

Arzt-Patienten-Beziehung bei der Medikamentenbehandlung

Eine systemische Betrachtungsweise

S. Priebe, U. Hegerl

Im systemischen Denken werden Beziehungsmuster und Interaktionen untersucht. Nicht das absolute Ausmaß von einzelnen Variablen, sondern Unterschiede zwischen den Mitgliedern eines Systems sind von Interesse. Auch die Beziehung zwischen Arzt und Patient kann in dieser Weise betrachtet werden, was zur Entwicklung konkreter therapeutischer Vorgehensweisen wie in der Palo-Alto-Kurztherapie geführt hat. Folgerungen für die Medikamentenbehandlung und ein empirischer Untersuchungsansatz werden dargestellt.

Doctor-Patient Relationship in Drug Treatment. A Systemic Approach: Systemic thinking is concerned with interactions and patterns. One examines differences between members of a system – the absolute value of variables is of no interest. The relationship between physi-

cian and patient may be looked at in the same way. This has led to the development of some new therapeutic methods. The Palo Alto brief therapy is one example of this approach. Consequences for drug treatment and an empirical investigation are shown.

Der hier vorgestellte Denkansatz mag in der Medizin ein wenig ungewohnt sein, da er vorwiegend auf einer anderen als der dort weitgehend üblichen Denkweise, nämlich dem systemischen Denken beruht, wobei die Konsequenzen für den praktischen Umgang mit dem Patienten noch begrenzt sind. Natürlich ist es an dieser Stelle nicht möglich, eine befriedigende Einführung in die Epistemologie und die Konzepte des systemischen Denkens zu geben; aber einige grundlegende Gedanken, die zu unserer Sichtweise geführt haben, sollen doch kurz dargestellt werden.

Systemisches Denken

Nach dem 2. Weltkrieg hat in verschiedenen Bereichen der Naturwissenschaften das systemische Denken an Bedeutung gewonnen. Man such-

te nicht mehr nach einer linearen Kausalität und nach einfachen Ursache-Wirkungs-Relationen. Klassische ätiologische Konzepte traten in den Hintergrund. Statt dessen betrachtete man wechselseitige Interaktionen, kybernetische Kreise und Systeme, deren Strukturen und Regeln als wesentliche Merkmale untersucht wurden. Als eine bis heute jede Arbeit in diese Richtung beeinträchtigende Schwierigkeit stellte sich bald heraus, daß solche Beziehungen und Relationen zwar eventuell in der Mathematik exakt festzulegen, in unserer Sprache aber nur sehr kompliziert und unzureichend zu beschreiben sind. Später wurde die systemische Denkweise auch auf die Humanwissenschaften übertragen, wodurch z. B. neurophysiologische Forschungsrichtungen stark beeinflusst wurden (8), und insbesonde-

re auf psychiatrische und psychosoziale Probleme angewandt, wobei G. Bateson einer der wesentlichen Vorreiter war. Die aus seiner Arbeit resultierende Double-Bind-Theorie der Schizophrenie war ein erster Schritt in dieser Entwicklung (1), obwohl sie heute nur noch von historischem Interesse und inhaltlich verlassen ist. Seit der Erstveröffentlichung dieser Theorie im Jahre 1956 hat die Anwendung systemischen Denkens auf psychiatrische Fragestellungen zu verschiedenen neuen Modellen psychiatrischer Störungen geführt, die vornehmlich mit spezifischen Kommunikationstheorien verbunden wurden (2). Allen diesen Modellen blieb gemein, daß Störungen – etwa Schizophrenie oder Depression – als ein Phänomen betrachtet wurden, das nicht mehr einem Individuum, sondern einem System mit Interaktionen und Beziehungsmustern zugeschrieben wurde (11).

Es bleibt grundsätzlich der Willkür überlassen, welches System als jeweils relevant angesehen wird. Das betrachtete System mag eine Dyade sein, bestehend aus dem Patienten und seinem Partner, eine Familie oder sogar eine größere soziale Gemeinschaft, in der die Familie des Patienten nur ein Element ist und die Beziehungen der Familie mit anderen Teilen dieser Gemeinschaft Gegenstand des diagnostischen und therapeutischen Interesses sind. Zusätzlich zum Patienten oder seiner Familie kann das System aber auch zumindest zeitweilig den Arzt, den Psychotherapeuten oder die zuständige psychosoziale Institution mit einschließen. Man spricht dann zuweilen vom therapeutischen System, in dessen Rahmen Störungen möglicherweise eher stabilisiert und aufrechterhalten als verändert oder beseitigt werden (7). Es hängt letztlich vom Zweck und Nutzen ab, welches System man wählt und wie es definiert wird.

Dipl.-Psych. Dr. med. S. Priebe, Dr. med. U. Hegerl, Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin (Dir.: Prof. Dr. med. H. Helmchen), Eschenallee 3, D-1000 Berlin 19.

Psychotherapeutische Methoden

In der Psychotherapie haben sich aus diesen Gedanken vor allem verschiedene familientherapeutische Methoden entwickelt. Einige zielen vorwiegend auf die hierarchische Struktur innerhalb einer Familie, die in der Therapie wiederhergestellt werden soll (5, 6), andere versuchen eher die „Spielregeln“ in der Interaktion einer Familie therapeutisch zu verändern (10). Doch auch für den therapeutischen Umgang mit Individuen und innerhalb eher traditioneller institutioneller Voraussetzungen wurden konkrete Vorgehensweisen aus dem systemischen Denken heraus erarbeitet. Wahrscheinlich am bekanntesten ist die von der *Palo-Alto-Gruppe* propagierte Kurztherapie. Dabei betrachtet man wieder das System, in dem der Patient lebt, und fragt nach den bisherigen Lösungsversuchen für das Problem, das therapeutisch angegangen werden soll. Man nimmt an, daß die bisherigen Lösungsversuche nicht nur offensichtlich nicht erfolgreich waren, sondern sogar das Problem, das vielleicht ursprünglich aus einer weniger schwerwiegenden Schwierigkeit entstanden ist, gefestigt oder verstärkt haben, somit selbst das eigentliche Problem darstellen (12).

Um nicht denselben Weg einzuschlagen, tut der Therapeut praktisch das Gegenteil von dem, was z. B. die Angehörigen des Patienten zuvor versucht haben. Wenn etwa ein depressiver Patient von seinen Angehörigen stets zu hören bekam, daß er doch keinen Grund habe, so traurig zu sein, und daß es ihm sicher bald wieder besser gehen werde, so erklärt ihm der Therapeut, daß es angesichts der Lebenslage des Patienten überraschend sei, daß es ihm nicht noch schlechter gehe, und daß man bezüglich einer Besserung eher skeptisch sein müsse, wofür natürlich auch eine dem Patienten einleuchtende Erläuterung gefunden werden muß (3). Dieses häufig in zu vereinfachender Form als paradoxe Intervention beschriebene Vorgehen (4) macht den Prinzipien der Kurz-

therapie zufolge aus dem sogenannten therapeutischen System ein wirklich therapeutisches und ermöglicht auf diese Weise eine echte Veränderung.

Im systemischen Denken ist es von geringem Interesse, das absolute Ausmaß einzelner Variablen bei verschiedenen Mitgliedern eines Systems zu beschreiben, was ohnehin nur bedeuten würde, Vergleiche mit den Werten anderer Systeme herzustellen. Vielmehr ist man bemüht, Beziehungen innerhalb eines Systems und Unterschiede zwischen einzelnen Mitgliedern zu erfassen. *M. Selvini* beschrieb ein entsprechendes Vorgehen für die Informationsgewinnung in der Familientherapie (9). Demzufolge würde nicht gefragt, welche Beziehungen allgemein der Vater zu seinen Kindern habe, sondern beispielsweise welches Kind ihm am nächsten stehe, welches dann usw. Und in der bereits erwähnten Kurztherapie ist es wenig wichtig, ob sich der Therapeut generell optimistisch oder pessimistisch gibt, entscheidend ist, ob er mehr oder weniger optimistisch als der Patient ist.

Medikamentenbehandlung

Was hat das alles nun mit der Medikamentenbehandlung zu tun? Auch die Gabe eines Medikamentes läßt sich als eine Intervention im therapeutischen System beschreiben, so wie andere Interventionen, etwa eine bestimmte Verhaltensverschreibung, auch. Die spezifischen und unspezifischen Medikamenteneffekte können nicht nur miteinander, sondern auch mit anderen Merkmalen des Systems interagieren, etwa mit den grundsätzlichen Einstellungen von Arzt und Patient zur Krankheitsschwere oder zu Medikamenten. Wenn der Patient beispielsweise das Gefühl hat, sein Arzt halte ihn gar nicht für richtig krank, so werden die Ansprüche und Erwartungshaltungen des Patienten durch das Verschreiben eines Medikamentes sicherlich in anderer Weise bestimmt, als wenn der Patient meint, der Arzt überschätze den Schweregrad der

Erkrankung. Sollte der Patient annehmen, der Arzt glaube nicht recht an die Wirkung der Medikation oder verordne sie nur ungern, sind andere Suggestiveffekte und Attributionen möglich, als wenn der Patient befürchtet, sein Arzt vertraue zu sehr auf Medikamente. Dies gilt in gleicher Weise, falls der Patient seinem Arzt eher eine Tendenz zur Über- oder Unterdosierung, zu beharrlichem Festhalten an einem bestimmten Präparat oder zu vorzeitigem Wechsel unterstellt. Das Verschreibungsverhalten und die Erläuterungen des Arztes wiederum werden natürlich variieren, falls er beim Patienten eine zu starke Medikamentengläubigkeit oder eine unzureichende Compliance vermutet. Und der Erfolg oder Mißerfolg einer Medikamentenbehandlung wird in Abhängigkeit von den ursprünglichen beiderseitigen Erwartungen verständlicherweise die weitere therapeutische Beziehung, einschließlich des Vertrauens und der Verantwortungsverteilung, verändern.

Auch wenn grundsätzlich solche Zusammenhänge offensichtlich sind, machen doch gerade das Zusammenspiel und die wechselseitige Beeinflussung dieser Faktoren eine Analyse und Bewertung im Einzelfall schwierig. Dem systemischen Denken zufolge sollten die relevanten Haltungen in einer vergleichenden, relationalen Weise beschrieben werden, wie z. B.: Wer vertraut mehr auf Medikamente, der Arzt oder der Patient?

Empirische Untersuchung

Im Bemühen um einen empirischen Zugang haben wir 45 stationär-psychiatrische Patienten (34 weibliche, 11 männliche; Alter 31–85 J., \bar{x} = 49 J.) mit einer depressiven Symptomatik bzw. die entsprechenden therapeutischen Systeme untersucht. Unter anderem befragten wir Ärzte und Patienten, wer die Krankheit des Patienten wohl für schwerer halte, wer mehr von der Behandlung im Krankenhaus und wer im Falle des Patienten mehr von einer medikamentösen Behandlung erwarte.

Wir nehmen an, daß diese Gesichtspunkte in jeder Arzt-Patienten-Beziehung eine Rolle spielen, auch wenn für jede einzelne Beziehung andere Variablen vielleicht mehr Bedeutung haben. Die ersten beiden Fragen wurden den Patienten nicht nur im Vergleich mit ihrem Arzt vorgelegt, sondern zusätzlich auch mit der Bitte, sich in der Relation zu den für sie wichtigsten Personen ihrer Umgebung (zumeist Angehörige) einzuschätzen. Allein diese Fragen beschreiben bereits eine Fülle verschiedener Beziehungsmuster, so daß an dieser Stelle nur wenige Aspekte herausgegriffen werden sollen.

Standpunktbedingte Ergebnisse

Die Übereinstimmung in der Beurteilung der gegenseitigen Beziehung von Arzt und Patient ist überraschend gering. Bei der Frage etwa, wer im konkreten Fall mehr von Medikamenten erwarte, antworteten nur 18 Patienten übereinstimmend mit ihrem Arzt. Es ist offensichtlich, daß Wahrnehmung und Bewertung nicht unabhängig sein können vom Standpunkt des jeweiligen Beobachters.

Dies gilt hier um so mehr, als ja die Beobachter in diesem Fall das therapeutische System nicht von außen betrachten, sondern ihm selbst angehören. Es läßt sich aber festhalten, daß Ärzte und Patienten nicht nur in ihrer Erwartung eines Medikamenteneffektes zumeist differieren – was ja nicht überrascht –, sondern sich auch auf einer höheren Ebene nicht einig sind, nämlich darüber, in welcher Weise sie sich uneinig sind, was den therapeutischen Umgang vermutlich nicht erleichtert.

Die Beurteilung der Ärzte korreliert deutlich mit ihren diagnostischen Einschätzungen. So ist bei der Frage, wer mehr von der Krankenhausbehandlung erwarte, der Anteil der sogenannten endogenen Diagnosen in den Gruppen, bei denen der Arzt sich für mehr oder gleich optimistisch wie den Patienten hält, 62% bzw. 57%, in der Gruppe dagegen, bei der der Arzt den Patienten für

optimistischer beurteilt, nur 18%. Die klinische Erfahrung, daß diagnostische Konzepte die Interaktion mit dem Patienten sowohl widerspiegeln als auch beeinflussen, findet somit eine Bestätigung.

Im Hinblick auf die geschilderten systemischen Überlegungen interessiert natürlich insbesondere die Frage, inwieweit die Beziehungen von Patient und Arzt mit denen vom Patienten und seinen Angehörigen übereinstimmen oder sich von diesen unterscheiden, wie es in der Palo-Alto-Kurztherapie angestrebt wird, wobei wir uns hierfür auf die Sicht des Patienten beschränken. 24 Patienten, d. h. mehr als 50%, gaben an, daß sie sowohl im Vergleich mit ihren Angehörigen als auch mit dem Arzt ihre Erkrankung für schwerer halten. Auch beim Optimismus bezüglich der Klinikbehandlung beschreiben mehr als 50% der Patienten ihre Beziehung zum Arzt ebenso wie die zu ihren Angehörigen. Auch in einem psychiatrischen Krankenhaus, wo einerseits eine gewisse Vertrautheit mit psychotherapeutischen Sichtweisen und Konzepten gegeben ist, andererseits die medikamentöse Behandlung als eine wesentliche Therapie-Komponente angesehen wird, gestalten sich demnach diesen Kriterien zufolge die meisten der Arzt-Patienten-Beziehungen spontan in derselben Richtung, die schon die Interaktion zwischen Patienten und Angehörigen bestimmt hat.

Konsequenzen

Wie bereits ausgeführt, wäre unter Berufung auf die Theorie und praktischen Richtlinien der Kurztherapie aber das Gegenteil zu fordern. Dabei liegt auf der Hand, daß sich das dort postulierte Vorgehen insbesondere bei chronifizierten Problemstellungen anbietet. Dies gilt selbstverständlich auch für Fragen der Medikamentenbehandlung. So wäre es aus dieser Sicht z. B. ratsam, einem Patienten, der am Sinn einer bestimmten Medikation zweifelt und dessen diesbezügliche Compliance deshalb seit längerer Zeit problema-

tisch ist, obwohl ihm Ärzte und Angehörige bisher stets einen positiven Effekt versichert haben, zumindest versuchsweise einmal selbst skeptisch und zweifelnd gegenüberzutreten. Die praktische Schwierigkeit dabei ist, daß eine solche Umstellung und ein solches Verhalten ein zumindest gedankliches „Heraustreten“ aus dem System erfordern, dessen Teil man selbst ist. Dies kann beispielsweise auf der Ebene der Supervision geschehen. Nur dann ist eine systemische Betrachtungsweise in der Arzt-Patienten-Beziehung für den Arzt selbst möglich, und nur dann sind die Konsequenzen daraus auch realisierbar.

Dokumentation: F1, N4 – E2 Arzt-Patienten-Beziehung – Medikamentenbehandlung

Literatur

1. Bateson, G.: Ökologie des Geistes. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1981.
2. Dell, P. F.: Epistemologische Probleme der Familientheorien zur Schizophrenie. *Familiendynamik* 6 (1981) 310–332.
3. Fisch, R., Weakland, J., Segal, L.: The tactics of change. Jossey-Bass Publ., San Francisco 1983.
4. Frankl, V. E.: Theorie und Therapie der Neurosen. Ernst Reinhardt, München 1975.
5. Haley, J.: Leaving home. McGraw-Hill Book Company, New York 1980.
6. Hubschmid, T.: Psychiatrisches Denken – Systemisches Denken. *Familiendynamik* 6 (1981) 366–378.
7. Ludwig, K., Schwarz, R., Kowark, H.: Systemische Therapie mit Familien von „psychotischen“ Jugendlichen. *Familiendynamik* 9 (1984) 108–125.
8. Maturana, H. R.: Erkennen: Die Organisation und Verkörperung von Wirklichkeit. Vieweg, Braunschweig 1982.
9. Selvini Palazzoli, M. u. Mitarb.: Hypothesieren – Zirkularität – Neutralität: 3 Richtlinien für den Leiter einer Sitzung. *Familiendynamik* 6 (1981) 123–139.
10. Selvini Palazzoli, M. u. Mitarb.: Paradoxon und Gegenparadoxon. Klett-Cotta, Stuttgart 1981.
11. Simon, F. B.: Die Grundlagen der systemischen Familientherapie. *Nervenarzt* 56 (1985) 455–464.
12. Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R.: Lösungen. Huber, Bern 1974.