Macht der Worte

Viele Anästhesiologen machen sich wahrscheinlich um den Aufbau einer Beziehung zu ihren Patienten relativ wenig Gedanken. In der Regel sehen sie ihre Patienten nur 2-mal: beim Aufklärungsgespräch vor der Operation und während des Eingriffs. Im Unterschied etwa zu Allgemeinärzten, Kinderärzten oder Gynäkologen besteht hier kaum eine Möglichkeit zum Aufbau einer lang anhaltenden Arzt-Patient-Beziehung, um z. B. die Compliance (Therapietreue) positiv zu beeinflussen. Weitere medizinische Fachdisziplinen, in denen kommunikative Kompetenzen bei traditioneller Betrachtungsweise nur eine geringe Rolle zu spielen scheinen, sind die Radiologie und die Pathologie.

Es besteht jedoch zunehmend Einigkeit darüber, dass Kommunikation eine wichtige Rolle in praktisch allen Bereichen des ärztlichen Handelns spielt. Kommunikation bildet die Grundlage dafür, dass der Patient einen Bezug zu seiner Erkrankung und deren Therapie entwickeln kann. Zudem werden Patienten, die sich offen, ehrlich und mitfühlend von ihrem Arzt behandelt fühlen, weniger dazu neigen, rechtliche Schritte einzuleiten, wenn es zu Problemen kommt. Im Beitrag von Zech *et al.* in diesem Heft wird dargelegt, wie sich implizite und explizite Botschaften vonseiten der Ärzte auch im Bereich der Anästhesie negativ auf die Gesundheit der Patienten auswirken können, und zwar durch die Auslösung von Noceboeffekten.

Wie wichtig Worte für den Therapieerfolg sein können, zeigen aktuelle Ergebnisse aus der Placebo- und Noceboforschung. Wurden z. B. Patienten nach einer Operation von ihrem Arzt informiert, dass sie ab sofort ein Schmerzmittel über die Vene erhalten würden, nahmen ihre Schmerzen signifikant schneller ab, als wenn das Schmerzmittel ohne Wissen des Patienten über eine Infusion aus

dem Nebenzimmer gestartet wurde. Das funktionierte jedoch auch in umgekehrter Richtung: Mit entsprechender Information führte das Absetzen der Medikation zu einer kontinuierlichen Schmerzzunahme in den folgenden Stunden, während Patienten, die nichts vom Absetzen der Schmerzmedikation erfuhren, keine Schmerzen mehr entwickelten [1].

Einer gängigen Definition zufolge ist ein „Placebo“ jede Therapie oder Komponente einer Therapie, die wissentlich wegen ihrer unspezifischen, psychologischen oder psychophysiologischen Wirkung oder wegen ihrer vermuteten spezifischen Wirkung eingesetzt wird, aber ohne spezifische Wirkung auf die behandelte Problematik ist. Der Placeboeffekt wiederum ist der psychologische oder psychophysiologische Effekt, der durch Placebos erzeugt wird [6]. Als „Noceboeffekte“ werden hingegen zum einen die Nebenwirkungen von Placebos bezeichnet, also Symptome, die allein durch die Erwartung von Nebenwirkungen hervorgerufen werden – z. B. Mundtrockenheit in den Placebogruppen von klinischen Studien zur Testung von trizyklischen Antidepressiva. Zum anderen bezeichnen Noceboeffekte Verschlechterungen von Symptomen oder Erkrankungen im Rahmen von Therapien, die allein auf negative Erwartungen und/oder schlechte Vorerfahrungen zurückzuführen sind [2].

» Weder Placebo- noch Noceboeffekte sind eingebildet [4]

Zahlreiche Untersuchungen der letzten Jahre haben gezeigt, wie spezifisch die neurobiologischen Mechanismen sind, die durch Erwartungen in Gang gesetzt werden. Bei der erwartungsinduzierten Placeboanalgesie z. B. spielt die Ausschüttung endogener Opioiden im Gehirn eine

zentrale Rolle, während die motorische Besserung bei Patienten mit M. Parkinson unter Placebo mit der Ausschüttung von Dopamin im Striatum einhergeht. Negative Erwartungen wiederum führen über eine Angstverstärkung zu einer erhöhten Ausschüttung von Cholezystikinin im Gehirn, wodurch die Schmerzen zunehmen. Auch die inneren Organe reagieren hochspezifisch auf positive und negative Therapieerwartungen [5]. Den Unterschied zwischen Placebo- und Noceboeffekten machen dabei oft nur wenige Worte aus: Allein das Label „Placebo“ auf einer Studienmedikation bewirkte, dass die Wirkung des Präparats Maxalt® gegen Migräneschmerzen drastisch sank [3].

Die Erfahrungen aus der Placebo- und Noceboforschung legen nahe, dass auch jene Ärzte, die ihre Patienten nur kurzzeitig sehen, wie eben z. B. Anästhesiologen und Radiologen, davon profitieren könnten, ihre Kommunikation mit den Patienten zu optimieren. Gelungene Kommunikation ist ebenso schwierig zu erlernen wie zu unterrichten. Für viele von uns bleibt es eine lebenslange Aufgabe, die kommunikative Kompetenz durch Reflexion der eigenen Erfahrungen stetig zu verbessern. Dieser Prozess sollte bereits im Medizinstudium beginnen, z. B. durch den Einsatz von Dozenten und Mentoren, die die Bedeutung von aufmerksamer und empathischer Kommunikation erkannt haben. Denn wie aktuelle Forschungsergebnisse belegen, bedeutet die optimierte Arzt-Patient-Kommunikation nicht nur eine Reduktion von Angst und Stress für den Patienten, sondern auch eine Maximierung des Behandlungserfolgs bei gleichzeitiger Minimierung der Nebenwirkungen.

K. Meissner

M. Merrow

Korrespondenzadresse

PD Dr. K. Meissner

Institut für Medizinische Psychologie,
Ludwig-Maximilians-Universität
Goethestr. 31, 80336 München
karin.meissner@med.lmu.de

Prof. Dr. M. Merrow Ph.D.

Institut für Medizinische Psychologie,
Ludwig-Maximilians-Universität
Goethestr. 31, 80336 München
merrow@lmu.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Meissner, M. Merrow geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Colloca L, Lopiano L, Lanotte M, Benedetti F (2004) Overt versus covert treatment for pain, anxiety, and Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 3:679–684
2. Hahn RA (1997) The nocebo phenomenon: concept, evidence, and implications for public health. *Prev Med* 26:607–611
3. Kam-Hansen S, Jakubowski M, Kelley JM et al (2014) Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks. *Sci Transl Med* 6:218ra5
4. Meissner K, Bingel U, Colloca L et al (2011) The placebo effect: advances from different methodological approaches. *J Neurosci* 31: 16117–16124
5. Meissner K (2014) Placebo responses on cardiovascular, gastrointestinal, and respiratory organ functions. *Handb Exp Pharmacol* 225:183–203
6. Shapiro AK, Morris LA (1978) The placebo effect in medical and psychological therapies. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*, 2. Aufl. Wiley, New York, S 369–409

Hier steht eine Anzeige.