

Psychologische Aspekte des Medikaments¹

B. Luban-Plozza²

Soziale Chemie

Der verbreitete Gebrauch der Antibabypille markiert besonders deutlich den Beginn einer Ära der «sozialen Chemie» oder einer eigentlichen «Inflation» des Medikamentenkonsums.

Es drängt sich damit sogar eine erweiterte Definition des Begriffes «Medikament» auf. Die «soziale Chemie» führt automatisch zu tiefgreifenden Konsequenzen für die Normen des gesellschaftlichen Zusammenlebens sowie für die Verknüpfungen, die zwischen Wissenschaftlern, Ärzteschaft und pharmazeutischer Industrie bestehen.

Die Diazepam-Ära hat das Zeitalter der Acetylsalicylsäure abgelöst. War früher der Schmerz für den Arzt der häufigste Anlass, ein Medikament zu verschreiben, so ist es heute die psychische Störung.

Ist der Arzt bei dieser Situation nur «Verwalter von Schlafmitteln und Tranquillizern?»

«Wie» man verordnet, ist ebenso wichtig, wie «was» man verordnet

Die subjektiven Erwartungen des Patienten helfen uns, das «Wie» der Verordnung besser zu erfassen. Der Patient erwartet zunächst, ernst genommen zu werden. Dahinter stehen Ängste, zum Beispiel Angst vor einer Spritze.

Beispiel: Ein süditalienischer Gastarbeiter bekennt seinem Arzt, er habe Angst vor der Spritze; dieser antwortet mit der Floskel, er solle sich nicht so dumm anstellen. Erst später erfuhr er, dass der Patient in seiner Kindheit nach einer Injektion eine anaphylaktische Reaktion erlebt hatte. Das Verhalten des Patienten wurde verständlich. Die Interaktion Arzt-Patient wäre befriedigender verlaufen, wäre der Arzt gleich zu Beginn dem Grund der Ängstlichkeit nachgegangen, indem er den Patienten hätte «sprechen» lassen. Zu solcherart Ängstlichkeiten gibt es also oft einen verständlichen Grund.

Auch vom Medikament gehen wichtige Einflüsse auf die Arzt-Patient-Beziehung aus, die gleichzeitig die Wirkung des Medikamentes beeinflussen. Dies sind ganz besonders die in den Packungsbeilagen enthaltenen Hinweise auf Nebenwirkungen. Farbe und Form des Medikamentes können ebenso eine entscheidende Einwirkung haben.

Es lässt sich sagen, dass wir immer wieder Erfolge und Misserfolge bei völlig gleichen Präparaten erleben können, die durch eine unterschiedliche Arzt-Patient-Interaktion zu erklären sind. Noch wissen wir aber über die «Toxikologie» des Arztes sehr wenig; aber

Dass ein Teil der Wirkung eines Medikaments auf den «Placeboeffekt» zurückgeführt werden kann, ist schon lange bekannt. Hier analysiert der Autor die praktischen Konsequenzen, die sich aus dem Vorhandensein psychologischer Aspekte für die Verordnung von Medikamenten in der ärztlichen Praxis ergeben.

wir wissen beispielsweise, dass wir viel verschreiben, wenn wir unsicher sind.

Für Balint-Gruppen relevant

Die Beschäftigung mit der Art und Weise der Arzneimittelverordnung gehört deshalb zu den essentiellen Bestandteilen der Arbeit in Balint-Gruppen. Dort werden die Grenzen und ihre Voraussetzungen durchleuchtet, um die Gründe insuffizienter oder gar fehlerhafter Behandlung aufzudecken, nicht nur zum Nutzen und Frommen der Arzneitherapie an sich. In erster Linie geht es um die Abklärung der Hindernisse, die einem wirksamen «therapeutischen Bündnis» im Wege stehen im Sinne der Beziehungsdiagnostik und -therapie [5].

Durch «mehr Balint» sollte es zu weniger Arzneimittelverbrauch kommen.

Beziehungsfunktion der Arznei

Ziehen wir das Verhalten eines Grossteils der Patienten in Betracht, die nach jeder Konsultation aufgrund irgendeiner Unpässlichkeit die Verordnung eines Medikaments erwarten, so erscheint ein falscher Gebrauch oder gar Missbrauch von Arzneimitteln noch wahrscheinlicher. Eine gewisse Nachgiebigkeit einiger Therapeuten in dieser Hinsicht und die Verordnung äusserst aktiver Medikamente, selbst bei geringgradigen Beschwerden, erklären sich zum Teil auch aus dem – beiderseitigen – Wunsch nach möglichst plötzlichen, magisch-spektakulären Heilerfolgen.

Um ein Medikament völlig objektiv beurteilen zu können und alles auszuschalten, was ihm vom Kranken und/oder vom Arzt zugeschrieben werden mag, dürften eigentlich beide, also auch der Arzt, die Natur des Medikamentes nicht kennen. Diese Forderung, die jedem seriösen Doppelblindversuch zugrunde liegt, ist eigentlich ermutigend, zeigt sie doch, dass erfahrungsgemäss dem menschlichen Kontakt bei jeglichem therapeutischem Bemühen eine ebenso wichtige Rolle zukommt wie der verordneten Arznei. Auch bei der Kontrolle eines Kranken oder Frischoperierten mit Hilfe elektronischer Daten sollte stets die menschliche Präsenz am Ende dieser Kette stehen. Der Arzt kann es nicht beim Ablesen abstrakter Zahlen bewenden

¹ Gedanken des Tagungspräsidenten zur Herbsttagung der Schweizerischen Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin, zum Thema «Das Medikament im heutigen Gesundheitswesen», vom 26./27. Oktober 1979.

² Prof. Dr. med., Clinica Santa Croce, CH-6600 Locarno.

lassen. Er muss nicht nur diese interpretieren, sondern anschliessend vor allem auch menschlich, und zwar einführend, handeln.

Erleben und Erleiden

Die Krankheit – als ein Erlebnis der gesamten Persönlichkeit, je nach der Wesensart des Kranken – kann bewusst oder unbewusst sehr verschiedenartige Bedeutung gewinnen. Es ist durchaus nicht dasselbe, ob man sich krank fühlt, sich krank weiss oder krank ist. Die Krankheit kann vom Gefühl, von einem Mangel befallen zu sein, über das Gefühl, für etwas büssen, also bestraft werden zu müssen, bis zum Gefühl einer Besessenheit empfunden werden. Todesangst, Angst vor Zerstörung der körperlichen und selbst der seelischen Integrität, Selbstaufgabe, Anspruch auf Verständnis und Rücksicht, Vorwürfe an Umgebung und Schicksal, aber natürlich oft auch das verstärkte Gefühl, von seinen Nächsten geliebt zu werden – das alles sind nur einige der vielen wichtigen Begleiterscheinungen des Krankseins, die dieses beeinflussen können.

Zur Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung

Diese gesellschaftlich und durch die Umwelt bedingte subjektive Einstellung des Kranken gegenüber seiner Krankheit findet ihr Gegenstück auch in seinem Verhältnis zum behandelnden Arzt. Dieses kann geprägt sein von Identifikationen, Projektionen, konfliktbedingten Reaktionen, von aggressivem Verhalten oder aber von einem Zurschautragen völliger Abhängigkeit vom Arzt; vom Erfolg oder Misserfolg seiner Bemühungen, von gegenseitigen Kompromissen und noch vielen anderen Möglichkeiten eines meist wortlos geführten Dialoges. Unabhängig von den tatsächlichen Gegebenheiten mag der Arzt dem Patienten als Halb-gott erscheinen oder als Zauberer, Henker, Rivale, Gegner, Richter, unbeteiligter Zuschauer, Experimentator, Wohltäter usw. Wie einst die Eltern des Kranken, so hat auch der Arzt zu Beginn seines Kontaktes mit dem Kranken für diesen oft ambivalente Bedeutung; sie kann sich dann entweder zum Guten oder zum Schlechten entwickeln. Viele Patienten treffen tatsächlich spontan eine von ihnen kaum realisierte Entscheidung in bezug auf die Wirkungsart, welche ihre ärztlichen Betreuer auf sie ausüben werden. Analog der Zuflucht zum Arzt entspricht auch der Wunsch nach einer Arznei einem an sich vernünftigen und verständlichen Streben nach Linderung schmerzlicher oder schmerzhafter Symptome. Eng verknüpft damit können aber auch andere – bewusste oder unbewusste – Erwartungen des Kranken in bezug auf deren Auswirkungen auf seine Krankheit sein. Genau wie die subjektive Einstellung des Patienten zu Krankheit und Arzt sind auch solche Erwartungen nicht ohne Bedeutung für den Behandlungserfolg.

Zur Applikationsart

Derartigen Einstellungen können ärztliche Verordnungen aber auch durchaus entgegenkommen, namentlich, was ihre Applikationsarten anbetrifft:

Per os zu verabreichende Medikamente können auch hier «oralen Trost» spenden. Und man braucht dem Arzt keineswegs «Sadismus» anzulasten, um einzuräumen, dass manche Patienten parenterale Verabreichungen durchaus als masochistische Befriedigung empfinden können oder sie doch nicht ohne Wollustgefühle als Bestrafung, Sühne, gewaltsames Eindringen oder gar Vergewaltigung registrieren. Spülungen und rektale Anwendungen können anale und andere Applikationen sonstige Lustgefühle auslösen. Derartige – trotz allem eher positiv zu wertende – Gefühle sind übrigens auch als Reaktionen auf psychotrope Medikamente durchaus nicht selten. Sie können hier mit den als besonders fruchtbar bekannten Momenten ihrer Anwendung zusammenwirken. Und diese Momente gewinnen natürlich noch an Bedeutung, wenn sie – im Sinne *Balints* – durch den «flash» zwischen Patient und Arzt Unterstützung finden.

Wir möchten an dieser Stelle jedoch darauf hinweisen, dass bei psychotropen Medikamenten für den Patienten auch die Gefahr eines Schocks im umgekehrten Sinne im Hintergrund stehen kann: Für ihn kann es der «Beweis» einer «Geisteskrankheit» sein, wenn er nämlich glaubt, die Natur einer derartigen Spezialität zu «kennen», besonders aber nach dem «Studium» gewisser Packungsprospekte. Also Vorsicht! Namentlich mit der Überlassung solcher Prospekte an gewisse Kranke! Auch die Persönlichkeitsprobleme mancher Patienten können durch ein wirksames Psychopharmakon unter Umständen vergrössert werden und bei ihnen zusätzlich das Gefühl heraufbeschwören, in eine «chemische Zwangsjacke» geschnürt zu werden, einem Angriff auf ihre Persönlichkeit, ja deren Verletzung oder gar «Zerstückelung» ausgesetzt zu sein. Die «chemische Wirkung» kann an sich schon gewisse Züge einer «Entpersönlichung» tragen.

In der Studie von *Michael Balint* und Mitarbeitern betreffend «Das Wiederholungsrezept [1] werden gleichermaßen der notwendige statistische Apparat, die Folgerungen hinsichtlich des Charakters der Patienten mit Dauermedikation und die Wandlung ihrer Beziehungen zum Arzt dargestellt. Die Unterschiede in den Verordnungsgewohnheiten der einzelnen Ärzte, die Art langfristig verschriebener Medikamente, die Situation hinsichtlich einer «friedlichen Dauermedikation» mit dem Beweis der Nützlichkeit dieses Regimes werden darin untersucht. Die «Störungen» der Dauermedikation, das heisst was sich ereignet, wenn aus irgendeinem Grunde der Frieden der regelmässigen Verordnung – sei es durch den Patienten, sei es durch den Arzt gebrochen wird, stehen im Vordergrund der Beobachtungen von *S. Richter* [2].

Placeboeffekt bewusst nutzen

Die bei Doppelblindtests fast stets beobachtende Placebowirkung weist darauf hin, dass Genesungswille, ein ermutigender Blick des Arztes, ein Lächeln, ein Wort des Trostes, ein Heilungsversprechen schon für sich allein wirksame Therapien darstellen; Therapien, die mit den meisten Heilmitteln synergistisch wirken.

Man weiss noch gerade, dass Medikamente dreierlei Wirkungen entfalten – Wirkungen, die sich keineswegs ausschliessen:

- eine mehr oder weniger spezifische Heilwirkung
- eine symptomatische, häufig beruhigende Wirkung
- eine Placebowirkung

Und gerade die dritte Wirkung ist vielleicht die häufigste, ob der Arzt sich ihrer bewusst ist oder nicht. Das erklärt auch Erfolg oder Misserfolg bei völlig analogen Fällen mit demselben Medikament, je nachdem, wer es verordnet. Es ist nicht nur nützlich, sich dies stets vor Augen zu halten, sondern es macht auch Verordnungen legitim, von denen kaum mehr als eine Placebowirkung erwartet werden kann; dann nämlich, wenn der Patient offensichtlich eine Verordnung erhoffte. Und wann ist dies nicht der Fall, wenn es sich nicht gerade um eine Kontrolluntersuchung, die Untersuchung für eine Versicherung oder dergleichen handelt? Bedienen wir uns also gegebenenfalls ruhig solcher Beinahe-Placebos mit günstigem symptomatischem oder psychologischem Effekt – und unbedenklichem Packungsprospekt! Denn solche Beipackzettel, vor allem natürlich von hochwirksamen Spezialitäten, bergen oft – bei Kenntnisnahme durch den Erkrankten – die Gefahr von effektiv auftretenden Nebenwirkungen in sich, die im Prospekt nur als selten, aber immerhin möglich angeführt sind. Bei gewissen, namentlich natürlich bei hypochondrisch veranlagten Patienten sollte man ihn daher lieber verschwinden lassen.

Zur Verordnung

Das Wichtigste in jeder medizinischen Situation ist das Wissen darum, was unter allen Umständen zu vermeiden ist, welche Irrtümer man nicht begehen und welche Dringlichkeiten man nicht vergessen darf. An Wichtigkeit folgt darauf die Kenntnis der auf jeden Fall zu treffenden Minimalmassnahmen. Hier figuriert unter anderem auch die Wahl einer Medikamentenklasse, deren Heilwirkung über jeden Zweifel erhaben ist. Ihre Zahl ist – trotz allen anerkanntswerten Fortschritten der pharmazeutischen Industrie, namentlich was die Entwicklung immer besser verträglicher Derivate anbetrifft – eigentlich erstaunlich klein, so dass sie von jedem Arzt überschaubar ist, wenn auch vielleicht mit Hilfe einer entsprechenden Kartei.

Der Arzt sollte wissen und anerkennen, dass von seiner psychologischen und menschlichen Einstellung zum Patienten weitgehend auch jeglicher therapeutische Erfolg abhängen wird, immer vorausgesetzt, dass er die beiden ersten Punkte gebührend berücksichtigt hat.

Der Arzneiverordnung kommt nach *F. Nager* grosse Bedeutung zu als Schlüsselhandlung zum Nutzen oder Schaden der Arzt-Patienten-Beziehung, die zum Risiko oder Chance des Patienten werden kann. Es wird von «Glanz und Elend» der Therapie und des Arzt-Seins gesprochen.

«Die Möglichkeiten in doppeltem Sinne werden in unseriöser Arzneiverordnung (*Heilbetrieb*), in pragmati-

scher Arzneiverordnung (*Heilkunde*) und in einer umfassenden Therapie (*Heilkunst*) gesehen. Die Abgrenzung erscheint zunächst stark vereinfachend, gibt aber doch Anhaltspunkte für eine Unterscheidung der Geister: zum Beispiel erfolgt eine unseriöse Arzneiverordnung aufgrund von Unkenntnis der Medikamente und ohne Beziehung zum Kranken.»

Die pragmatische Arzneiverordnung beruht unter anderem auf fundierter Kenntnis der Medikamente und der somatischen Krankheitsaspekte. Als umfassende Therapie erkennt *F. Nager* eine Behandlung, die von der Kenntnis der angewandten Arzneien ebenso inspiriert ist wie von einer Wahrnehmung der Eigenart des Patienten, der fühlt, dass er in seiner seelischen Not nicht allein gelassen wird.

Erwähnenswert ist nicht nur die Einstellung des Patienten zu den Medikamenten, sondern auch die des verordnenden Arztes! (Was hält er von Medikamenten überhaupt, was von dem speziell verordneten.)

Die Anamnese – möglichst zentriert – gibt Aufschluss über vieles und lässt oft zu Vorsicht mahnen. Das Arztgespräch, das einfließt oder sich anschliesst, ist bewusst am Vordruck orientiert, da die Patienten sich dieses Wissen oft bereits verschafft haben.

«Ängstliche» Patienten durchkreuzen besonders oft Absicht und Erfolg der Medikamente, weil sie sie zu wenig, unregelmässig oder gar nicht nehmen.

Nach einer Untersuchung der westdeutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung kommen nur 23 % der Bundesbürger drei Monate ohne Medikamente aus.

Rund 13 % aller Bundesbürger müssten als «Tablettenmonster» bezeichnet werden. Sie konsumierten in einem Vierteljahr sieben und mehr Arzneimittel. Dies teilte Bundesgesundheitsministerin *Huber* mit, die vor einem unkontrollierten Medikamentenverbrauch warnte.

Nichteinnahme verordneter Medikamente: compliance und non-compliance

Die Nichteinnahme verordneter Medikamente stellt ein grosses, bisher sicherlich zu wenig beachtetes Problem der Pharmakotherapie dar. In den angelsächsischen Ländern entwickelten sich die Begriffe Patient-compliance beziehungsweise Patient-non-compliance zur Benennung dieses Problems.

Das Wort Compliance umschreibt einen therapeutischen Aspekt, der den meisten Ärzten zwar bewusst ist, oft jedoch zu wenig in das therapeutische Konzept mit einbezogen wird. Der Begriff wurde aus dem Anglo-Amerikanischen übernommen, wo er sich eingebürgert hat als Synonym für das Einhalten ärztlicher Verordnungen, insbesondere der medikamentösen Therapie (wörtliche Übersetzung: compliant = willfährig). «Compliance» könnte durch ebenso gute deutsche Worte ersetzt werden wie *Therapietreue*, *Mitarbeit*, *Zusammenarbeit*, *Kooperation*.

Die Patientenrenitenz gegen die «Tablette» entspricht einem leisen Therapieboykott (*Hemmer*).

Sowohl im Rahmen stationärer als auch ambulanter

Behandlungen werden Medikamente von Patienten in grossem Umfange nicht oder nur unregelmässig eingenommen.

Von *Ursula Gundert-Remy* und Mitarbeitern, Heidelberg, wurden 67 Patienten, die während einer Woche eine bestimmte Allgemeinpraxis aufsuchten, nach folgendem befragt: Namen der ihnen verordneten Mittel; Behandlungsziel der Medikation; Anzahl der täglich zu schluckenden Tabletten; Regelmässigkeit der Einnahme.

Durchschnittlich hätten pro Tag 3,7 Tabletten geschluckt werden müssen, hauptsächlich handelt es sich um Herzglykoside und Antihypertensiva. Nach eigenen Angaben wurden die Präparate jedoch nur von 30 % regelmässig eingenommen. Demgegenüber kannten 48 % die Namen aller ihnen verordneten Mittel und sogar 80 % das Behandlungsziel [3].

Auch bei der Prüfung neuer Arzneimittel wird die «non-compliance» der Patienten, das heisst die Häufigkeit der Nichteinnahme beziehungsweise unregelmässiger Einnahme, nicht immer berücksichtigt. Dies wirkt sich gravierend auf die Beurteilung der Wirksamkeit neuer Medikamente aus.

Die Psychiatrische Klinik Landeck vergleicht bei mehr als 100 stationären Patienten die gemachten Angaben mit den laborchemischen Urinuntersuchungen auf Psychopharmaka, Alkohol und Rauschdrogen. Dabei stellte sich heraus, dass der Aufnahmearzt noch schlechter mit solch entscheidenden Informationen versehen wird als man bisher vermutete. Nur in jedem vierten Fall machte der Patient (oder dessen Begleitperson) zutreffende Angaben. In zwei Dritteln der Fälle hatte er ein bis fünf Arzneimittel mehr eingenommen, als er eingestand. Jeder zehnte gab mehr Medikamente an, als er tatsächlich geschluckt haben konnte.

Wir möchten darauf hinweisen, dass man allorts die pharmakologische Hilfe am Patienten hervorhebt und die Industrie ermutigt, Heilmittel zu suchen und zu finden, die dem Praktiker helfen können, den vielen von Beschwerden heimgesuchten Menschen Hilfe anbieten zu können (*Mattern* [6]). Allerdings sollten wir betonen, dass viele Patienten Medikamente wünschen, aber sie wenig oder gar nicht einnehmen.

Gegenüber den im Grunde einfachen Mitteln, welche wahrscheinlich nicht überzeugend wirken, besteht eine allgemeine Ambivalenz. Wie sehr ein Medikament in seiner Wirksamkeit und Glaubwürdigkeit von der Person des Arztes abhängt, geht aus folgender Betrachtung hervor. Medikament und Arzt bilden eine Einheit. Sie wirken mehr oder weniger. Entscheidend für das Wirkungsmehr ist die Vertrauenswürdigkeit des Arztes.

Die Situation Arzt–Patient–Medikament wird von *H. Mattern* exemplarisch dargestellt:

Ein Patient, der an einer MS leidet, den der Hausarzt seit fast 30 Jahren auf seinem Leidensweg begleitete, ist seit 10 Jahren an Bett und Stuhl gebunden. Er ist selbständiger Geschäftsmann, intelligent und differenziert. Zu Beginn der Krankheit, auch im weiteren Verlauf, hat er nach Abklärung der Diagnose alle therapeutischen Ebenen

durchschritten. Von der Ewers-Diät bis zur Immuntherapie, von der Universitätsklinik über Krankenhäuser und Scharlatane, doch immer wiederkehrend zum Hausarzt, der mit etwas Verstand und vielleicht etwas mehr Herz den typischen Auf- und Niedergang dieser Erkrankung begleitete. Jetzt fällt dem Patienten bereits Atmung und Sprechen sehr schwer. Der Hausarzt besucht ihn jede Woche, dann und wann mit dem Einsatz eines Medikamentes, auch eines neuen. Für einige Tage tritt dann eine Besserung ein, aber nur für einige Tage. Das Medikament ist aber jedesmal die Brücke zu etwas Hoffnung und auch wieder zu einem neuakzentuierten Gespräch.

Bei diesem Patienten wird wie bei allen so Schwerkranken deutlich, dass jede therapeutische Massnahme, jedes Medikament, sein Gewicht durch die Persönlichkeit des Arztes erhält. Der Besuch, das Gespräch rühren an den emotionalen Hintergrund des Leidens.

Jede Verordnung von Medikamenten wird in der Humanmedizin von psychologischen, zum Teil sogar von irrationalen Faktoren modifiziert, die Ausdruck eines spezifischen Beziehungssystems sind, wie es das Arzt-Patient-Verhältnis darstellt. Dabei wirkt der Arzt selbst in ganz entscheidendem Ausmass selbst «als Droge». Wir sprechen zwar lieber vom Arzt als Arznei (*Luban-Plozza* und *Knaak* [5]). Bei Problempatienten ist jedenfalls Pharmakotherapie wie auch Psychopharmakotherapie angezeigt.

Jeder erfahrene Arzt kennt Familien mit einer «wohlmeinenden» Tante, die sich in jede Verordnung einmischt und sie nach Gutdünken modifiziert. Im Zeitalter der Massenkommunikation haben die Massenmedien diesen «Tantenmechanismus» weitgehend übernommen. Sie wissen es meist besser als der Arzt *Pfeifer* [8]).

Der technische Fortschritt scheint auch den «*homo pharmaceuticus*» hervorzubringen – den Menschen, der von Medikamenten aller Art lebt, «Pharmakologie» betreibt.

Zusammenfassung

«Wie» verordnet wird ist ebenso wichtig wie «was» wir verordnen. Für viele Menschen gehören Medikamente zum «täglichen Brot». Die «Ära der sozialen Chemie», die «Inflation des Medikamentenkonsums», eigentlich der «soziale Gebrauch von Drogen», schaffen besondere Schwierigkeiten für das «Wie» der Verordnungen.

Die Erwartungen des Patienten müssen ernst genommen, und seine Ängste dürfen nicht bagatellisiert werden. Die Art der Verabreichung ist abzuwägen, etwa ob der Patient sie als «Bestrafung» und «gewaltsames Eindringen» deutet. Applikationen können auch passiven Charakter haben, wie zum Beispiel die Verordnung von Tees und Bädern. Der Arzt sollte die Packungsprospekte kennen und im Auge behalten, damit falsche Schlüsse durch den Patienten nach Möglichkeit verhindert werden.

Die psychische Seite medikamentöser Nebenwirkungen hat grosses Gewicht. Weitere Gesichtspunkte sind interaktionelle Aspekte, Beziehungsdagnostik und -therapie als lineares Verstehensmodell auch bei der Anwendung von Arzneimitteln.

Die Vereinfachung der Medikation, schriftliche Anweisungen bezüglich die medikamentöse Therapie an die Patienten, intensivere Gespräche mit den Patienten über Wirkung und Nebenwirkung der Medikamente sind nur wenige praktische Beispiele dafür, wie Patienten dahingehend beeinflusst werden können, verordnete Medikamente regelmässiger einzunehmen.

Résumé

Aspects psychologiques du médicament

Lorsque nous établissons une ordonnance, la question «comment» a autant d'importance que celle qui touche au «quoi». Pour beaucoup de personnes, les médicaments font partie du «pain quotidien».

«L'ère de la chimie sociale», «l'inflation de la consommation médicale», à vrai dire «le recours social à la drogue», créent des difficultés particulières pour le «comment» des ordonnances.

Il importe de prendre au sérieux les espoirs du patient et l'on n'a pas le droit de prendre ses angoisses à la légère. Quant à la manière de prendre le médicament, il convient de prendre en considération, par exemple, si le patient l'interprète en tant que «punition» et d'«intervention répressive». Les applications peuvent également présenter un caractère passif, tel que cela se produit lors de la prescription d'infusions et de bains. Il importe que le médecin connaisse le contenu du prospectus figurant dans l'emballage et qu'il en tienne compte, ceci dans le but d'éviter, autant que possible, que le patient n'en tire des conclusions erronées.

L'aspect psychique des effets secondaires du traitement médicamenteux intervient pour une part importante. Parmi les autres aspects à prendre en considération, citons les aspects d'interaction, le diagnostic et la thérapie relationnels en tant que modèles linéaires de compréhension, également lors de l'application de médicaments.

La simplification de la médication, des instructions écrites aux patients concernant la thérapie médicamenteuse, une discussion plus approfondie avec les malades sur les effets et les effets secondaires des médicaments ne représentent que quelques exemples pratiques de la manière d'influencer les patients dans le sens d'une consommation plus régulière des médicaments prescrits.

Summary

Psychological Aspects of Prescribed Drugs

The "how" of prescribing is as important as what we prescribe. Drugs are part of everyday life for many people. The era of "social chemistry", the "inflation of drug use", or the "social use of drugs" create special difficulties for the "how" of prescribing.

It is important that the expectation and fears of the patient are being taken seriously. The manner of prescribing has to depend on whether

the patient interprets them negatively, as punishment and violent intrusion. But applications of drugs can also have a passive character, such as is the case with teas and baths. The physician should be aware of the contents of the package inserts, and keep them in mind so as to avoid mistaken interpretations by the patient.

The psychological aspects of drug side effects are very important. A further concern is consideration of aspects of human interaction in diagnosis and therapy, also when applying medical drugs.

Simplification of medication, written instruction concerning drug therapy addressed to the patient, intensified conversations with the patients on effects and side-effects of drugs are only a few practical examples of how patients can be influenced to the prescribed drugs more regularly.

Literatur

- [1] *Balint M.*, Repeat prescriptions patients: are they an identifiable group? *Psychiat. in Med.* 1, 3–14 (1970). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.*
- [2] *Richter S.*, S.-Fischer-Verlag, Frankfurt am Main (1970), *Das Wiederholungsrezept*, Dissertation, Univ. Heidelberg (im Druck).
- [3] *Gunder-Remy U.*, pers. Mitteilung.
- [4] *Hemmer W.*, *Der leise Therapie-Boycott*, *Ärztliche Praxis* 13, 345 (1978).
- [5] *Luban-Plozza B.*, *Knaak L.*, *Der Arzt als Arznei*, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln (1979).
- [6] *Mattern H.*, *Arzt-Heilmittel-Kranker*, Rundtischgespräch Therapiewoche Karlsruhe 28. August 1977.
- [7] *Nager F.*, *Arzt-Heilmittel-Kranker*, Rundtischgespräch Therapiewoche Karlsruhe 28. August 1977.
- [8] *Pfeiffer W.*, *Das «therapeutische Bündnis»*, *diagnostik* 10, 788–791 (1977).