuchung auch die psychosozialen Veränderungen zu dokumentieren. Diese setzen sich zusammen aus der beruflichen, familiären, sozialen Situation und Gestaltung der Freizeit.

V.5.1 Berufliche Situation

Von den 41 Patienten waren zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 24 Patienten (58,5%) berufstätig. 5 Patienten (12,2%) waren vor und nach der Erkrankung Hausfrauen ohne subjektive Einschränkungen.

Von den arbeitsfähigen Erkrankten konnten 9 (37,5%) ihren vorher ausgeübten Beruf ohne Einschränkungen wieder ausführen. Unter ihnen war ein Lehrer, dem die Arbeit physisch erleichtert wurde. So wurde sein Klassenraum zum Beispiel ins Erdgeschoss verlegt. Ein selbständiger Landwirt fühlte sich subjektiv der Arbeit nicht gewachsen und plante, einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeit zu stellen.

3 Patienten (7,3%) waren zunächst berentet worden und wechselten später zu leichteren Tätigkeiten.

6 Patienten (14,6%) arbeiteten in ihrem alten Beruf Teilzeit, 2 von ihnen konnten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bereits wieder Vollzeit arbeiten. 3 von ihnen wechselten zu leichteren Tätigkeiten.

1 Patient (2,4%) wechselte zu einem physisch weniger anstrengenden Beruf. 2 Erkrankte (4,9%) schulten (nicht wegen des GBS) um. 1 Patient (2,4%) konnte nach Wiedereingliederungsmaßnahmen wieder voll arbeiten.

Ein Patient (2,4%) war nach dem Guillain-Barré-Syndrom arbeitsunfähig, konnte aber selbständig als Imker und Weinhändler weiterarbeiten.

Eine Patientin (2,4%), die ein Rezidiv erlitten hatte, arbeitete nach Ende der ersten Erkrankungsphase Vollzeit, musste aber nach dem Rezidiv zu einer Teilzeittätigkeit wechseln.

Unter den Patienten waren 8 Rentner (19,5%). 2 weitere Patienten (4,9%) wurden nach der Erkrankung, aber nicht wegen des GBS berentet. 2 Befragte (4,9%) mussten ihren Beruf aufgrund der Erkrankung aufgeben und wurden berentet.

Danach traten für 28 Patienten (68,3%) keine langfristigen beruflichen Veränderungen ein (8 Patienten uneingeschränkt berufstätig, 5 Patientinnen Hausfrauen, 10 Patienten berentet, 5 Patienten kurzfristige Einschränkungen). 13 Patienten (31,7%) wurden beruflich mehr oder weniger durch das GBS eingeschränkt.

V.5.2. Soziale Reintegration (Partnerschaft, Familie, Freizeit)

Um Langzeitbeeinträchtigungen der nachuntersuchten Patienten besser beschreiben zu können, bildete die soziale Reintegration einen wichtigen Punkt der Erhebung. Hierbei wurde insbesondere die Partnerschaft, Familie und Freizeitgestaltung angesprochen.

Im Nachfolgenden werden die Antworten auf die Frage *“Welche Belastungen und Folgen haben sich ergeben in Bezug auf die Partnerschaft, Familie und Freizeitgestaltung“* zusammengefasst (Fragen V.3., V.4., V.7. aus dem Interview, Items 160-164, 170-174, 200-202 aus dem Kategoriensystem).

V.5.2.1 Partnerschaft

Von den 31 verheirateten Patienten (75,6%) gaben 19 Patienten (61,3%) keine Veränderungen in der Beziehung, weder zum Positiven, noch zum Negativen an. Davon meinten 3 Patienten eine kurzzeitige Intensivierung der Ehe bemerkt zu haben, welche aber nach einer Weile wieder nachließ.

9 Patienten (22%) beschrieben eine dauerhafte Intensivierung ihrer Beziehung. Bei 3 Patienten (7,3%) kam es nach Ausbruch der Erkrankung zu Schwierigkeiten und Krisen in der Ehe, die zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch weiterbestanden und die sie als Folge der Erkrankung sahen.

Die übrigen Patienten konnten aus verschiedenen Gründen keine Angaben zu Änderungen der Partnerschaftsbeziehung machen (z. B. ohne Partnerschaft, verwitwet, neue Partnerschaft nach der Erkrankung) Insgesamt war dies ein Kollektiv von 10 Patienten (24,4%).

Insgesamt gibt der Großteil der Patienten (29 Patienten, 70,7%) an, keine Auswirkungen der Erkrankung auf die Partnerschaft bemerkt zu haben. Bereits die zweitgrößte Gruppe an Patienten (9 Patienten, 22%) empfand die Erfahrung durch die Erkrankung als positiv für die bestehende Partnerschaft. Nur die Beziehung von 3 Befragten (7,3%) litt unter der Erkrankung.

V.5.2.2 Familie

Die Antworten zu der Frage „*Welche Belastungen oder Folgen in Bezug auf die Familie haben sich ergeben?*“ ergaben bei der Auswertung folgende Veränderungen (Frage V.4. aus dem Interview, Items 170-174 aus dem Kategoriensystem).

21 der 41 Befragten (51,2%) beschrieben ihr Familienleben als unverändert.

Zu Schwierigkeiten oder Brüchen mit einzelnen Familienmitgliedern kam es bei 3 Patienten (7,3%). So meinte eine Patientin, die Ursache für diese Schwierigkeiten sei, daß sie eher sage, was sie bedrücke und welche Vorstellungen sie über verschiedene Dinge habe.

9 Patienten (22%) empfanden die Beziehungen zu ihren Familien als intensiver als vor der Erkrankung. So war z. B. der Kontakt zu den Familien häufiger oder auch intensiver.

8 Befragte (19,5%) machten keine Angaben über Auswirkungen auf ihr Familienleben, zum Teil weil sie alleine lebten oder keinen Kontakt mehr zu Familienangehörigen hatten.

Insgesamt bemerkte der größte Teil der Gruppe (21 Patienten, 51,2%) keine Veränderungen der Beziehung zur Familie. Eine Intensivierung der Familienbindung beschrieben 9 Patienten (22%). Nur 3 Befragte (7,3%) gaben Schwierigkeiten mit der Familie oder Familienangehörigen durch die Erkrankung bedingt an.

V.5.2.3 Freizeitgestaltung

Auch die Ergebnisse dieses Unterpunktes ergaben sich aus den Antworten zu der Frage nach Belastungen oder Folgen in Bezug auf die Freizeitgestaltung. (Frage V.7. aus dem Interview, Items 200-202 aus dem Kategoriensystem).

23 Befragte (56,1%) gaben an, ihre Freizeit noch genau wie vor Ausbruch der Erkrankung zu gestalten. Sie gingen im Wesentlichen den gleichen Hobbies und Aktivitäten nach.

Für 12 Patienten (29,3%) entwickelte sich die Freizeitgestaltung nach der Erkrankung zu einem Problem. So büßten 5 dieser Patienten (41,7%) Hobbies ein, da sie aufgrund körperlicher Beschwerden diesen nicht mehr nachgehen konnten. Ein Patient musste zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch regelmäßig intensive Krankengymnastik betreiben, so daß ihm nicht mehr viel Zeit oder Energie für weitere Aktivitäten blieb. Die übrigen gaben keine Gründe für eine weniger intensive Freizeitgestaltung an.

6 Befragte (14,6%) gestalteten ihre Freizeit intensiver. 3 dieser Patienten gaben an, durch die Krankengymnastik zu sportlichen Aktivitäten geführt worden zu sein.

Andere nahmen sich mehr Zeit für ihre Hobbies oder waren durch die Erkrankung zu neuen Hobbies gekommen. So verbrachte ein Patient seine Zeit mit dem Schreiben von Geschichten, nachdem er durch körperliche Restbeschwerden anstrengenderen Aktivitäten nicht mehr nachkommen konnte. Ein weiterer Patient gab an, sich mehr Zeit für Freizeitaktivitäten, wie Reisen oder Ausflügen mit seiner Frau zu nehmen und seine Arbeitsbelastung entsprechend zu reduzieren.

Der größte Teil mit 23 der Patienten (56,1%) konnte seinen Freizeitaktivitäten, bzw. seinen Hobbies, unverändert nachgehen. Ein weiterer großer Anteil mit 12 der Befragten (29,3%) fühlte sich nach der Erkrankung in der Freizeitgestaltung deutlich eingeschränkt. 6 Patienten (14,6%) widmeten sich ihren Hobbies und Freizeitaktivitäten intensiver, als vor Ausbruch des GBS.

Tab. V.5.1. Psychosoziale Folgen

Berufliche Situation:

Keine langfristigen beruflichen Einschränkungen:	28 Patienten (68,3 %)
davon: uneingeschränkt berufstätig:	8 Patienten (28,6%)
Hausfrauen ohne Einschränkungen:	5 Patienten (17,9%)
Rentner:	10 Patienten (35,7%)
kurzfristige Veränderungen:	5 Patienten (17,9%)
Berufliche Einschränkungen:	13 Patienten (31,7%)
davon: Berufsaufgabe notwendig:	2 Patienten (15,4%)
Wechsel zu leichteren Tätigkeiten/Teilzeit:	11 Patienten (84,6%)

Partnerschaft:

Keine Auswirkungen der Erkrankung auf die Partnerschaft:	19 Patienten (46,3%)
Positive Auswirkungen:	9 Patienten (22%)
Schwierigkeiten in der Partnerschaft:	3 Patienten (7,3%)
Keine Aussagen möglich:	10 Patienten (24,4%)

Familie:

Keine Auswirkungen der Erkrankung auf die Familie:	21 Patienten (51,2%)
Intensivierung der Familienbindung:	9 Patienten (22%)
Schwierigkeiten mit der Familie:	3 Patienten (7,3%)
Keine Aussage möglich:	8 Patienten (19,5%)

Freizeitgestaltung:

Unveränderte Freizeitgestaltung:	23 Patienten (56,1%)
Einschränkungen der Freizeitgestaltung:	12 Patienten (29,3%)
Intensivierung der Freizeitgestaltung:	6 Patienten (14,6%)

VI. Diskussion und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Untersuchung läßt erkennen, daß durch das GBS bei einem Teil der Patienten auch langfristige psychische, physische und psychosoziale Folgen verursacht werden. Das GBS ist eine schwerwiegende Erkrankung, wobei die Krankheitserfahrung auch nach Rückbildung der neurologischen Ausfälle das weitere Leben des Patienten in Bezug auf psychische Beschwerden, die Beziehung zu Freunden und dem Partner, das Berufsleben und die Freizeitgestaltung beeinflussen kann.

Eine Abhängigkeit des Auftretens psychischer Befunde zu neurologischen Ausfällen, sowohl zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung als auch zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung, konnte, anders als bei der während der Akutphase erhobenen Befunde (Lauter et al. 1997), nicht eindeutig nachgewiesen werden. So stand bei Lauter et al. (1997) das Auftreten psychischer Beschwerden in der Akutphase, wie z. B. Depressivität oder Ängste, in einem engen Zusammenhang mit dem Schweregrad der neurologischen Ausfälle. Zum Nachuntersuchungszeitpunkt allerdings scheint ein Auftreten langfristiger psychischer Beeinträchtigungen mit der Beatmungsnotwendigkeit zum Zeitpunkt der Erkrankung zu bestehen. Dies gilt insbesondere für das Auftreten vermehrter emotionaler Labilität mit einer statistischen Signifikanz auf dem 1% Niveau und tendenziell für das Auftreten depressiver Verstimmungszustände ($\alpha=0,128$) (s. u.). Diese Ergebnisse scheinen darauf hinzuweisen, daß die Notwendigkeit zur maschinellen Beatmung möglicherweise einen Belastungsfaktor auch Jahre nach der Akuterkrankung darstellt.

Das Auftreten psychischer Befunde scheint darüber hinaus in einem Zusammenhang mit dem zeitlichen Abstand zur Akuterkrankung zu stehen.

Durch die Untersuchung bestand die Möglichkeit, die oben beschriebenen Auswirkungen zu erfassen und zu beschreiben, da über langfristige psychische und psychosoziale Folgen des Guillain-Barré-Syndroms bisher nur wenig bekannt ist.

VI.1. Körperliche Befunde

In unserem Kollektiv waren nur 7 der 41 Patienten (17%) körperlich völlig gesund. Der größte Anteil der Untersuchten litt an leichten Sensibilitätsstörungen (76%). 37 % zeigten motorische Ausfälle.

In der Studie von Jaeger et al. (1991) hatten 35% (hier: 24%) der Patienten leichte motorische Ausfälle, 30% (hier: 12%) wiesen mittelschwere, bis schwere Paresen auf. Sensible Ausfälle wurden bei 49% der Patienten (hier: 76%) beschrieben, so daß der Anteil an mit sensiblen Ausfällen behafteten Patienten in unserem Kollektiv höher lag. Dieses könnte mit dem Nachuntersuchungszeitraum zusammenhängen.

In der Studie von Jaeger et al. lag der „follow-up“ bei 2-24 Jahren, in der vorliegenden Studie bei <1-12 Jahren. Dieser kürzere Abstand zur Akuterkrankung könnte das gehäufte Auftreten sensibler Defizite in unserem Nachuntersuchungskollektiv erklären.

VI.2. Psychische Befunde

Am häufigsten bestanden eine verminderte seelische Belastbarkeit (34,2%) und vermehrt Stimmungsschwankungen (31,7%). 17,1% der Befragten erlebten sich als depressiv. Diese Angaben spiegeln das Erleben der Untersuchten in einem ausführlichen, halbstrukturiertem Interview wieder, wurden aber nicht durch standardisierte Testverfahren objektiviert.

Da fast die Hälfte der Patienten (48,8%) psychische Beeinträchtigungen durch das GBS angaben, erscheint es sinnvoll, weitere Untersuchungen diesbezüglich durchzuführen, um Möglichkeiten zur Behandlung und Prävention solcher Beschwerden zu finden.

Die vorliegende Arbeit sollte zunächst die aufgetretenen psychischen Befunde erheben und diese beschreiben.

Bei der genaueren Auswertung fiel bei der Prüfung der Zusammenhänge zwischen neurologischen Symptomen, sowohl während der Akutphase als auch am Zeitpunkt der Nachuntersuchung, und dem Auftreten psychischer Befunde auf, daß der Zustand nach einer Beatmung möglicherweise einen Einfluss hat. Patienten, die beatmet wurden, erlebten sich häufiger als depressiv, was sich statistisch nur tendenziell ($p=0,128$) nachweisen lies, sie litten auch Jahre später noch signifikant ($p=0,008$) häufiger an vermehrten Stimmungsschwankungen.

In einer Studie von Fletcher et al. (2000) über die Langzeit-Folgen einer mechanischen Beatmung bei Patienten mit akutem GBS in Bezug auf eine „ambulante Unabhängigkeit“ konnte gezeigt werden, daß Patienten, die beatmet werden mussten, in einem höheren Prozentsatz keine ambulante Unabhängigkeit erreichen konnten, als Patienten, die nicht beatmet wurden. Dies könnte Hinweise auch in Bezug auf langfristige psychische Beeinträchtigungen dieser Patienten liefern.

Während der Akutphase traten depressive Symptome vor allem aufgrund der plötzlichen krankheitsbedingten Einschränkungen der Bewegungs- und Kommunikationsmöglichkeiten auf. Vor allem bei maschinell beatmeten Patienten fand sich signifikant häufiger Hoffnungslosigkeit. (Lauter et al. 1997)

Da die depressive Symptomatik vor Entlassung aus dem Krankenhaus meist rückläufig war, könnten beim Wiederauftreten depressiver Symptome bei 7 der hier untersuchten 41 Patienten auch Probleme der Reintegration eine wichtige Rolle spielen.

In der Studie von Lennon et al. (1993) litt bei einer Nachuntersuchung von Patienten, die an einem schweren akuten GBS erkrankt waren, nur 1 Patient von 31 an einem schweren depressiven Syndrom. 3 der 31 Patienten wiesen in der „Hospital Anxiety and Depression Scale“ einen leicht erhöhten Index für Depressivität auf. Dies entspricht etwa dem Anteil an Patienten, die sich in unserer Nachuntersuchung als depressiv beschrieben haben.

Abhängigkeiten neurologischer Befunde sowohl zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung als auch zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung zu psychischen Befunden konnten statistisch signifikant nur für das Auftreten vermehrter Stimmungsschwankungen in Abhängigkeit zu motorischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nachgewiesen werden. Andere statistisch bedeutsame Abhängigkeiten fanden sich nicht.

Der beschriebene Zusammenhang des Auftretens einer verminderten seelischen Belastbarkeit in Abhängigkeit vom Auftreten keiner bzw. leichter motorischer Störungen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung konnte zwar statistisch nachgewiesen werden ($p=0,012$), muß aber aufgrund der geringen Zellenbesetzungen einschränkend gesehen werden.

Im Falle vermehrter Stimmungsschwankungen war der Zusammenhang zu motorischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung signifikant ($p=0,029$). Patienten mit leichten und schweren motorischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung klagten signifikant häufiger über vermehrte Stimmungsschwankungen.

Bei dem Vergleich der Patienten, die in der Akutphase psychosomatisch betreut wurden und der Patienten, die nur neurologisch therapiert wurden, fällt auf, daß ein höherer Anteil von den psychosomatisch betreuten Patienten psychische Veränderungen angab. Statistisch nachweisbar ist dies nur im Falle der verminderten seelischen Belastbarkeit. ($p=0,020$) Dabei ist zu beachten, daß alle 19 psychosomatisch betreuten Patienten innerhalb von 5 Jahren nach der Akuterkrankung nachuntersucht wurden und zum Nachuntersuchungszeitpunkt noch etwas ausgeprägtere neurologische Residuen aufwiesen. Vergleicht man diese Merkmale nur innerhalb der Patientengruppe ($n=25$), die innerhalb von 5 Jahren nachuntersucht wurde, lassen sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mehr nachweisen. Dabei ist die Gruppe von psychosomatisch voruntersuchten Patienten mit 19 zu 6 nicht psychosomatisch betreuten Patienten relativ groß, so daß sich insgesamt keine eindeutigen Aussagen machen lassen. Darüber hinaus wäre auch denkbar, daß psychosomatisch betreute Patienten auftretende Veränderungen sensibler registrieren.

VI.3. Soziale Reintegration

Auch im sozialen Umfeld der Patienten kam es zu einigen Beeinträchtigungen. Die Erkrankung hatte Einfluss auf die partnerschaftlichen und familiären Beziehungen vieler Befragten. 3 Patienten (7%) empfanden die Erkrankung, auch zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung, noch als Belastung für die Beziehung. Ebenso viele Patienten gaben familiäre Schwierigkeiten an und betrachten das GBS als Ursache dafür.

Eine Einbeziehung der Angehörigen, nicht nur während der Akutphase, erscheint als sehr wichtig. Denn 21 von 41 Patienten (51,2%) gaben auch am Nachuntersuchungstermin als größte Hilfe bei der Bewältigung von Schwierigkeiten ihrer sozialen, beruflichen und psychischen Probleme die Unterstützung durch den Partner oder die Familie an. So wäre eine Aufklärung über die Erkrankung, ihre Komplikationen, ihren Verlauf, die möglichen Folgen und die Mitbetreuung der Angehörigen während des gesamten Verlaufs möglicherweise sehr wichtig.

In der Arbeit von V. Lauter 1997 wird in dem Kapitel über Bewältigungsstrategien in der Akutphase der Erkrankung beschrieben, daß 89,8% der Patienten den Besuch von Angehörigen, 16,3% die Versicherung, daß die Erkrankung eine gute Prognose hat, 12,2% die eigenen Fortschritte und 10,2% das Vertrauen in Ärzte und das Pflegepersonal als besonders wichtig für die Bewältigung der Krankheitssituation empfanden.

Beruflich brachte das Guillain-Barré-Syndrom ebenfalls einschneidende und langfristige Veränderungen für die Erkrankten mit sich. 11 Patienten (26,8%) beschrieben langfristige, dauerhafte Veränderungen ihres Berufslebens.

Für 2 Patienten (4,9%) war eine Berufsaufgabe notwendig. Dieser Anteil an Befragten scheint noch einen größeren Prozentsatz auszumachen, da ein Großteil der Patienten Rentner war und somit in die Gruppe ohne berufliche Veränderungen fiel. (35,7%) Bei diesen war nicht nachzuweisen, ob eine Berufsaufgabe notwendig geworden wäre.

In der bereits erwähnten Untersuchung von Jaeger et al. (1991) über langfristige Beeinträchtigungen durch das Guillain-Barré-Syndrom konnten 60% der Nachuntersuchten ihrer früheren beruflichen Tätigkeit nachgehen. 25% konnten nur eingeschränkt, z. B. Teilzeit, arbeiten, für 15% war eine Berufsaufgabe notwendig.

Damit scheint das Guillain-Barré-Syndrom weitläufige Auswirkungen zu haben, die auch das berufliche Leben der Patienten beeinflussen. Umschulungsmaßnahmen oder Wiedereingliederungsmaßnahmen werden notwendig.

Nicht nur das berufliche Tätigkeitsfeld, welches einen großen Teil im Leben eines Menschen ausmacht, sondern auch die freie Zeit wird beeinflusst. 12 Patienten (29%) empfanden die Freizeitgestaltung und Ausführung vieler ihrer Hobbies als schwieriger und mehr eingeschränkt, als vor ihrer Erkrankung. Durch körperliche Restbeschwerden, eingeschränktes psychisches Befinden oder auch durch soziale Isolation konnten sie bestimmten Hobbies nicht mehr nachkommen, was wiederum Auswirkungen auf weitere Teile ihres Lebens haben konnte.

Diese hier beschriebenen Auswirkungen auf das Leben eines Guillain-Barré-Syndrom-Patienten konnten mit der Frage nach den größten Belastungen im Interview bestätigt werden.

Körperliche Einschränkungen (41,5%), familiäre oder partnerschaftliche Probleme (4,9%) oder berufliche Probleme (4,9%) gehörten zu den genannten größten Belastungen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung.

Dabei nimmt die Ablenkung durch Hobbies und Freizeitgestaltung einen hohen Stellenwert bei den größten Hilfen, um mit der Erkrankung und ihren Folgen fertig zu werden, ein. (36,6%)

VI.4. Krankheitsverarbeitung

Bei der Untersuchung der Krankheitsverarbeitung fiel auf, daß fast 30% der Patienten (29,3%) an einer zum Teil sehr ausgeprägten Angst vor einem Rezidiv litten. Sie beschrieben das Auftreten der Angst vor einem Rezidiv unabhängig von äußeren Einflüssen, aber auch ausgelöst durch Konfrontationen mit bestimmten Situationen, die an die Erkrankung erinnerten, wie z. B. die Nachuntersuchungstermine in der Klinik. Diese Ängste schienen jedoch das übrige Leben der Patienten nicht allzu sehr zu beeinträchtigen.

Allerdings äußerte sich die Angst vor einem Rezidiv oft als vermehrte Sorge um die eigene Gesundheit (41,7%), welche dann doch das Leben einiger Patienten zu beeinträchtigen scheint.

Eine langfristige Betreuung der Patienten scheint nicht nur aus diesem Grunde sinnvoll zu sein. So können z. B. bereits bestehende Selbsthilfegruppen für Guillain-Barré-Patienten einen möglichen Weg darstellen.

Nur eine Patientin entwickelte zumindest einige Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Posttraumatischen Belastungsstörungen nach körperlichen Erkrankungen, wie Malignomen, Herzinfarkt oder HIV Infektionen wurde in den letzten Jahren vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt. Die Fallzahlen und Methodik der meisten Studien zu diesem Thema lassen jedoch keine generalisierbaren Aussagen zur Prävalenz zu (Flatten et al. 2001). Verglichen mit der Prävalenz einer PTSD bei 5-20% der Patienten mit Krebserkrankungen (Alter et al. 1996, Andrykowski et al. 2000) und einer schweren Depression bei 13,3%, bzw. einer mittelgradigen Depression bei 22,5% der Herzinfarktpatienten (Ladwig et al. 1994) erscheint diese Zahl nach einer lebensbedrohlichen Erkrankung wie dem GBS niedrig.

Zum Abschluss brachte die Frage im Rahmen zur Krankheitsverarbeitung über die Einstellung zum Leben nach der Erkrankung überraschende Ergebnisse. Obwohl, wie oben beschrieben, das akute Guillain-Barré-Syndrom für viele Patienten negative Auswirkungen auf psychische, physische und psychosoziale Bereiche hatte, gaben 27 der 41 befragten Patienten (65,9%) auch positive Veränderungen, insbesondere in Bezug auf die Einstellung zum Leben, an. Dies ist, auch im Vergleich zu einer unveränderten Grundeinstellung bei 12 Patienten (29,3%), und einer negativeren, pessimistischeren Grundeinstellung bei 2 Patienten (4,9%), ein relativ hoher Anteil.

Solche Veränderungen finden sich nicht selten nach Auseinandersetzung mit einer schweren, lebensbedrohlichen Erkrankung (Klapp et al. 1988). „Carpe-diem“ Haltungen, Optimismus-Strategien, Ablenkung, Akzeptieren, Depressive Verarbeitung/Resignation, Inanspruchnahme sozialer Unterstützung oder sozialer Rückzug sind typische Wege und Dimensionen der Krankheitsverarbeitung. Krebs-Patientinnen z. B. zeigen bei weitem am stärksten „Carpe-diem“ Haltungen und Selbstermutigungen, während MS-Patientinnen relativ niedrig Vertrauenssetzung in Ärzte und compliancebezogene Strategien skalieren (Muthny 1994).

Angst vor einem Rezidiv mit einer vermehrten Sorge um die Gesundheit, die erwähnten psychischen Befunde, die positiv bzw. negativ veränderten Grundeinstellungen und die größten Hilfen und Maßnahmen, um mit den Folgen der Erkrankung fertig zu werden, sollten im Rahmen der Krankheitsverarbeitung weiter untersucht werden, um gezieltere und effektivere Möglichkeiten in der Prävention und Nachsorge dieser akuten Erkrankung und Traumatisierung durch das GBS zu finden.

Unser nachuntersuchtes Kollektiv zeigt verschiedene Formen der Krankheitsverarbeitung auf emotionaler, kognitiver und handlungsbezogener Ebene. Der größte Teil der Patienten scheint hier zumindest auf der emotionalen Ebene positive Verarbeitungsbemühungen zu zeigen, die zu einer positiveren Lebenseinstellung führen. Alle genannten Verarbeitungsformen haben Einfluss auf die psychosoziale Rehabilitation und damit auf die Lebensqualität der Patienten (Muthny 1994).

Nach Muthny (1994) spielt auch die soziale Unterstützung eine große Rolle. Diese konnte auch in unserem Kollektiv an Patienten gezeigt werden (siehe größte Hilfen und Belastungen).

Insgesamt zeigt diese Untersuchung die Wichtigkeit der weiteren, langfristigen Betreuung der durch das GBS beeinträchtigten Patienten zur Wiedergewinnung der Körperintegrität, des emotionalen Gleichgewichts und Wohlbefindens sowie der Kontrolle, und auf die Erhaltung dieser situationsgemäß optimalen Lebensqualität nach Durchstehen der existentiellen Bedrohung durch das Guillain-Barré-Syndrom (Muthny, 1994, Behling et al.1988, Lennon et al. 1993).

VI.5. Methodenkritik und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit sollte zunächst die körperlichen, psychischen und psychosozialen Langzeitbeeinträchtigungen von Patienten mit einem akuten Guillain-Barré-Syndrom deskriptiv erfassen.

Bei den vorliegenden Befunden zeigten sich langfristige, komplexe Beeinträchtigungen in verschiedenen Bereichen des Lebens eines solchen Patienten, insbesondere im psychischen und psychosozialen Bereich, so daß es zur weiteren Behandlung und Betreuung dieser Patienten genauerer Auswertungen und hypothesenprüfender Erhebungen bedarf. Im Weiteren sollen verschiedene Möglichkeiten hierzu vorgeschlagen werden.

Fast die Hälfte unserer Patienten berichteten über mehr oder weniger ausgeprägte psychische Veränderungen und Beeinträchtigungen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß es bei unserer Untersuchung zu möglichen Selektionseffekten unter den 41 von 110 angeschriebenen Patienten gekommen sein könnte. Denkbar wäre zum Beispiel, daß sich unter den nicht erschienenen Patienten eine höhere psychische Beeinträchtigung findet, die zu einem Rückzugsverhalten oder ähnlichem geführt hat.

Da die erhobenen Daten aus einem halbstrukturierten Interview stammen, welches mit Hilfe einer qualitativen Methodik Veränderungen aus der Sicht der Betroffenen erfasst, sollten zur Einordnung und zum Vergleich mit anderen Krankheitsbildern auch objektivierbare Dokumentationsbögen bzw. Bewertungsskalen, wie z. B. die HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, Zigmond et al. 1983) aus der Studie von Lennon et al (1993), oder andere standardisierte Depressionsskalen benutzt werden. Diese erfassen die globale, aktuelle Depressivität, geben aber nicht die individuellen Unterschiede in Bezug auf Qualität, Differenzierung und Zuschreibung psychischer Symptome (wie zum Beispiel als Krankheitsfolgen) wieder.

Bei der Erkrankung des Guillain-Barré-Syndroms handelt es sich um eine seltene Erkrankung und bei unserer untersuchten Patientengruppe deshalb bereits um eine relativ großes Kollektiv.

Es könnten genauere Untersuchungen zu den Folgen und Wirksamkeiten einer psychischen Betreuung von GBS-Patienten und deren Angehörigen, wie in der Studie von Lauter 1997, im Stadium der akuten Erkrankung angestrebt werden. Insgesamt wären bei solchen Erhebungen zur besseren statistischen Auswertbarkeit größere Fallzahlen, zum Beispiel im Rahmen von Multicenter-Studien, notwendig und sinnvoll.

VII. Zusammenfassung

Das akute Guillain-Barré-Syndrom ist eine akute, über maximal 4 Wochen progressive Entzündung peripherer Nerven und Nervenwurzeln. In seinem Verlauf kann es zu Sensibilitätsstörungen, aufsteigenden Lähmungen und Hirnnervenbeteiligungen bis hin zur Beatmungsnotwendigkeit kommen. Als Ursache für die Erkrankung werden vor allem immunologische Ursachen diskutiert. Je nach Schwere und Ausprägung der Erkrankung kann es neben den physischen Beeinträchtigungen zu erheblichen psychischen Störungen kommen. Die Patienten verlieren bei vollem Bewusstsein jegliche Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit und geraten so in einen Zustand völliger Handlungsunfähigkeit.

Die vorliegende Arbeit beschreibt die Langzeitbeeinträchtigungen von 41 Patienten, die 1994 in Zusammenarbeit mit der Neurologischen Universitätsklinik und Poliklinik der Universität Würzburg, nachuntersucht wurden.

Bei den insgesamt 110 angeschriebenen Patienten sollte zumindest ein kurzfristiger Intensivaufenthalt notwendig gewesen sein und die Abschlussdiagnose eines GBS gesichert sein. Bei den 41 Patienten, die schließlich nachuntersucht werden konnten, wurden somatische, psychische und soziale Folgen durch das GBS erhoben und beschrieben. Hierzu wurde ein halbstrukturiertes Interview verwendet, welches sowohl den akuten Erkrankungszeitraum als auch den jetzigen psychischen, körperlichen und sozialen Status der Befragten beinhaltet. Die Antworten der Patienten wurden mittels eines Kategoriensystems ausgewertet.

Außerdem wurde der somatische Befund zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung und zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung in Dokumentationsbögen festgehalten. Zum Abschluss wurde der Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und neurologischen Ausfällen untersucht.

Als psychische Störungen traten vor allem vermehrte Stimmungsschwankungen (31,7%), eine verminderte seelische Belastbarkeit (34,2%) und Depressivität (17,1%) auf. Ein Zusammenhang zwischen vermehrten Stimmungsschwankungen und motorischen Ausfällen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung konnte statistisch signifikant ($p < 0,05$) nachgewiesen werden.

Eine verminderte seelische Belastbarkeit trat signifikant häufiger ($p < 0,05$) in Abhängigkeit von leichten bzw. keinen motorischen Ausfällen zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung auf. Dieser Befund muß aufgrund der geringen Zellenbesetzung einschränkend gesehen werden. Weitere signifikante Zusammenhänge mit neurologischen Störungen konnten nicht nachgewiesen werden.

Eine Beatmungsnotwendigkeit zum Zeitpunkt der stärksten Ausprägung schien am ehesten Auswirkungen auf das Eintreten vermehrter Stimmungsschwankungen zu haben. Dies konnte statistisch auf dem 1% Niveau nachgewiesen werden ($p = 0,008$).

Auch das Auftreten einer Depressivität schien nach einer Beatmung in der Akutphase häufiger aufzutreten, konnte statistisch aber nicht bzw. nur tendenziell nachgewiesen werden ($p = 0,128$). Der Gesamtanteil an depressiven Patienten war allerdings mit 7 von 41 Personen gering

Im sozialen Bereich waren 18 Patienten (43,9%) beruflich mehr oder weniger durch die Folgen des Guillain-Barré-Syndroms eingeschränkt. Bei 13 Patienten (31,7%) schien dies dauerhafter Natur zu sein. Partnerschaftliche Veränderungen ergaben sich für 12 (29,3%) Patienten. Von diesen beschrieben 9 (22%) diese Veränderungen als positiv, 3 (7,3%) hatten aber zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung noch Probleme mit dem Partner. Ähnliche Befunde konnten bei familiären Beziehungen erhoben werden. 12 Patienten (29,3%) sahen Veränderungen, 3 (7,3%) davon als Schwierigkeiten, 9 Patienten (22%) eher als Intensivierung der Beziehungen zu Familienangehörigen. 8 Befragte (19,5%) machten keine Angaben in diesem Bereich. Einschränkungen durch das GBS in der Freizeitgestaltung erlebten 12 Patienten (29,3%).

Neue Hobbies oder intensivere Freizeitaktivitäten gaben 6 Patienten (14,6%) an. Für 23 (56,%) Befragte schien das GBS keinen Einfluss auf die Gestaltung der freien Zeit zu haben.

Im Rahmen der Krankheitsverarbeitung kam es bei 12 Patienten (29,3%) zu einer verstärkten Angst vor einem Rezidiv des GBS. Daraus resultierte für 5 dieser 12 Patienten (41,7%) eine vermehrte Sorge um die Gesundheit, z. B. einer erhöhten Aufmerksamkeit gegenüber dem eigenen Körper.

An größten Belastungen, die sich zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung für die Patienten ergaben, wurden körperliche Einschränkungen (41,5%), seelische Beschwerden (7,3%), familiäre oder partnerschaftliche Probleme (4,9%) und berufliche Probleme (4,9%) am häufigsten genannt. Als größte Hilfe, um mit den Folgen durch das Guillain-Barré-Syndrom fertig zu werden, nannten die Patienten an erster Stelle die Unterstützung durch den Partner und die Familie (21/41 Patienten, 65,9%). Ablenkung durch Hobbies (36,6%), die eigene Motivation (7,3%) oder Unterstützung durch Freunde (12,2%) waren weitere Hilfen. Über die Hälfte der Befragten (27/41 Patienten, 65,9%) beschrieben auf die Frage nach Veränderungen in Bezug auf die Einstellung zum Leben positive Einflüsse.

Sie lebten intensiver, gönnten sich mehr, reagierten gelassener auf äußerliche Stressfaktoren oder hatten eine optimistischere Grundeinstellung. Nur 2 Patienten (4,9%) hatten nach der Erkrankung eine negativere, pessimistischere Grundeinstellung zum Leben.

Als Konsequenz dieser Untersuchung wäre eine langfristige Betreuung der GBS-Patienten, zum Erkennen und Behandeln psychischer Beschwerden wünschenswert und sinnvoll. Sie zeigt die Wichtigkeit, die Angehörigen zu unterstützen, den Kontakt zu Mitpatienten herstellen oder Hilfen zum Umgang mit den Einschränkungen im beruflichen und sozialen Bereich anzubieten (z. B. in Selbsthilfegruppen für GBS-Patienten).

VIII. Literaturverzeichnis

Alter, M.: The Epidemiology of Guillain-Barré-Syndrome. *Ann Neurol* 27 (Suppl.): 7-12, 1990

Alter, C.L.; Pelcovitz, D.; Axlerod, A.; Goldenberg, B.; Harris, A.; Meyers, B.; Grobois, B.; Mandel, F.; Septimus, A.; Kaplan, S.: Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics* 37: 137-43, 1996

Anderson, S.B.: Guillain-Barré syndrome: Giving the patient control. *J Neurosci Nurs* 24: 158-162, 1992

Andrykowski, M.A.; Cordova, M.J.; McGrath, P.C.; Sloan, D.A.; Kenady, D.E.: Stability and change in posttraumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: a 1-year follow-up. *Psychooncol* 9: 69-78, 2000

Behling, T., Furtwängler, J.: Die Landry-Guillain-Barré-Polyradikulitis. *Nervenarzt* 59:1-7, 1988

Bolgert, F.; Tassan, P.; Wegener, K.; Josse, M.O.; Laplane, D.: Paris: Oneiroides Erleben bei schwerstem Guillain-Barré-Syndrom. *Akt Neurol* 21 "Forum neurologicum" 21: XI, 1994

Buchwald, B.; Toyka, K.V.; Zielasek, J.; Weishaupt, A.; Schweiger, S.; Dudel, J.: Neuromuscular blockade by IgG antibodies from patients with Guillain-Barré syndrome: a macro-patch-clamp study. *Ann Neurol*; 44: 913-22, 1998

Carley, L.: Making Carolyn a believer. *Nursing* 19: 58-60, 1989

Chemtob, C.M.; Herriott, M.G.: Post-Traumatic Stress Disorder as a Sequela of Guillain-Barré-Syndrome. *J Traum Stress* 7: 705-711, 1994

Cornblath, D.R.; Asbury, A.K.; Albers, J.W.; Feasby, T.E.; Hahn, A.F.; McLeod, J.G.: Research criteria for diagnosis of chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy (CIDP). *Neurology* 41: 617-618, 1991

De Jaeger, A.E.J. and Minderhoud, J.M.: Residual signs in severe Guillain-Barré-Syndrome: analysis of 57 patients. Elsevier Science Publishers, 1991, S. 151-156

Dematteis, J.A.: Guillain-Barré-Syndrome: A Team Approach to Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician* 54: 197-200, 1996

Eisendrath, S.J.; Matthay, M.A.; Dunkel, J.A.; Zimmermann, J.K.; Layzer, R.B.: Guillain-Barré-Syndrom: Psychosocial Aspects of Management. *Psychosomatics* 24:465-475, 1983

Fisher, M.: An unusual variant of acute idiopathic polyneuritis (syndrome of ophthalmoplegia, ataxia and areflexia). *N Engl J Med* 255: 57-65, 1956

Flachenecker, P.; Müllges, W.; Wermuth, P.; Hartung, H.P.; Reiners, K.: Eyeball pressure testing in the evaluation of serious bradyarrhythmias in Guillain-Barré-Syndrome. *Neurology* 47: 102-108, 1996

Flachenecker, P.; Hartung, H.P.; Reiners, K.: Power spectrum analysis of heart rate variability in Guillain-Barré-Syndrome. *Brain* 120: 1885-1894, 1997

Flachenecker, P.; Wermuth, P.; Hartung, H.P.; Reiners, K.: Quantitative assessment of cardiovascular autonomic function in Guillain-Barré-Syndrome. *Ann Neurol* 42: 171-179, 1997

Flachenecker, P.; Lem, K.; Müllges, W.; Reiners, K.: Detection of serious bradyarrhythmias in Guillain-Barré syndrome: sensitivity and specificity of 24-hour heart rate power spectrum. *Clin Auton Res* 10: 185-91, 2000

Flatten, G.; Hofmann, A.; Liebermann, P.; Wöller, W.; Siol, T.; Petzold, E.: Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. 2001 Schattauer GmbH

Fletcher, D.D.; Lawn, N.D.; Wolter, T.D.; Wijdicks, E.F.: Long-term outcome in patients with guillain-Barre syndrome requiring mechanical ventilation. Neurology 54:2311-5, 2000

French Cooperative Group on Plasma Exchange in Guillain-Barré Syndrome: Plasma exchange in Guillain-Barré syndrome:role of replacement fluids. Ann Neurol 22: 753-761, 1992

French Cooperative Group on Plasma Exchange in Guillain-Barré Syndrome: Efficiency of plasma exchange in Guillain-Barré syndrome: role of replacement fluids. Ann Neurol 22: 753-761, 1987

Giovanni, G.;Hartung, H.P.: The immunopathogenesis of multiple sclerosis and Guillain-Barré syndrome. Curr Opin Neurol 9: 165-177, 1996

Gold, R.; Hartung, H.P.; Toyka, K.V.: Therapie mit Immunglobulinen bei neurologischen Autoimmunerkrankungen. Fortsch Neurol Psychiat 63: 17-29, 1995

Griffin, J.W.; Li C.Y.; Ho, T.W.; Xue, P.; Macko, C.; Gao, C.Y.; Yang, C.; Tian, M.; Mishu, B.; Cornblath, D.R.: Guillain-Barré syndrome in northern China. The spectrum of neuropathological changes in clinically defined cases. Brain 118: 577-95, 1995

Grisold, G.; Drlicek, M.; Liszka, U.: Klinische Symptome und diagnostische Kriterien der Polyradikulitis-Landry-Guillain-Barré Wien Klin Wochenschr (Suppl.) 190:3-7, 1991

Guillain, G.; Barré, J.A.; Strohl, A.: Sur un syndrome de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du liquid céphalo-rachidien sans réaction cellulaire. Remarques sur les caractères cliniques et graphiques des réflexes tendineux. *Bulletins et Memoirs de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* 40: 1462-1470, 1916

Guillain-Barré Syndrome Study Group: Plasmapheresis and acute Guillain-Barré Syndrome. *Neurology* 35: 1096-1104, 1985

Hadden, R.D.; Cornblath, D.R.; Hughes, R.A.; Zielasek, J.; Hartung, H.P.; Toyka, K.V.; Swan, A.V.: Electrophysiological classification of Guillain-Barre syndrome: clinical associations and outcome. Plasma Exchange/Sandoglobulin Guillain-Barre Syndrome Trial Group. *Ann Neurol* 44: 780-8, 1998

Hadden, R.D.; Karch, H.; Hartung, H.P., Zielasek, J., Weissbrich, B.; Schubert, J.; Weishaupt, A.; Cornblath, D.R.; Swan, A.V.; Hughes, R.A.C.; Toyka, K.V.; and the Plasma Exchange/Sandoglobulin Guillain-Barre Syndrome Trial Group: Preceding infections, immune factors, and outcome in Guillain-Barré syndrome. *Neurology* 56: 758-65, 2001

Hahn, A.F.: Guillain-Barré syndrome. *Lancet* 352: 635-641, 1998

Halls, J.; Bredkjaer, C.; Friis, M.L.: Guillain-Barré syndrome: diagnostic criteria, epidemiology, clinical course and prognosis. *Acta Neurol Scand* 78: 188-122, 1988

Hamill, K.K.: A patient`s eye view. *Prof Nurse* 6: 122, 1990

Hartung, H.-P.; Gold, R.; Zielasek, J.; Archelos, J.J.; Toyka, K.V.: Therapie der akuten Polyradikuloneuritis (Guillain-Barré-Syndrom). *Nervenarzt* 65: 807-818, 1994

Hartung, H.-P.; Pollard, J.D.; Harvey, G.K.; Toyka, K.V.: Immunpathogenesis and Treatment of the Guillain-Barré-Syndrom. Part I and II. *Muscle Nerve* 18: 137-153, 154-164, 1995

Hartung, H.-P.; Zielasek, J.; Jung, S.; Toyka, K.V.: Effector mechanism in demyelinating neuropathies. *Rev Neurol (Paris)* 152: 302-7, 1996

Hartung, H.-P.; Toyka, K.V.; Griffin, J.W.: Guillain-Barré syndrome and chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. In Antel J; Birnbaum, G.; Hartung, H.-P. (eds), *Clinical Neuroimmunology*, Blackwell Science, Oxford 294-306, 1998

Hartung, H.-P.: Akute Polyradikulitis und Guillain-Barré-Syndrom. In: Hopf, HC; Deuschl, G; Diener, CD; Reichmann, H (Hrsg.): *Neurologie in Praxis und Klinik Bd. II*. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1999

Haupt, W.F.; Birkmann, C.; van der Ven, C.; Pawlik, G.: Apheresis and selective adsorption plus immunoglobulin treatment in Guillain-Barre syndrome. *Ther Apher* 4:198-200, 2000

Henze, T.: Intensivtherapie des Guillain-Barré-Syndroms. *Dtsch med Wschr* 199: 1248-1254, 1994

Hughes, R.A.C.: *Guillain-Barré-Syndrome*, London, Springer-Verlag 1990

Hughes, R.A.: Plasma exchange versus intravenous immunoglobulin for Guillain-Barré syndrome. *Ther Apher* 1: 129-30, 1997

Hughes, R.A.; van Der Meche, F.G.: Corticosteroids for treating Guillain-Barre syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD001446

Klapp, B.; Scheer, J.: Bewältigungsansätze und –strategien intensiv-behandelter Patienten. *Medizin Mensch Gesellschaft* 13: 220-230, 1988

Kloß, T.M.; Haupt, W.F.; Philipp, T.; Diener, H.C.: Guillain-Barré-Syndrom und chronische Polyneuritis. *Arzneimitteltherapie* 11, Heft 11, 1993

Kohler, P.C.; Goldblatt, D.: Guillain-Barré syndrome following Campylobacter jejuni enteritis. Arch Neurol 44: 1219, 1987

Ladwig, K.H.; Röhl, G.; Breithardt, G.; Budde, T.; Borggrefe, M.: Post-infarction depression and incomplete recovery 6 months after acute myocardial infarction. Lancet 343: 20-3, 1994

Lauter, V.: Krankheitserleben und psychische Veränderungen bei intensivbehandelten Patienten mit akutem Guillain-Barré-Syndrom. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Medizinischen Fakultät der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg, Mai 1997

Lennon, S.M. et al.: Reasons for persistent disability in Guillain-Barré-Syndrome Clin Rehab 7: 1-8, 1993

Mayer-Groß, W.: Selbstschilderung der Verwirrtheit. Die oneiroide Erlebnisform. Springer, Berlin, 1924

McKahn, G.M.: Guillain-Barré syndrome: Clinical and therapeutic observations. Ann Neurol 27 (Suppl.): 13-16, 1990

Mellerup, E.; Fog, T.; Brown, B., et al.: Environmental Status Scale. In: Haber, A.; Larocca, N.L.; eds. Minimal record of disability for multiple sclerosis. New York: International Federation of MS Societies, National MS Society, 1985

Meyenthaler, J.M.: Rehabilitation of Guillain-Barré syndrome. Arch Phys Med Rehabil 78: 872-9, 1997

Morgan, S.P.: A passage through paralysis. Am J Nurs 10: 70-74, 1991

Murray, D.P.: Impaired Mobility: Guillain-Barré syndrome. J Neurosci Nurs 25: 100-104, 1993

Muthny, F.A.: Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV). Weinheim: Beltz, 1989

Muthny, F.A.: Forschung zur Krankheitsverarbeitung und psychosomatische Anwendungsmöglichkeiten. Deutsches Ärzteblatt 91:3090-3107, 1994

Norrie, P.: The intensive care experience. Nursing times 88: 40-42, 1992

Pall, H.S.; Williams, A.C.: Subacute Polyradiculopathy with Optic and Auditory Nerve Involvement. Arch Neurol 44: 885-887, 1987

Penrose, N.J.: Guillain-Barré-Syndrome: A Case Study. Rehab Nurse 18: 88-90, 94, 1993

Pencz, A.; Garnier, E.: Immunadsorption in the treatment of Guillain-Barré type polyradiculitis. Nervenarzt 61: 372-5, 1990

Poeck, K.: Neurologie, 8. Auflage, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 1990

Rees, J.: Guillain-Barré Syndrome. Clinical Manifestations and Directions for Treatment. Drugs 49: 912-920, 1995

Ropper, A.H.: Campylobacter Diarrhea and Guillain-Barré-Syndrome. Arch Neurol 45: 655-656, 1988

Ropper, A.H.: Intensive care of acute Guillain-Barré-Syndrome. Can J Neurol Sci 21: 23-27, 1994

Schuchardt, V., Finke, E.; Klein, M.T.; Heitmann, R.: Die akute lebensbedrohliche Polyneuritis. Nervenarzt 54: 74-79, 1983

Schmidt, B.; Toyka, K.V.; Kiefer, R.; Full, J.; Hartung, H.P.; Pollard, J.: Inflammatory infiltrates in sural nerve biopsies in Guillain-Barré syndrome and chronic inflammatory demyelinating neuropathy. *Muscle Nerve* 19: 474-87, 1996

Schmidt-Degenhard, M.: Oneiroides Erleben bei intensivbehandelten panplegischen Polyradikulitis-Patienten. *Nervenarzt* 57: 712-718, 1986

Schmidt-Degenhard, M.: Die oneiroide Erlebnisform. Zur Problemgeschichte und Psychopathologie des Erlebten fiktiver Wirklichkeiten. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest. Springer Verlag 1992

Schmidt, S.; Schindler, E.: Fehldiagnose Polyneuritis Guillain-Barré bei zervikalen und thorakalen Querschnittssyndromen. *Nervenheilkunde* 12: 458-63, 1993

Sindern, E.; Malin, J.P.: Das akute Guillain-Barré-Syndrom. *Deutsche Ärzteblatt* 93: 1895-1898, 1996

The Italian Guillain-Barré Study Group: The prognosis and main prognostic indicators of Guillain-Barré syndrome. A multicentre prospective study of 297 patients. *Brain* 119: 2052-2061, 1996

Toyka, K.V.: *Klinische Neuroimmunologie. Diagnostik, Pathophysiologie, Therapie.* Weinheim: VHC, Edition Medizin 1987

Toyka, K.V.: Eighty three years of the Guillain-Barré Syndrome: clinical and immunopathologic aspects, current and future treatments. *Rev Neurol (Paris)* 155: 10, 849-856, 1999

Van der Meché, F.G.A.; Schmitz, P.I.M.; Dutch Guillain-Barré Syndrome Study Group
A randomized trial comparing intravenous immunoglobulin and plasma exchange in Guillain-Barré-Syndrome. *N Engl J Med* 326: 1123-1129, 1992

Van der Meché, F.G.A: The Guillain-Barré syndrome: Diagnosis, treatment and prognosis. Acta neurol belg 94: 124-127, 1994

Van der Meché, F.G.A; van Doorn, P.A.: Future developments in the treatment of immun-mediated polyneuropathies. Eur Neurol 38: 230-237, 1997

Van der Ploeg, R.J.O.; Fidler, V.; Oosterhuis, H.J.G.H.; Hand-held myometry: reference values. J Neurol Neurosurg Psychiatry 54: 244-47, 1991

Wagner, R.F.; Weiß, H.; Faller,H.; Lauter, V.: Auswirkungen extremer Deprivation bei Patienten mit akutem Guillain-Barré-Syndrom. Zeitschrift für medizinische Psychologie 2: 58-63, 1994

Wegener, K.; Tassan, P.; Josse, M.O.; Bolgert,F.: Experience d'un vécu oniroïde au Cours des polyradiculonevrites aiguës graves. An oneiroïd experience during severe acute polyradiculoneuritis. Ann Med Psychol Paris 153: 121-6, 1995

Weiß, H.: Guillain-Barré-Syndrom nach Erstmanifestation einer Anorexia nervosa. Nervenarzt 61: 623-625, 1990

Weiß, H.: Psychische Veränderungen bei intensivbehandelten Patienten mit akutem Guillain-Barré-Syndrom- tiefenpsychologische Aspekte des Kommunikationsverlustes und seiner Bewältigung. Fortsch Neurol Psychiat 59: 134-140, 1991

Weiß, H.; Faller, H.; Lauter, V.; Wagner, R.F.: Krankheitserleben bei intensivbehandelten Patienten mit akutem Guillain-Barré-Syndrom, in: Neander, K.-D., Meyer, G., Friesacher, H. (Hrsg.), Handbuch der Intensivpflege, Landsberg/Lech: ecomed 1993

Weiß, H.; Lauter, V, Faller, H.; Wagner, R.F.: Psychische Veränderungen bei Patienten Mit akutem Guillain-Barré-Syndrom. Neue Ergebnisse. Akt Neurol 21: 23-24, 1994

Weiß, H.: Psychische Veränderungen unter Extremdeprivation- zur Situation des panplegischen Guillain-Barré-Patienten auf der Intensivstation. In: Herold, R. (Hrsg.): Ich bin doch krank und nicht verrückt, Attemto Verlag, Tübingen 1997.

Weiß, H.; Kohler, J.; Becker, G.: Krankheitsbewältigung in der neurologischen Intensivmedizin - eine Längsschnitt-Mehrebenen-Untersuchung bei Patienten mit akutem Guillain-Barré-Syndrom (GBS). Akt Neurol 25: 19, 1998

Weiß, H.; Rastan, V.; Müllges, W.; Wagner, R.F.; Toyka, K.V.: Psychotic Symptoms and Emotional Distress in Patients with Guillain-Barré Syndrom. Veröffentlichung im Eur Neurol 2002 geplant

Whiting, S.; Lincoln, N.B.: An ADL assessment for stroke patients. Br J Occup Ther 43: 44-46, 1980

Wijdicks, E.F.; Ropper, A.H.: Acute relapsing Guillain-Barré syndrome after long asymptomatic intervals. Arch Neurol 47: 82-4, 1990

Wiles, C.M.;Karni Y.: The measurement of muscle strength in patients with peripheral neuromuscular disorders. J Neurol Neurosurg Psychiatry 46: 1006-13, 1983

Winer, J.B.; Hughes, R.A.C.; Osmind, C.: A prospective study of acute idiopathic neuropathic I. Clinical Features and their prognosis value. J Neurol Neurosurg Psychiatry 51: 605-612, 1988

Zigmond AS,Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 67: 361-70, 1983

IX. Anhang

Interview: Projekt: Guillain-Barré-Syndrom

Version 4 am 21.08.92

I Einstiegsphase:

Ziel dieser Einstiegsphase ist es, eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen dem Patienten und dem Interviewer zu schaffen. Dazu ist es notwendig:

1. Vorstellung der Interviewer, Informationen über das Projekt:

Guten Tag, mein Name ist Franziska Möller. Ich bin Studentin der Medizin und arbeite hier zusammen mit einer Gruppe von Ärzten der Neurologischen Universitätsklinik und des Instituts für Psychotherapie und Medizinischen Psychologie. Die Studie, an der wir arbeiten, befasst sich mit dem Zusammenhang zwischen der Erkrankung, den Belastungen auf Ihr Leben und der Art und Weise, wie Sie mit der Erkrankung fertig werden. Bis jetzt ist noch recht wenig darüber bekannt. Wir sind Ihnen deshalb sehr dankbar, daß Sie uns helfen, mehr über die Krankheit zu erfahren. Mit den Ergebnissen können eventuell bessere Behandlungsmöglichkeiten entwickelt werden.

2. Tonbandaufnahme:

Hinweis: Grund; Ärztliche Schweigepflicht

Ich möchte das Gespräch gerne auf Kasette aufnehmen. Denn zum einen können wir uns dann voll auf das Gespräch konzentrieren und zum anderen verhindert das, daß ich Wichtiges vergesse. Alles, was wir hier besprechen, unterliegt natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

3. Eine genaue Information über den Interviewverlauf:

Das Interview ist wegen der besseren Übersicht in mehrere Kapitel gegliedert. Zuerst werde ich Ihnen ein paar Fragen stellen über ihren momentanen Gesundheitszustand.

Anschließend machen wir einen kleinen Sprung in die Zeit, als Sie wegen der Erkrankung zuerst im Krankenhaus behandelt wurden und wie Sie dann die Zeit nach der Entlassung verbracht haben. Danach möchte ich mit Ihnen über die Folgen und Belastungen sprechen, die sich für Ihr Leben ergeben haben. Und schließlich kommen wir dazu, wie Sie die Erkrankung heute erleben. Mit ein paar allgemeinen Fragen beenden wir dann das Interview. Versuchen Sie, sich bitte genau zu erinnern und antworten Sie so, wie Sie die Dinge ganz persönlich erlebt haben!

4. Möglichkeiten zu Fragen von Seiten des Patienten:

Haben Sie nun noch irgendwelche Fragen zu dem, was ich Ihnen eben erzählt habe oder auch Fragen ganz anderer Art?

Diese Interviewphase sollte 10 Minuten nicht überschreiten.

Lassen Sie uns nun mit den einzelnen Fragen, die ich an Sie habe, beginnen! Ich schalte jetzt das Tonband ein.

Tonband einschalten!

HINWEIS: Wenn Patienten Schwierigkeiten haben, auf die Fragen des Interviewers zu antworten oder zu allgemein antworten, dann die Patienten auffordern, sich beispielhaft an eine konkrete Situation zu erinnern. z. B. Wenn der Patient/die Patientin auf die Frage nach der psychischen Symptomatik indifferent antwortet, dann sollte er/sie aufgefordert werden, sich in irgendeine Situation zu versetzen, als sich einmal die Erkrankung verändert hat, darauf dann die Frage, wie er/sie darauf reagiert hat. Die Fragen sind nicht exakt wörtlich zu stellen. Es sollte aber möglichst keine Frage ausgelassen werden!

II. Momentaner Zustand und Begleiterkrankungen

Mit den ersten Fragen möchte ich von Ihnen wissen, wie es im Moment um Ihre Erkrankung steht.

1. Macht sich Ihre Erkrankung jetzt noch körperlich bemerkbar?

Einschränkungen, Topologie, Frequenz

2. Werden Sie zur Zeit wegen Ihrer Erkrankung noch behandelt?

Medikamente, Krankengymnastik, Reha-Aufenthalte

3. Hatten Sie seit der Entlassung aus der Klinik noch andere Beschwerden oder Krankheiten?

Die zu einem Krankenhausaufenthalt führten, wann sind diese zum ersten Mal aufgetreten (vor oder nach dem GBS), werden Sie deswegen behandelt, wie?

III. Erleben der Behandlungssituation:

Und jetzt würde ich gerne mal nachfragen, wie Sie die Erkrankung damals erlebt haben, als Sie in der Klinik behandelt wurden. Versuchen Sie bitte noch mal, sich in den Zustand der akuten Erkrankung hineinzusetzen!

1. Erinnern Sie sich noch an die Zeit?

Von wann bis wann war das denn? (zum Einstimmen auf die damalige Zeit)

2. Was fällt Ihnen spontan dazu ein?

3. Können Sie sich noch an Ihren seelischen Zustand während der Erkrankung erinnern; an Gefühle und Gedanken, die Sie damals besonders beschäftigt haben?

4. Hatten Sie Angst?

5. Waren Sie zeitweilig niedergeschlagen oder sogar hoffnungslos?

6. Sind Ihnen Träume oder traumartige Erlebnisse aus dieser Zeit in Erinnerung geblieben?

7. Welche war Ihre größte Belastung damals?

z. B. sich nicht bewegen können, sich nicht verständigen können, Ungewissheit über den Verlauf, Umgebung auf der Intensivstation, was war schlimmer?

8. Wie haben Sie damals überhaupt die Umgebung der Intensivstation erlebt?

bedrohlich; haltgebend

9. Was hat Ihnen damals am meisten geholfen, um mit der Erkrankung fertig zu werden?

IV. Weiterer Verlauf seit der Entlassung:

Mit den nun folgenden Fragen würde ich gerne erfahren, wie es bei Ihnen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weiter gegangen ist.

1. Wohin sind Sie entlassen worden?

Stationär: Reha, Kur...wie lange; Wie sah dort die Behandlung aus?

2. Haben sich Ihre körperlichen Beschwerden seit Ihrer Entlassung verändert?

3. Durch wen wurden Sie nach der Entlassung weiter behandelt?

4. Haben Sie eventuell auch nicht-ärztliche Hilft in Anspruch genommen, z. B. Psychologen oder Heilpraktiker?

Welche Fachrichtung?, Anlass, Diagnose, Behandlung

V. Belastungsfaktoren / Psychosoziale Folgen

Wir wollen jetzt über die Folgen, die sich durch die Erkrankung für Ihr Leben ergeben haben, sprechen:

Welche Belastungen oder Folgen haben sich ergeben in Bezug auf:

1. körperliches Wohlbefinden

2. seelisches Wohlbefinden

3. Beziehung zum Partner

4. Familienleben

5. Berufsleben

Einschränkungen im Berufsleben, Berentung, Arbeitslosigkeit, Berufswechsel

6. Beziehung zu Freunden und Bekannten

7. Freizeitgestaltung

8. Welche ist für Sie die stärkste Belastung?

VI. Krankheitsverarbeitung heute

Die nun folgenden Fragen behandeln die Art, wie Sie heute mit der Krankheit und ihren Folgen umgehen.

1. Was machen Sie heute, um mit den Krankheitserscheinungen und den Folgen fertig zu werden?

2. Hat sich an der Art, wie Sie mit der Krankheit umgehen, im Laufe der Zeit etwas geändert?

3. *Welche sind für Sie heute die größten Hilfen, um mit der Krankheit und ihren Folgen fertig zu werden?*

4. *Welche waren Ihnen bisher eigentlich die größten Hilfen, mit der Krankheit fertig zu werden?*

Personen, Gegenstände von persönlichem Wert, geistige, körperliche Übungen, Glaube

VII. Lebenseinstellung /Vergleich mit anderen Krankheitserfahrungen /subjektive Ätiologie

Mit den nächsten Fragen gehen wir noch etwas weiter aber die Krankheit hinaus. Was diese spezielle Erkrankung für Sie bedeutet und was Ihnen generell wichtig am Leben ist, würde mich dabei interessieren.

1. *Hat sich durch die Erfahrung mit Ihrer Krankheit an Ihrer Einstellung zum Leben etwas verändert?*

2. *Wenn Sie diese Erkrankung mit anderen Krankheitserfahrungen in Ihrem Leben vergleichen, gibt es da Vergleichbares? Welche Besonderheiten fallen Ihnen dazu ein?*

3. *Was glauben Sie, was die Ursachen für Ihre GBS-Erkrankung sind?*

4. *Wie erlebten Sie bei Ihrem stationären Aufenthalt die Beziehung zu Pflegepersonal und Ärzten?*

5. *Konnten Sie den Ärzten immer vertrauen?*

6. *Welche Schwierigkeiten gab es?*

7. *Hatten Sie Ängste?*

VIII. Abschluss des Interviews

Dieser Teil sollte wieder sehr offen gestaltet werden!

Ich bin jetzt mit meinen Fragen zu Ende. Gibt es noch Dinge, die mit Ihrer Erkrankung zusammenhängen und die Sie für wichtig halten, die wir hier aber nicht angesprochen haben?

Haben Sie noch andere Fragen an mich?

Ich bedanke mich für Ihre Mitarbeit!

Interview zur Krankheitsverarbeitung:

GBS-Studie

Name des Patienten: _____

Datum des Interviews: __/__/__

I. Einstiegsphase:(keine Codierung)

II. Momentaner Zustand und Begleiterkrankungen:

1.-3.

1. Symptombeschreibung:

n. b.

10 keine

11 Sensibilitätsstör. Oberflächensens. Tiefensens.

12 Kraftminderung OE UE

13 HN-Ausfälle

14 sonstige: _____

2. Jetzige Behandlung:

n. b.

21 keine Medikation

22 Medikation: _____

23 Krankengymnastik regelmäßig durch Krankengymnast
selbst

3. Andere Erkrankungen:

n. b.

30 Nein

31 Ja vor GBS: _____

nach GBS: _____

III. Erleben der Behandlungssituation:

4.-9.

4. Erinnerungsvermögen an den Klinikaufenthalt:

40 schlechte/kaum erhaltene Erinnerung

41 gutes Erinnerungsvermögen

42 sehr gute Erinnerung (quantitativ , detailliertes Erinnerungsvermögen)

5. Seelischer Zustand während der Erkrankung:

n. b.

50 Gefühle / Gedanken nicht benennbar / Indifferenz

51 niedergeschlagen/hoffnungslos

52 Angst

53 Hoffnung auf baldige Genesung

54 Gleichgültigkeit

Freie Bemerkungen: _____

6. Träume / traumartige Erlebnisse

n. b.

60 keine Erinnerung an bestimmte Träume

61 Erinnerung an bestimmte Träume erhalten

z. B.: _____

7. größte Belastungen:

n. b.

70 sich nicht bewegen können

71 sich nicht verständigen können

72 Ungewissheit über den Verlauf

73 Umgebung auf der Intensivstation

74 völlige Abhängigkeit (z. B. Körperpflege...)

75 weitere: _____

8. Umgebung der Intensivstation:

n. b.

80 haltgebend / beruhigend

81 bedrohlich

82 notwendig

83 anders: _____

9. größte Hilfen:

n. b.

90 Familie

91 Partner

92 Freunde

- 93 med.-techn. Versorgung (z. B. KG...)
- 94 pflegerische Betreuung
- 95 ärztl. Betreuung (persönl. Zuwendung)
- 96 ärztl. Betreuung (med. Kompetenz)
- 97 Religion/ Glauben
- 98 Mitbetroffene
- 99 weitere: _____

IV: Weiterer Verlauf nach Entlassung:

10.-13.

10. Entlassung :

- 101 nach Hause
- 102 zur Kur / Reha < 2 Wochen
- 3 Wochen
- 4 Wochen
- > 4 Wochen

Behandlung: _____

11. Symptomveränderung seit Entlassung:

n. b.

- 110 keine Veränderung
- 111 Veränderung Verbesserung (Zeitraum): _____
- Wegfall: _____
- Verschlechterung: _____
- neue Symptome: _____

12. Weiterbehandlung nach Entlassung:

n. b.

- 120 Hausarzt
- 121 Neurologe
- 122 Nachuntersuchungen durch die Klinik

13. Nicht-ärztliche Hilfe:

n. b.

130 keine

131 Psychologe

132 Heilpraktiker

133 andere: _____

V. Belastungsfaktoren / Psychosoziale Folgen:

14.-21.

14 Körperliches Wohlbefinden

n. b.

140 keine Einschränkungen im täglichen Leben

141 verminderte Belastbarkeit

142 starke Einschränkungen mit Auswirkungen auf den Alltag

z. B. : _____

15. Seelisches Wohlbefinden:

n. b.

150 stabile Gefühlslage / Ausgeglichenheit

151 vermehrt Stimmungsschwankungen

152 eingeschränkte seel. Belastbarkeit

153 vermehrt depressive Verstimmungszustände

154 anders: _____

16. Beziehung zum Partner

n. b.

160 keine Veränderungen

161 Intensivierung der Beziehung

162 zu hohe Belastung der Beziehung / Trennung

163 neue Beziehung nach der Erkrankung

164 anders: _____

17. Familienleben:

n. b.

- 170 keine Veränderungen
171 intensiveres Familienleben
172 vermehrt Schwierigkeiten in der Familie
173 ' Bruch ' mit der Familie
174 anders: _____

18. Berufsleben:

n. b.

- 180 Wiedereintritt in den alten Beruf ohne Probleme
bei körperl. belastenden Berufen:
Wechsel zu leichteren Tätigkeiten
Teilzeit
Vollzeit
- 181 Umschulung / Berufswechsel durchgeführt
in Planung
- 182 Berentung vor GBS
nach/wegen GBS
- 183 Arbeitslosigkeit vor GBS
nach/wegen GBS
- 184 Invalidität

19. Beziehung zu Freunden / Bekannten

n. b.

- 190 keine Veränderungen
191 neue Freundschaften durch GBS (z. B. Mitpatienten)
192 Intensivierung einiger alter Freundschaften
193 starke Isolierung wegen Verlust vieler Freunde
194 anders: _____

20. Freizeitgestaltung:

n. b.

200 kaum Freizeitgestaltung / viele Einschränkungen

201 weniger Hobbies als vor GBS

wegen vermindertem Interesse

wegen körperlicher Einschränkungen

ohne Grund

202 intensivere Freizeitgestaltung als vor GBS,

z. B. Sport/ Spaziergänge etc.

eigene Fortbildung / Lesen

künstlerische Betätigung

Verbringen der Freizeit mit Freunden

Verbringen der Freizeit mit Familie / Partner

anders: _____

VI. Krankheitsverarbeitung heute:

21.-22.

21. Stärkste Belastung heute

n. b.

250 keine

251 Probleme mit der Familie

252 Probleme mit dem Partner

253 Probleme im Beruf

254 körperl. Beschwerden

255 Isolation

256 seel. Beschwerden

257 andere: _____

22. Größte Hilfe heute

n. b.

- 220 Hilfe durch den Partner/Familie
- 221 Ablenkung durch Hobbies
- 222 Krankheit als Schicksal annehmen
- 223 Eigene Motivation
- 224 Religiosität
- 225 Freundschaften
- 226 anders: _____

VII. Lebenseinstellung/Vergleich mit anderen Krankheitserfahrungen/subjektive

Äthiologie:

23.-28.

23. Einstellung zum Leben

n. b.

- 230 keine Veränderungen
- 231 intensiver leben
- 232 'sich mehr gönnen'
- 233 gelassener auf 'Stress' reagieren
- 234 verstärkte Religiosität
- 235 insgesamt positivere Einstellung
- 236 insgesamt negativere Einstellung
- 237 anders: _____

24. Vergleich mit anderen Krankheitserfahrungen:

n. b.

- 240 nicht vergleichbar / nichts Ähnliches erlebt
- 241 Ähnliches erlebt
eigene Erkrankung: _____
eigener Unfall: _____
Krankheit / Unfall Nahestehender
- 242 anders: _____

25. Subjektive Ätiologie

n. b.

250 keine

251 Schicksal

252 lebensgeschichtlich: körperl. Erkrankung(z. B. grippaler Infekt...)
erhöhte Belastungen/Stress vor Ausbruch der
Erkrankung

253 anders: _____

26. Vertrauen in die Ärzte:

n. b.

260 kein Vertrauen

261 wenig

262 mittel

263 sehr

27. Schwierigkeiten mit den Ärzten:

n. b.

270 keine

271 Missverständnisse

272 sich 'nicht ernstgenommen' fühlen

273 Keine Informationen auf Fragen bekommen

274 anders: _____

28. Beziehung zum Pflegepersonal:

n. b.

280 kaum persönlicher Kontakt zum Pflegepersonal

281 Schwierigkeiten nur zu einigen Pflegern / Schwestern, wegen
sich 'nicht ernstgenommen' fühlen
fehlendem Einfühlungsvermögen
persönlicher Abneigung
anders: _____

282 gut

283 sehr gut

Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. H. Weiß möchte ich herzlich für die Überlassung des Themas, die unermüdlich Hilfe und Motivation, die vielen Ratschläge und für das Verfassen des Referates danken.

Bei Herrn Prof. Dr. med. K. Reiners möchte ich mich für die Übernahme des Korreferates bedanken.

Mein Dank gilt auch Herrn Dr. U. Raub für die Überprüfung meiner statistischen Auswertungen.

Schließlich möchte ich den Ärzten der Neurologischen Universitätsklinik und Poliklinik der Universität Würzburg und den Patienten für die Teilnahme an dieser Studie danken.

Lebenslauf

Name: Franziska Möller-Schmidt

Persönliche Informationen:

Familienstand: verheiratet
Geburtsdatum/-ort: 13.02.1970/Delmenhorst

Studium:

WS 1989/91-SS 1991: Ruhr-Universität Bochum
September 1991: Ärztliche Vorprüfung
WS 1991/92: Auslandsaufenthalt USA
SS 1992-WS 1992/93: Universität Essen
April 1993: 1. Staatsexamen
SS 1993-SS 1995: Bayerische Julius-Maximilians Universität
zu Würzburg
September 1995: 2. Staatsexamen
WS 1995/96- SS 1996: Rheinisch-Westfälische Universität Aachen
Praktisches Jahr:
Innere Medizin Marienhospital Aachen
Chirurgie Marienhospital Aachen
Psychiatrie Universitätsklinikum Aachen
November 1996: 3. Staatsexamen

Arzt im Praktikum:

März 1997: Praxis Dr. Ch. Apostolopoulos Hagen
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
September 1997: Marienhospital Hagen
Innere Medizin

Assistenzarzt/Facharztausbildung für Allgemeinmedizin:

September 1998:	Marienhospital Hagen Innere Medizin
März 1999:	Praxis Dr. Landmann Hagen Arzt für Chirurgie
September 1999:	Praxis Dr. Th. Quellmann Hagen Arzt für Allgemeinmedizin und Betriebsmedizin
Februar 2001	Praxis Dr. F. Killing Hagen Arzt für Allgemeinmedizin
19. Mai 2001	Prüfung „Facharzt für Allgemeinmedizin“
Februar 2002	Niederlassung als Fachärztin für Allgemeinmedizin Hagen