

Die Philosophie des Placebo

K. A. Achte

Zusammenfassung

Ausgehend von der wichtigen Bedeutung des Placebo bei der klinischen Erprobung neuer Arzneimittel, wird unter Hinweis auf die vielfältige Literatur von den verschieden berichteten Nebenwirkungen des Placebo gesprochen und die Frage untersucht, inwieweit die verschiedenen Züge in der Persönlichkeitsstruktur korrelant sind für eine günstige bzw. ungünstige Reaktion auf Placebo. Das Patient-Arzt-Verhältnis wird im weiteren behandelt und auf die Wichtigkeit einer positiven Transferez bei einer unterstützenden Psychotherapie hingewiesen. Besteht ein positives Transferezverhältnis, so wird auch eine günstigere Wirkung der verordneten Arzneimittel festzustellen sein. Auf dieser Anschauung dürften auch der förderliche Einfluß der Roborantien wie auch die heilende Wirkung der in früheren Jahrhunderten verordneten Heilmittel – mindestens zu einem Teil – beruhen. Ein Einfühlungsvermögen des Arztes wie auch ein Taktgefühl sollen die Verordnung von Placebo durch den praktischen Arzt in Grenzen halten. Placebo ist vertretbar, wenn bei unerträglichen Schmerzzuständen die Gefahr eines schädigenden Einflusses durch anhaltend verabreichte stark wirkende Analgetika im Anzug ist. Der Erfolg muß auch dadurch gesichert werden, daß der Patient unter keinen Umständen den Sachverhalt erkennen kann.

Die Bedeutung des Placebo, ein biologisch wirkungsloses Mittel, als kritischer Maßstab bei der Prüfung der Wirkung von neuen Heilmitteln ist schon seit langem bekannt. Das Placebo stellt einen erforderlichen Vergleichspunkt dar, wenn es sich um die Feststellung der Wirkung eines zu prüfenden Arzneimittels handelt. Es ist die Anschauung vieler Ärzte, daß ein Placebo lediglich ein gänzlich effektloses Mittel ist, dessen Bedeutung allein nur darin besteht, einen Vergleichspunkt abzugeben, während das weit- aus wichtigere und darum auch interessantere Prüfungsobjekt die Wirkung eines Arzneimittels darstellt. Hingegen ist jedoch die Wirkung des Placebo aus emotionalen Gründen bedeutend vielschichtiger und komplizierter, als man es beim ersten Hinschauen für möglich halten wollte.

Bei klinisch-pharmakologischen und psychopharmakologischen Prüfungen pflegt

man von der spezifischen Wirkung des Arzneimittels die veränderlichen Faktoren zu trennen, welche auf die erzielten Ergebnisse Einfluß nehmen können. Hier soll vorerst der Einfluß der Umgebung genannt werden. Bei der Prüfung irgendeines Psychopharmaka kann man bei der Feststellung der Wirkung zu voneinander abweichenden Ergebnissen gelangen, wenn die Kontrollgruppe nicht nach den gleichen Gesichtspunkten wie die Prüfungsgruppe ausgewählt wurde. Die Wirkungsergebnisse werden auch bei chronischen Schizophrenen, in denen jedes persönliche Interesse am Leben zum Erlöschen gekommen ist, anders sein, als wenn ein solcher in einem Rehabilitationsheim aktiv behandelt wird und seinerseits auch aktiv an seiner Wiederherstellung mitarbeitet. Hier gesellt sich eine weitere Variante, die Interaktivwirkung, hinzu, welche die Einstellung des Patienten zur Wirkung des Mittels auf seine Symptome bedeutet. Man möchte sagen, daß die meisten der Patienten sich zu den Untersuchungen positiv verhalten und bereitwillig melden, daß es ihnen nach Erhalt des neuen Mittels bereits besser gehe, obgleich es natürlich individuelle Ausnahmen auch gibt. Als dritte Variante haben wir den eigentlichen Placebo-Effekt.

Bei der Prüfung der Wirkung eines Arzneimittels kann man je nach der Entwicklung der Methode von einer verschiedenschichtigen Untersuchung sprechen. Elementar einfach erscheint die Methode, ein Wirkungsergebnis ohne Kontrollgruppe festzustellen. Man wendet diese Methode überraschend oft an, obgleich sie eigentlich zu den Erst-(Pilotversuchen)versuchen eines Arzneimittels gehörte. Eine andere Vorgangsweise ist der Blindversuch, bei dem die Patienten in zwei oder mehrere gleichgroße Gruppen geteilt werden, von denen die eine das zu prüfende Arzneimittel und die andere irgendein Placebo-Mittel oder sonst ein schon früher geprüftes Mittel erhalten. Der

die Prüfung ausführende Arzt weiß dann, welche von den Gruppen je was erhalten hat, während den Patienten freilich keine Mitteilung darüber gemacht wird. Die dritte und für Psychopharmaka als die wohl einzige einer Kritik standhaltende Prüfungsmethode ist der Doppelblindversuch. Hierbei weiß weder der das Mittel prüfende Arzt noch die Patienten, wer von den Versuchspersonen welches Mittel erhält, da sich die Tabletten im Aussehen nicht voneinander unterscheiden lassen. Hier ist es am besten, zwei gleichgroße Versuchsgruppen aufzustellen. Gleichzeitig vergleicht man oft auch die Wirkung eines neuen Arzneimittels mit der eines bereits früher geprüften, also bekannten Mittels.

Da die Technik der einzelnen Prüfungsverfahren nicht eigentlich zu der Themenstellung gehört, möchte ich mich darauf beschränken, die mit einer Prüfung eines neuen Arzneimittels zusammenhängenden ethischen Probleme zu durchleuchten. Die Auswahl des Patientenmaterials sowie die benötigten diagnostischen Kriterien gehören selbstverständlich zu den zentralen Voraussetzungen und haben auch eine solche Bedeutung. Es ist weiter von großer Wichtigkeit, daß die Patienten die Reihenfolge, in der sie die Mittel verabreicht erhalten, nicht besser wissen, als der mit der Prüfung beschäftigte Arzt. Es dürfte weiterhin auch angebracht sein, beim Übergang von dem zu prüfenden Mittel zum Placebo eine eventuelle Kumulierung von Arzneimitteln zu berücksichtigen.

Meyler (1966) schildert in seinem Buch «Side-effects of drugs» eine Gruppe von 39 Versuchspersonen, von denen die eine Gruppe Placebo und die andere Amithriptyl bekam. Unter der Placebogruppe traten ziemlich häufig Nebenwirkungen auf. So mußte bei 10 von ihnen eine Hypotonie festgestellt werden, je 6 klagten über Schwächegefühl, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und

Leibschmerzen, und vier weitere Patienten klagten über Herzklopfen sowie Zittern. Auch zahlreiche andere Autoren haben über Nebenwirkungen beim Gebrauch von Placebo berichtet. Nach *Beecher* (1955) klagte jeder zweite Patient über Müdigkeit, 15 bis 25 % klagten über Gliederschwere, Kopfschmerzen und Konzentrationsschwäche. Nach *Wolf* und *Pinsky* (1954) waren die gewöhnlichsten durch Placebo verursachten Nebenerscheinungen Schwächegefühl, Übelkeit und Herzklopfen als auch Durchfälle. Außerdem haben sie angioneurotische Oedeme, Fälle von erythematösen und makulopapulösen Ekzemen unter den mit Placebo Behandelten festgestellt. *Beecher* (1955) untersuchte 15 verschiedene Arbeiten über ein Material von insgesamt 1082 Personen, die sämtlich nach einer Behandlung mit Placebo über psychische und somatische Beschwerden geklagt haben. Bei 35,2 % verlief die Behandlung mit Placebo in einem günstigen Sinne. *Kurland* (1957) hat in 4 bis 52 % aller Fälle von ausschließlich psychiatrisch Gestörten eine den Zustand günstig beeinflussende Wirkung durch die Behandlung mit Placebo festgestellt. Der gleiche Autor berichtet (1960), daß sich in Fällen von Psychose Placebo besonders im Anfangsstadium als nachgewiesen vorteilhaft gezeigt hat. Das erscheint schon deshalb einleuchtend, weil die günstige Wirkung auf den Patienten und dadurch auf seine Heilung wohl auch darin eine bedeutende Ursache findet, weil der Behandelte das Gefühl bekommt, daß man für ihn etwas unternimmt. So kann man auch wahrscheinlich die außerordentlich guten Ergebnisse der Insulinschocktherapie aus den 30er Jahren begreifen, die jedoch heutzutage wegen der immer mehr zur Anwendung kommenden medikamentösen Therapie nach und nach außer Gebrauch kommt. Zum anstrengenswerten Umgebungsklima für die Psychotherapie gehört allgemein die fühlbare und sichtbare Aktivi-

tät des Pflegepersonals. *Hamson et al.* (1954) haben festgestellt, daß der Effekt einer Behandlung mit Placebo während der ersten zwei Wochen nach Einsetzen der Behandlung am stärksten ist, hierauf etwas nachläßt und erst nach acht Wochen wieder seine frühere Höhe erreicht.

Lasagna und al. (1954) haben sich bemüht, bei Patienten, welche auf Placebo positiv reagierten, gewisse gemeinsame Züge in der Persönlichkeitsstruktur aufzufinden, indem sie die Reaktion bei Patienten mit postoperativen Schmerzzuständen einer vergleichenden Untersuchung unterzogen haben. Demnach gehörten nach ihrer Meinung zu den auf Placebo günstig reagierenden Personen vor allem solche, die nach ihrer Veranlagung hilfreich und dankbar waren, die sogenannten leichten Pflegefälle, Personen, die eifrigere Kirchgänger waren als man es sonst antreffen könnte, Personen mit einer größeren Gläubigkeit an die Wirkung von Arzneimitteln, die dann auch leichter und mehr Mittel gegen Kopfschmerz, Obstipation u. ä. nehmen, als solche, die weniger günstig auf Placebo reagierten. Nach Meinung dieser Forschungsgruppe waren Geschlecht und Intelligenz auf den Effekt von Placebo ohne Bedeutung; wohl aber reagierten ältere Patienten in der Regel rascher und besser, als solche jüngerer Jahrgänge. Man wies auch darauf hin, daß Fälle von leichter Angstneurose auf Placebo günstiger reagierten, als solche, in deren Wesen sich reichlich hysterische Züge fanden. Der Schweregrad einer Krankheit hingegen dürfte nach Ansicht der Verfasser keinen Einfluß auf die Reaktion nach Placeboverabreichung haben, da die Schmerzen ebenso gut bei Fällen mit einem Magenkarzinom verschwinden können, als bei Fällen, welche unter nur milderen funktionellen Schmerzen zu leiden haben. Mehrere Verfasser betonen, daß Patienten mit einem größeren Vertrauen auf die Behandlung und mit mehr Hoffnung auf Ge-

nesung auch auf Placebo günstiger reagieren, als Patienten, die eo ipso im Placebo keinen Nutzen zu erblicken vermögen. *Shapiro* (1964) konnte jedoch keine direkte Korrelation zwischen dem Placebo-Effekt und einer suggestiven Bereitschaft feststellen. Eine solche ließ sich jedoch in allen Fällen dann nachweisen, in denen sich der Arzt der Patienten besonders annahm, und bei denen Züge für eine Neigung zur Angstneurose vorhanden waren. *Bättig* und *Fischer* (1966) stellen in ihrer Arbeit die Frage, ob rezeptfreie Analgetica und Placebos eine unterschiedliche Wirkung auf das subjektive Selbstempfinden, die Persönlichkeitslage und die psychomotorische Leistung haben. Sie kommen zu dem Schluß, daß ein signifikanter Einfluß auf sechs verschiedene psychomotorische Leistungen als auch auf das Ergebnis eines quantitativ auswertbaren Persönlichkeitstests nicht festzustellen war. In einem Befragungstest über das subjektive Selbstempfinden habe hingegen das Placebo zu einer signifikanten Stimmungsänderung geführt. Im Vergleich war die Wirkung des Placebo stärker als die des rezeptfreien Analgeticums. *Wolf* und al. (1957) vermochten eindeutig gemeinsame Züge in der Persönlichkeitsstruktur unter ihrem Patientenmaterial bei Fällen von günstiger Placebowirkung nicht festzustellen. Sie schlossen daraus, daß die Reaktion auf Placebo eigentlich zu vieldimensional und von individuellen Veränderungsfaktoren abhängig sei, um typische Züge gemeinsamer Natur für solche Personen aufstellen zu können, welche auf Placebo günstig reagieren. *Rickels* (1962) hat festgestellt, daß der Effekt von Placebo bei psychiatrischen Patienten nicht größer ist, als unter Patienten, die aus anderen Gründen in Krankenhäusern behandelt werden.

Über die Wirkung von Placebo haben u. a. auch folgende Autoren berichtet: *Bättig* (1968), *Gelb* (1967), *Nicolis* (1967), *Moutsos*

(1967), Fischer (1967), Kissel (1967), Bishop (1966), Jones (1966), Kirkendall (1967), Brodeur (1965), Goshen (1966), Batterman (1966), Straker (1966), Walike (1966), Gelfand (1965), Shapiro (1966), Galeano und al. (1965), Schindel (1965), Servais (1965), Barucand (1965), Schindel (1965), Nussbaum (1964), Nahum (1964), Forrer (1965), Müller (1965), Steinbock und al. (1965), Green (1964), Davies (1964), Kelly (1964), Gelfand und al. (1963), Grönroos (1963), Hohensee (1963), Duke (1964), Forrer (1964), Parkhouse (1963), Brodeur (1965) und Kast (1963).

Im allgemeinen ist der Arzt für seinen Patienten eine Autoritätsperson, von der der Heilungsuchende Hilfe und Erleichterung seiner Beschwerden erwartet. Seit altersher ist es auch bekannt, daß ein an einer organischen Krankheit leidender Mensch auch in seiner Persönlichkeit verändert wirkt und sich – auch als Erwachsener – wieder kindlicher und ungeduldiger verhält, als während seiner gesunden Perioden. Ein kranker Mensch fordert Fürsorge für sich und eine besondere Beachtung. Sieht er diese ihm vermeintlich zustehenden Rechte nicht verwirklicht, so gerät er leicht und oft in eine verärgerte Stimmung darüber. Nicht selten hat man die Rolle des Kranken seinem Arzt gegenüber mit der eines Kindes seinen Eltern gegenüber verglichen. Es ist wohl auch tatsächlich so, daß die Rolle des Arztes als Helfer und Heiler in einem übertragenen Verhältnis für viele Patienten eine idealisierte elterliche Autorität darstellt. Der Patient überträgt unbewußt auf seinen Arzt verschiedene Hoffnungen und Gefühle, welche einmal seinen Hoffnungen und Gefühlen entsprochen haben, die er während seiner Kindheit auf die wichtigen Schlüsselpersonen seines Lebens konzentriert hat. Ursprünglich haben sich diese Übertragungsgefühle auf Eltern, Geschwister und andere wichtige Personen aus der Kindheit konzentriert. Der Patient freilich ist sich des Ur-

sprungs dieser Übertragungsneigung nicht bewußt. Er versucht vielmehr auf die verschiedensten Arten sein Verhalten und Gefühl dem Arzt gegenüber rational und erklärend zu begründen, und er hält sie im allgemeinen für sachlich und zweckentsprechend. Soweit die Einstellung des Patienten zu seinem Arzt im Rahmen der Verhältnisse positiv ist, pflegt man von einer positiven Transference zu sprechen, während man, ist die Einstellung Patient-Arzt negativ, von einer negativen Transference spricht. Die Qualität der Transference ist durch die verschiedenen Schicksalsphasen bestimmt, wie wir das gleiche auch in zwischenmenschlichen Beziehungen aller Art feststellen. Als Beweis für ihr Vorhandensein kann wohl bei manchen Menschen das Erlebnis der gewöhnlichen Sympathie – Antipathie beim Zusammentreffen mit einem bis dahin nie gesehenen Menschen angesehen werden. Ist das Transferenceverhältnis positiv, dann spürt auch der Patient, daß er von seinem Arzt eine Hilfe erwarten kann und unter seiner Behandlung geborgen ist. Die ganze unterstützende oder supportive Psychotherapie und, als ein Teil von ihr, die suggestive Therapie fußen auf dem Verhältnis einer positiven Transference. Um dieses Gefühl lebendig zu erhalten, ist es wichtig, daß der Patient auch spürt, von seinem Arzt etwas zu bekommen.

Die Fähigkeit des Arztes, seinem Patienten helfen zu können, gründet sich seit jeher in hohem Maße auf den Charakter und die Qualität des Arzt-Patientenverhältnisses. Die positive und beruhigende Einstellung des Arztes zu seinem Patienten in Verbindung mit den suggestiven Elementen werden also wohl auch durch die Jahrhunderte hindurch der Hintergrund für das erfolgreiche Wirken des Arztes und die – mehr oder minder – heilende Kraft der verordneten Arzneien und Pillen gewesen sein. Dieses ungeachtet der Tatsache, daß jede neue Ärztesgeneration

immer wieder neue Präparate zur Verfügung hatte und sie anwandte, nicht selten über die althergebrachten Mittel etwas lächelte und tatsächlich nur wenige der seit altersher in Verwendung stehenden Mittel sich für eine längere Zeit hindurch im Gebrauch erhalten haben. Selbstverständlich muß man die pharmakologische Wirkung hinreichend berücksichtigen. Es liegt daher nicht in meiner Absicht, zu behaupten, ausschließlich alle Behandlungserfolge in früheren Zeiten fußten auf Transference-Verhältnissen, doch werden diese mit Sicherheit einen entscheidenden Anteil daran gehabt haben. Ist das Arzt-Patientenverhältnis ein ausreichend gutes, so helfen die Arzneimittel auch besser, und der Patient erfährt eine subjektiv empfundene Erleichterung. Wenn hingegen das Wechselverhältnis Arzt-Patient ins Negative umschlägt, stellt der Patient oft bei den Arzneimitteln mehr Nebenwirkungen fest und spürt subjektiv, daß diese ihm weniger nützen. Das Gefühl von Wohlbefinden, welches manche Roborantien und Vitaminpräparate einen empfinden lassen, kann als Placebo-Effekt aufgefaßt und aus suggestiven Ursachen sich herleitend verstanden werden. Somit kann man sagen, daß der Arzt in einem solchen Falle die Transference in Dosen von 3×p. d. einen Eßlöffel verabreicht, um das Wohlbefinden des Patienten zu mehren. Einen Löwenanteil an den riesigen Arzneimittelbudgets unserer heutigen Wohlstandsländer machen, betrachten wir die Sache einmal kritisch, die Auslagen für Roborantien aus, welche mehr oder weniger günstig auf den Organismus der Patienten wirken und somit von diesen subjektiv als positiv empfunden werden.

Einen günstigen Placeboeffekt kann man auch bei Patienten feststellen, bei denen wegen hartnäckiger Kopfschmerzen ein EEG gemacht worden ist. Die Patienten haben dieses bereits für eine Therapieform angesehen und über eine spontane Besserung

ihrer lästigen Beschwerden noch während der Ausführung desselben berichtet. Ähnliches kann man auch bei der Elektrotherapie wegen Schlaflosigkeit feststellen. Recht oft vermag auch die beruhigende Stimme des Arztes eine Schmerzlinderung herbeiführen und Beklemmungsgefühle beim Patienten erleichtern helfen. Ein Placeboeffekt kann nur beim Menschen festgestellt werden. Zu ihm gesellen sich auch magische Elemente. In der psychoanalytischen Forschung hat man das Placebo mit dem symbolischen Sicherheitsgefühl der Muttermilch verglichen, welche dem Kind einst das unangenehme Empfinden von Hunger linderte.

Der gleiche auf Suggestion und ein positives Transferenceverhältnis sich gründende Placeboeffekt gesellt sich, in verschiedenem Maße vom Patienten abhängig, schlechthin zu jedem Effekt einer Medikation. Er trägt sein Teil bei, die erwünschte Wirkung eines Mittels noch zu verstärken. Wenn das Vorhandensein des Placebo-Effekts auch als unbestritten gilt, so neigt doch jede Ärztergeneration dazu, seine Bedeutung zu verneinen. Dieses mag darauf beruhen, daß man die Probleme der Psychologie in der Ausbildung der Ärzte noch immer nicht genug beachtet und sich davor scheut, die Dinge auch von der psychologischen Sicht heraus zu betrachten, weil dieses angeblich unwissenschaftlich und überdies auch noch ungenau sei. Jede in der medizinischen Wissenschaft sich zeigende Reaktion eines Patienten kann man gleichzeitig aus zwei verschiedenen Blickwinkeln her betrachten. Der eine, der traditionell medizinische, stützt sich auf die objektiv genau zu messenden Größen der Physik und Chemie. Der zweite betrachtet den Menschen und seine Emotionen aufgrund des Mechanismus der psychologischen Gegenwirkung. Diese beiden Mechanismen schließen sich gegenseitig aber keineswegs aus. Möglicherweise hat dem behandelnden Arzt die

ihm vom Patienten angebotene Rolle des mächtigen, magischen Helfers zugesagt, weil sie zu einem Zusammenspiel durchaus paßt. Zu einer solchen Rolle und bei der Vernachlässigung der Psychologie während der medizinischen Ausbildung paßt es gut, den Gedanken des Placeboeffekts als auch den suggestiven Anteil in der Arbeit des Arztes als nichtexistent abzulehnen. Ich glaube, beobachtet zu haben, daß das Pflegepersonal manchmal einen Patienten belächelt, dessen Kopfschmerzen nach Einnahme einer Kalktablette nachließen oder aufhörten, oder der nach langem Wachliegen sofort einschlafen konnte, nachdem er eine Zuckertablette bekommen hatte. Hinter einem solchen Verhalten verbirgt sich nämlich nicht selten eine Unkenntnis, daß der Placeboeffekt etwas Normales ist und seine Wirkung deshalb etwas Allgemeines darstellt. Weiters sucht man mit einem solchen Verhalten den zentralen psychologischen Mechanismus im Arzt-Patientenverhältnis zu verneinen und erkennt ihn vielleicht nur in einem engbegrenzten Kreis von emotional auf Suggestion besonders empfindlich reagierenden Patienten. Die Bedeutung dieses Mechanismus ist jedoch für die praktische Arbeit des Arztes von außerordentlich großer Bedeutung, und ihre Erkennung bereichert die Möglichkeiten ärztlicher Wirksamkeit.

Bei der Verordnung von Arzneimitteln durch den Arzt hofft dieser natürlicherweise, daß diese dem Patienten auch wirklich nützen und auf ihn in einem günstigen Sinne wirken. Hierbei bedient er sich ihm bekannter, kleiner Hilfsgriffe, mit denen es ihm gelingt, die Wirksamkeit des Mittels effektiver zu machen. Indem der Arzt seine Betonung darauf legt, daß dieses Mittel nun wirklich helfen werde, und indem er genaue Anweisungen für die Einnahme erteilt, kann die suggestive Komponente noch um ein weiteres verstärkt werden. Sicherheit oder Unsicherheit des Arztes in seiner persönlichen Ein-

stellung zu einem verordneten Heilmittel, stärkt beziehungsweise schwächt entsprechend auch den suggestiven Anteil bei diesem Vorgang. Man kann sagen, daß die persönliche Vertrauenswürdigkeit des Arztes die Wirkung eines Arzneimittels vergrößert. Aus meiner eigenen Landpraxiszeit erinnere ich mich, daß ich auf Anraten eines erfahrenen, älteren Kollegen einigen Mitteln gegen Ekzeme und anderen Hauterkrankungen Pronosil rubrae hinzufügte, weil nach der Erfahrung des alten Klinikers eine «rote Arznei» vom Patienten in ihrer Wirkung für effektiver gehalten würde, als eine «bloß» weiße. Derselbe Mechanismus wird sich auch hinter der Meinung verbergen, daß schlechtschmeckende Arzneimittel schneller und nachhaltiger heilen als die wohl-schmeckenden. Dahinter dürfte sich wieder die einfältig kindliche Auffassung verbergen, daß eine Krankheit den Charakter einer Strafe habe. Nachdem man nun zusätzlich durch das Einnehmen der schlechtschmeckenden Medizin zusätzlich gelitten bzw. ge-üßt habe, werde man mit größerer Sicherheit wieder gesund. So gesellen sich zu dem schlechten Geschmack eines Arzneimittels wohl auch magische Elemente. Der heutige Patient dürfte sich in dieser Beziehung bereits schon im Laufe der letzten Jahrzehnte geändert haben. Es ist dieses mit Sicherheit auch ein Verdienst der Entwicklung der pharmazeutischen Industrie, durch die die meisten Mittel heutzutage bereits in Tablettenform hergestellt werden. Während der ersten Hälfte der 50er Jahre war es große Mode noch, die Vitamininjektionen als effektiver anzusehen und jedes Arzneimittel, welches mittels Injektion verabreicht wurde, für wirkungsvoller zu halten. Vielleicht gesellte sich zu dieser Auffassung auch die unbe-wußt empfundene Rolle des Arztes als ein mächtiger Helfer und ergab ein günstiges Zusammenspiel. Aus sachlichen Gründen, und auch, als sich die Nachteile einer

Injektionsbehandlung deutlich genug zeigten, verzichtete man auf diese Behandlungsmethode ebenso wie auf die uns heute fast wie Geschichte anmutende aber zu ihrer Zeit hochgerühmte Methode des Aderlasses oder des Schröpfens. Die Methode der fernöstlichen Medizin ist uns allgemein zu wenig bekannt, und ich könnte nicht etwas Gütiges darüber sagen, ob sich die uralte Tradition der Akupunktur in gewissem Maße auf den gleichen Mechanismus gründet.

Die Vernachlässigung der Psychologie als ein Teil in der medizinischen Ausbildung hat dazu geführt, daß sich die Heilpraktiker bedeutend vermehrten und ihre Methoden vielfältiger als je geworden sind. Die Bedeutung, die dem psychologischen Mechanismus bei der Therapie zukommt, kann, wenn man ihn verantwortungsvoll in sein Wirken aufnimmt, von unschätzbarem Wert sein. Der Fluch, den der Alkoholmißbrauch für unsere Gesellschaft bedeutet, ist nur zu gut bekannt. Trotz aller effektiven Methoden der Psychotherapie dürfte kein Fall bekannt sein, bei dem einem an primärem Alkoholismus Leidenden mit einer Psychoanalyse anhaltend geholfen worden wäre. Ausnahmen kann es bei Fällen von sekundärem Alkoholismus geben, bei dem der durch seelische Bedrängnis zum Alkohol greifende Mensch sich seinen Kummer – wie man sagen kann – wegtrinkt. Trotzdem, selbst ein so effektives Vorgehen, wie es derzeit die Psychoanalyse darstellt, kann in Fällen von gewöhnlichem Alkoholismus nicht die letzte und befreiende Hilfe bringen. Wohl aber kann eine fest im Glauben stehende Persönlichkeit einen unter Alkoholismus Leidenden zu einer ethischen Umkehr bewegen, wie man dieses innerhalb der AA-Bewegung zu erreichen versucht. Im allgemeinen ist ein Alkoholist ein besonders abhängiger Mensch. Diese Abhängigkeit – von der Mutter oder sonst einer Person in seinem Leben – empfindet er selbst als Schwäche, will diese aber nicht

bekennen und als ein absolut unabhängiger Mensch erscheinen. Diese Illusion aber vermag er sich allein mit Hilfe des Alkohols zu schaffen. Bei dem Versuch zur Umkehr erhält er jedoch die Möglichkeit, seine ursprüngliche Schwäche in eine Tugend umzuwandeln und kann dann von ihr auch anderen unter Alkohol Leidenden künden. Derart wird aus der Schwäche eine Stärke, welche das Kräftespiel im Gleichgewicht seiner Persönlichkeit verändert. Er empfindet aufgrund dieses rein psychologischen Mechanismus seine Abhängigkeit vom Alkohol nicht mehr so stark und kann sie im günstigsten Falle schließlich vollständig überwinden. Die AA-Bewegung wird andererseits, indem sie Psychotherapie und das Effektvermögen von Placebo ausnützt, die von ihr Betreuten ermahnen, gegen den für den Alkoholismus u. a. verantwortlich gemachten Mangel an Vitamin B3 die verordnete Dosis pünktlich und regelmäßig einzunehmen. Wir wissen weiters, daß unter den Stämmen primitiver Eingeborenenkulturen die angesehensten und ältesten Medizinmänner, aber auch andere Stammesangehörige bisher nicht völlig erforschte Kräfte besitzen, mit Hilfe der Suggestion selbst den Tod eines Menschen herbeizuführen. Ein besonders eindrucksvolles Beispiel hierfür ist der sog. «Vudu-Tod». Hat ein Angehöriger des Stammes ein Tabu gebrochen, ein Vergehen, welches nicht mehr gutzumachen ist, so stirbt er einige Tage später, nachdem über ihn der Fluch wegen seines Verbrechens ausgesprochen worden ist. In solchen Fällen hat man auch einige Male eine Obduktion vorgenommen, doch war es für die Todesursache typisch, daß keine sichtbaren Zeichen hierfür gefunden werden konnten. Organisch konnten wohl Anzeichen eines schweren Stress festgestellt werden, doch der Tod selbst ist anscheinend allein nur auf Grund psychischer Ursachen eingetreten. Zu diesem Bild gesellt sich der Gedanke an ein unbewußtes

Schuldgefühl, dem wir bei der Beurteilung und Behandlung von Krankheit und Schmerz allgemein zu wenig Beachtung schenken. Ein solcher Mechanismus ist bei Neurotikern und besonders oft bei Personen, welche eine unerklärliche Neigung zu Unfällen haben, festzustellen. Sie leiden und büßen für eine ihnen unbewußte Schuld oder wegen eines Grundes, für die sie das eigene Über-Ich zur Verantwortung zieht. Der Arzt in der Rolle als Vertrauensperson einer Familie – wie der frühere Hausarzt – als auch der Psychiater repräsentieren für die Menschen unserer Zeit den Beichtvater vergangener Epochen, vor dem man allen Kummer und alle Sorgen ausbreitet. Das Reden und Bekennen von Taten, welche den Makel des Verbotenen an sich haften haben, vor einem anderen Menschen, zu dem man Vertrauen hat, wird allein schon für eine moralische Tat an sich angesehen, die einem auch eine Erleichterung bringen kann. In einer toleranten, beruhigenden und verstehenden Einstellung zu den vorgebrachten Dingen vermag der Arzt die Schuldgefühle seines Patienten abzuschwächen und zu mildern. In der aufrichtenden Psychotherapie und bei seiner Tätigkeit als Arzt der Familie soll sich der Arzt hüten, eine verurteilende oder auch anklagende Einstellung hervorzukehren. Es ist offensichtlich, daß die Ohrenbeichte, wie sie z. B. in der röm. Kirche zu den Pflichten aller Gläubigen gehört, ihres katharsischen Charakters wegen eine psychotherapeutische Bedeutung besitzt. Da nun auch die Offenheit, mit der ein Patient über alles ihn Bedrückende mit seinem Arzt spricht, dem Schuldbekennnis in der Beichte nicht unähnlich ist, werden wohl auch gewisse Elemente der dadurch gewonnenen Erleichterung der Wirkung eines vom Arzt verordneten Heilmittels sich zugesellen. Das Arzneimittel wird so zu einem Symbol für die tolerante und verstehende Einstellung des Arztes zu seinem Patienten. Indem der Patient

die von seinem Arzt verordneten Pillen einnimmt, nimmt er auch etwas von der fürsorglichen und erlösenden Atmosphäre, welche er bei seinem Arzt erfahren durfte, in sich auf. Demnach kann also auch etwas von der Kraft und dem Gefühl der Geborgenheit zur Wirkung des Heilmittels an sich kommen, die der Patient also von außen her in sich aufnimmt. Besonders für Personen, welche auf beruhigende Arzneimittel fixiert sind, bedeutet das Mittel nicht selten gleichzeitig eine Linderung ihres Angstgefühls, eine Verringerung der eigenen Aggressivität und dadurch ein Nachlassen des Schuldgefühls. Gleichzeitig aber bedeutet es auch eine Verstärkung des Gefühls der Geborgenheit und wirkt oft, wie die mütterliche Kraft, welche eine Art Wärme in die harte und kalte Wirklichkeit zu bringen vermag. Wenn auch dieser eben geschilderte Mechanismus besonders bei den beruhigenden Arzneimitteln durch ihre pharmakologische Zusammensetzung und Wirkung besonders feststellbar ist, darf man wohl annehmen, daß sich eine gleiche oder zumindest ähnliche Wirkung auch zu den anderen vom Arzt dem Patienten verordneten Arzneimitteln zugesellen. Man nimmt an, daß etwa ein Drittel bis zu einer Hälfte aller vom Arzt den Patienten verordneten Arzneimittel eine beruhigende Komponente beinhalten. So stellt das Arzneimittel für viele Menschen eine von außen auf ihn einwirkende Kraft dar, welche Geborgenheit verleiht und somit ein wichtiges Hilfsmittel zur Wiedergesundung ist. Gegen den eben geschilderten Hintergrund gesehen, wird der in unserer Zeit reichliche Gebrauch von Arzneimitteln zu verstehen sein. Freilich schließt dieser auch alle Nachteile in sich ein, die durch einen Überverbrauch oder gar Mißbrauch entstehen können und so die Kehrseite der Medaille darstellt.

Ich habe Patienten angetroffen, welche auf irgendeine Weise herausbekamen, daß sie

vom Pflegepersonal anstelle eines effektiven Arzneimittels Placebo in Form von Kalktabletten erhalten hatten. Sie waren darüber zutiefst enttäuscht, verbittert und böse. Sie sahen sich als Versuchsobjekte mißbraucht, und wegen des von ihnen als Betrug empfundenen Vorganges vom Pflegepersonal verächtlich behandelt. Wegen dieser, von mir noch während meiner Ausbildungszeit gemachten Erfahrungen verwende ich heute, wenn es nur irgendwie vertretbar ist, anstelle der handelsüblichen Placebomittel irgendein Vitaminpräparat oder ähnliches. Ich habe festgestellt, daß man in einigen Krankenhäusern die Placebomittel mit einem ähnlich klingenden Namen eines Präparates, welches man in den Apotheken erhalten konnte, versehen hatte. In ausländischen Krankenhäusern fand ich während meiner Besuche auf den Fluren der Abteilungen Glasschränke aufgestellt, in denen Placebomittel unter einem erfundenen Namen mitten unter den anderen pharmakologisch wirksamen Arzneimitteln standen. In unserer Zeit mit ihrer oft etwas übertriebenen Werbung und einem wachen Sinn für die unzähligen populärwissenschaftlichen Berichte über medizinische Probleme in der Presse, wird sich das Geheimnis des Placebo wohl nicht in jedem Falle vor dem Patienten erhalten lassen. Feingefühl und Takt des Arztes seinem Patienten gegenüber werden wohl im allgemeinen den Gebrauch von Placebo bei seiner Arbeit in guten Grenzen halten, obgleich man mit ihm z. B. schwere Schäden, welche infolge fortgesetzter Anwendung von schmerzstillenden Mitteln auftreten können, mildern oder sogar aufheben kann. Dem dabei auftretenden Zwiespalt vermag man vielleicht abzuwehren, indem man in gewissen und freilich kritisch geprüften Fällen den Placebo-Effekt in der Form ausnützt, indem man solche Mittel verordnet, welche dem Patienten nicht schaden können, und die er selbst auch unter keinen

Umständen als ein Placebo zu erkennen vermag. Bei einem solchen Verhalten kann ich keine Ursache für das Aufkommen eines Schuldgefühls bei dem behandelnden Arzt erkennen; denn er vermag dadurch, ohne daß er seinen Patienten der Gefahr einer Schädigung aussetzt, risikolos Leiden und Schmerz zu lindern.

Literatur:

- Batterman R. C.:* Persistence of responsiveness with placebo therapy following an affective drug trial. *J. new Drugs* 6, 137 (1966).
- Barrucand D.:* The placebo affect. *Rev. Med. Liege (Paris)* 7, 17 (1965).
- Beecher H. K.:* The powerful placebo. *J. Am. med. Ass.* 159, 1602 (1955).
- Bishop M. P., Rallant D. M.:* Observation of placebo response in chronic schizophrenic patients. *Archn. gen. Psychiat.* 14, 497 (1966).
- Brodeur D. W.:* The effect of stimulant and tranquilizer placebos on healthy subjects in a real-life situation. *Psychopharmacologia (Berlin)* 7, 444 (1965).
- Bättig K., Fischer H.:* Do patient analgetics and placebos have a different effect on subjective feelings, personality tests and psychomotor performance? *Schweiz. med. Wschr.* 96, 570 (1966).
- Davies E. B.:* The problems of the placebo response. *Encephale suppl.* 1: 53, 157 (1964).
- Duke J. D.:* Placebo reactivity and tests of suggestibility. *J. Personality* 32, 227 (1964).
- Fischer S.:* The placebo reactor: thesis, antithesis, synthesis and hypothesis. *Dis. Nerv. Syst.* 28, 510 (1967).
- Forrer G. R.:* Psychoanalytic theory of placebo. *Dis. Nerv. Syst.* 25, 655 (1965).
- Forrer G. R.:* The therapeutic use of placebo. *Mich. Med.* 63, 558 (1964).
- Galeano Munoz J., Levitas A.:* On sleep induced by drugs and by placebos. *Arzneimittel-Forsch.* 15, 1118 (1965).
- Gelbman F.:* The physician, the placebo and placebo effect. *Ohio Med. J.* 63, 1459 (1967).
- Gelfand D. M., Gelfand S., Rardin M. W.:* Some personality factors associated with placebo responsiveness. *Psychol. Rep.* 17, 555 (1965).
- Gelfand S., Ullman L. P., Krasner L.:* The placebo response: an experimental approach. *J. nerv. ment. Dis.* 136, 379 (1963).
- Goshen C. E.:* The placebo affect — for whom? *Amer. J. Nurs.* 66, 293 (1966).
- Green D. M.:* Pre-existing conditions, placebo reactions, and "side effects". *ARCH. intern. Med.* 60, 255 (1964).

- Grönroos P.*: The placebo phenomenon. *Nord. Med.* 69, 450 (1963).
- Hanson J. L., Rosenthal D., Frank J. E.*: A comparative study of the effects of mephesin and placebo on the symptomatology of a mixed group of psychiatric patients. *Bull. John Hopkins Hosp.* 93, 170 (1954).
- Hohensee F.*: Remarks on the placebo problem. *Ther. Gegenw.* 102, 223 (1963).
- Jones M. B., Ainslie J. D.*: Value of the placebo wash-out. *Dis. nerv. Syst.* 27, 393 (1966).
- Kast E. C.*: The placebo in medical practice. *Chicago Med. Sch. Quart.* 23, 5 (1963).
- Kelly M.*: Some medical myths. *Wld. med. J.* II: 205 (1964).
- Kirkendall W. M.*: The placebo and the clinical investigation. *J. clin. Pharmacol.* 7, 245 (1967).
- Kissel P., Barrucant D.*: Placebo therapy conditioned under hypnosis. *Ann. méd. psychol. (Paris)* 125, 579 (1967).
- Kurland A. A.*: The drug placebo – its psychodynamic and conditional reflex action. *Behav. Sci.* 2, 101 (1957).
- Kurland A. A.*: Placebo effect. *Kirjassa: Drugs and behaviour.* Toim L. Uhr ja J. G. Miller. John Wiley & Sons, New York 1960.
- Lasagna L., Masteller E., von Felsing J. M., Beecher H. K.*: A study of placebo response. *Amer. J. Med.* 16, 770 (1954).
- Meyler L.*: Side-effect of drugs. *Excerpta Medica Foundation.* Amsterdam 1966.
- Moutsos S. E., Sapira J. D., Scheib E. T., Shapiro A. P.*: An analysis of the placebo effect in hospitalized hypertensive patients. *Clin. Pharmacol. Ther.* 8, 676 (1967).
- Müller B. P.*: Personality of placebo reactors and non-reactors. *Dis. nerv. Syst.* 26, 5861 (1965).
- Nahum L. H.*: The placebo phenomenon. *Conn. Med.* 28, 250 (1964).
- Nicolis F. B., Silvestri L. G.*: Hypnotic activity of placebo in relation to severity of insomnia: a quantitative evaluation. *Clin. Pharmacol. Ther.* 8, 841 (1967).
- Nussbaum K.*: "Pseudostimulation" in chronic schizophrenics on placebo. *Amer. J. Psychiat.* 120, 1104 (1964).
- Padkhouse J.*: Placebo reactor. *Nature (London)* 199, 308 (1963).
- Rickels K.*: Placebo reactions and drop-outs in anxious and depressed patients visiting psychopharmacology clinics. In: *Neuropsychopharmacology* (Ed. E. Rothlin). Proceedings of the Third meeting of the Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologium, S. 156, Munich 1962.
- Schindel L.*: The significance of placebos in clinical therapeutic research. *Arzneimittel-Forsch.* 15, 936 (1965).
- Schindel L.*: A critical consideration of the effectiveness of the placebo. *Med. Mschr.* 18, 448 (1964).
- Servais J., Phubin P.*: Suggestion and placebo in daily medical practice. *Rev. Med. Liege* 9, 794 (1964).
- Shapiro A. K.*: The curative waters and warm poultices of psychotherapy. *Psychosomatics* 7, 21 (1964).
- Steinbock R. M., Jones M. B., Ainslie J. D.*: Suggestibility and the placebo response. *J. nerv. ment. Dis.* 140, 87 (1965).
- Straker M.*: Placebo and common sense in clinical psychopharmacology. *Laval Med.* 37, 194 (1966).
- Walike B. C., Meyer B.*: Relation between placebo reactivity and selected personality factors. *An Exploratory study.* *Nurs. Res.* 15, 119 (1966).
- Wolf S., Doering C. R., Clark M. L., Hagans J. A.*: Chance distribution and the placebo "reactor". *J. Lab. clin. Med.* 49, 837 (1957).
- Wolf S., Pinsky R. H.*: Effects of placebo administration and occurrence of toxic reactions. *J. Am. Med. Ass.* 155, 339 (1954).

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. *Kalle Achté*, Psychiatrische Universitätsklinik, Lapinlahden sairaala, Helsinki 18, Finland.