

# COMPLIANCE – PSYCHOANALYTISCHE PERSPEKTIVEN

VON  
MICHAEL B. BUCHHOLZ

---

## DIE SCHWIERIGKEITEN DES KONZEPTS

---

In der Stellungnahme des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit – Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (kurz: „Addendum“) wird das Problem, das sich mit der Compliance verbindet, sorgfältig anhand empirischer Befunde dargestellt:

1. Patienten befolgen die Anweisungen des Arztes nicht; verhaltensbezogene Schulungsprogramme helfen nicht sehr viel weiter
2. Das Problem hat – differenziert nach verschiedenen Krankheitsbildern – einen gewaltigen Umfang: Lediglich Verhütungsmittel haben eine geringe Non-Compliance-Rate von 8 %, bei allen anderen ärztlichen Verordnungen ist Non-Compliance beständiger Begleiter der ärztlichen Maßnahme; bei Hypertonus beenden beinahe die Hälfte aller Patienten innerhalb eines halben Jahres eigenmächtig die Medikation und ähnlich hohe Raten findet man bei Diabetes, Osteoporose oder Epilepsie, noch höhere beim Rheuma.
3. Die wirtschaftlichen Folgekosten sind enorm: Es gibt Studien, die zeigen, daß etwa 30% der verordneten Medikamente in Apotheken und Sammelstellen zurückgegeben werden.
4. Das Konzept ist schwierig zu definieren: der „Aspektizismus“ hilft nicht weiter, wenn man von vollständiger „Therapieverweigerung“ über die mildere Form der Verweigerung bestimmter Maßnahmen bis hin zu kleineren, seitens des Patienten eigenmächtiger Veränderungen der Medikation differenziert – gewonnen ist damit nicht viel. Gewonnen werden Operationalisierungen, um Studien durchführen zu können, die tiefere Einsicht in das Problem bleibt jedoch verstellt.
5. Diese läßt sich offenbar auch nicht erreichen, wenn man Patienten mit Fragebögen oder marktforschungsähnlichen Interviews befragt. Die Gründe, die dann genannt werden, sind läppisch: man vergisst, die Pillen einzunehmen, hat Angst vor schädlichen Nebenwirkungen oder nimmt die Medikamente nur bei Schmerzen – solche Forschung ermittelt dann zwar quantitativ ihre Erhebungsbefunde, aber inhaltlich hätte man sich schon denken können, was die Befragten sagen werden.
6. Auch eine andere Richtung, die mit Hilfe psychologischer Modelle Non-Compliance untersuchen, bleibt unergiebig. Wenn man etwa die Zusammenhänge zur Erkrankungsschwere oder zur Intervention untersucht, stellen sich durchgängig inkonsistente Ergebnisse ein.

7. Die aus psychologischen Modellen abgeleiteten Empfehlungen und Verhaltensprogramme reichen von der Schulung der Wahrnehmung für körperliche Veränderungen vor dem Eintritt des eigentlichen Schmerzes (der so wahrgenommene Stimulus soll dann an die Medikamenten-Einnahme „erinnern“) über schriftliche und andere Gedächtnishilfen und weitere Techniken der Selbstkontrolle bis hin zur Einbeziehung des sozialen Umfeldes – mit durchgängig nicht zufriedenstellenden Ergebnissen.

Es ist nun aufschlußreich, wenn die Autoren des „Addendum“ diesen Überblick mit einer Bemerkung beschließen, die geradezu dazu auffordert, ein anderes Denken zu sondieren. Sie schreiben, :

„...daß die meisten Modelle von der zunächst nicht hinterfragten Grundannahme ausgehen, dass es das Ziel des Patienten sei, von der Krankheit befreit zu werden und seinen Gesundheitszustand zu verbessern (Warschburger, P. 1998). Diese Grundannahme kann jedoch, bedenkt man das Phänomen des sog. „sekundären Krankheitsgewinns“, durchaus falsch sein und sich die Non-Compliance gerade dadurch ergeben, dass diese Grundannahme nicht generell übertragbar ist“.

Diese Schlussbemerkung räumt umstandslos mit den allzu rationalistischen Annahmen bezüglich des Krankheitsverhaltens auf. Sie führt weiter einen Begriff ein, den des „sekundären Krankheitsgewinns“, der aus der Psychoanalyse stammt. Damit wird indirekt ein Hinweis gegeben, die konzeptuellen und klinischen Möglichkeiten der Psychoanalyse daraufhin zu sondieren, ob sie das Phänomen der Non-Compliance genauer fassen kann. Mögliche davon angeleitete empirische Untersuchungen könnten dann zeigen, ob diese Konzepte und Lehren der Psychoanalyse möglicherweise sogar zu einer Reduktion der „faux frais“ im Gesundheitswesen beitragen können.

---

#### NEUE PERSPEKTIVEN: DAS PARADIGMA DES „KOMPETENTEN PATIENTEN“

---

Man darf im übrigen nicht der Täuschung erliegen, die im „Addendum“ zusammengetragenen Befunde über

- Inkonsistenz der Compliance,
- die weitgehende Ratlosigkeit, wie das Phänomen zu verstehen sei und
- die gesundheitsökonomischen Kosten,

wären neu. Ganz im Gegenteil! Jeder Blick in Lehrbücher der medizinischen Psychologie zeigt, daß das Thema dort immer schon mit Sorgfalt behandelt wurde, daß eine Reihe empirischer Befunde zitiert werden, die v.a. die Verbreitung der Non-Compliance bei bestimmten Patientengruppen oder Krankheiten zeigen – aber alle Autoren sind sich einig, daß es große Ratlosigkeit hinterläßt. Und bezüglich der ökonomischen Fragen schreiben bereits Schuller/Heim/Halusa in ihrem Lehrbuch der Medizinischen Soziologie (1992, S. 105), für das Jahr 1986 gelte, daß ein Sechstel der Arzneimittelkosten, rund 3 Mrd. DM von 17,6 Mrd., für die Nichteinnahme verordneter Medikamente verbraucht würden. Diese Kosten wären dann von damals einem Sechstel auf heute ein Drittel gestiegen, eine Verdoppelung, die den Ernst der Lage nur unterstreicht.

Weitere Differenzierungen oder andere Fragebögen helfen vermutlich aus dieser nicht optimistisch zu beurteilenden Lage nicht heraus, wenn nicht eine grundsätzliche Veränderung der Forschungsperspektive mit nachfolgender Klärung der Praxisrelevanz einhergeht. Diese

Änderung müsste v.a. mit dem „rationalistischen bias“ Schluß machen, wonach Patienten nur ein rationales Motiv haben: das der Beseitigung ihrer Beschwerden. Allein schon die Tatsache, daß es erwiesenermaßen zwischen Compliance und Intelligenzgraden *keinerlei* Zusammenhang gibt, schließt die Vermutung aus, daß bessere Information – also eine Rationalität in Anspruch nehmende Intervention – schon hilfreich weiter führen könnte. Man muß sich nur klar machen, daß bei Epilepsiekranken wohl bekannt ist, daß Anti-Epileptika ihnen ein sehr viel höheres Maß an Freiheit und Autonomie gewähren als es ohne diese Medikamente möglich wäre, ein Zusammenhang, der den Kranken wohl bewusst ist. Soweit sie sich damit aber von der Abhängigkeit von der Krankheit lösen konnten, wollen sie sie nicht durch eine anders geartete Abhängigkeit von den Medikamenten eintauschen. Sie greifen deshalb weitgehend auf vier Mechanismen der Selbstbehauptung zurück (Conrad 1985):

1. Sie *testen* aus, d.h. sie probieren und reduzieren, um herauszufinden, welche Wirkungen die Medikamente auf ihre psychosoziale Gesamtbefindlichkeit haben. Das Ziel ist dabei nicht allein die Kontrolle des Anfalls, sondern auch die Kontrolle der Medikamentenwirkung
2. Die Reduktion der Anfallshäufigkeit durch Medikamente erhöht Selbstgefühl und –sicherheit, bedroht aber zugleich die Fähigkeiten, sich als jemand zu erleben, der sich und sein Leben unter Kontrolle hat. Sich nicht an ärztliche Anweisungen zu halten, ist deshalb als Versuch zu verstehen, *eigene Steuerungsfunktionen* auch hier zu behalten. Der Patient hat, wenn man so will, ein Optimierungsproblem, das sich nur verschärft, wollte man ihm im ärztlichen Gespräch Vorwürfe wegen seiner scheinbaren Non-Compliance machen. Die ärztliche Leistung, die hier gefragt ist, ist Verstehen – nicht: Behandeln!
3. Alle Patienten mit gravierenden, nach außen sichtbaren Krankheiten, müssen ein erhebliches Maß an „*Stigma-Management*“ betreiben. Das schließt ein, Medikamente bei bestimmten Gelegenheiten, etwa in der Öffentlichkeit, nicht einzunehmen, um die Erkrankung geheim zu halten.
4. Epilepsie-Patienten nehmen ihre Medikamente *situativ gesteuert*. Kommt es darauf an, sich klar und nicht gedämpft zu fühlen, etwa bei einer Verabredung oder einer Prüfung, werden die Medikamente selbstständig geringer dosiert oder zeitweilig riskant abgesetzt. Das nimmt u.U. beträchtliche medizinische Risiken in Kauf, erweist sich aber als „Kompetenz“ und Ausdruck autonomer Selbstbehauptung, demgegenüber die ärztliche Forderung nach Compliance dann nur als Unterwerfung erlebt und mit Verweigerung beantwortet werden kann.

Diese Befunde lassen sich mutatis mutandis durchaus auf andere Patientengruppen übertragen. Der entscheidende Wechsel in der Forschung wird der Übergang zu einem Paradigma des kompetenten Patienten sein. Davon hat die Psychoanalyse (Buchholz 1993) schon vor längerer Zeit gesprochen; in der Säuglingsforschung ist dieser Begriff sicheres Repertoire (Dornes 1993). *Kompetenz* wird dabei in einer besonderen Weise definiert, nämlich abweichend von der medizinischen Kompetenz wird darunter verstanden, daß ein Kranker in jeder Lage nach allen Möglichkeiten strebt, an seiner Behandlung aktiv beteiligt zu sein, daß er nicht nur wegen seiner Krankheit behandelt, sondern als Person zugleich respektiert und hinsichtlich seiner unbewussten, ihm manchmal selbst unklaren Motivation wahrgenommen werden möchte. Es geht demnach nicht um eine technisch-fachliche Kompetenz im Sinne einer Quasi-Aneignung medizinischen oder medizin-analogen Halbwissens, sondern um eine im besten Sinne subjektive Kompetenz zur Wahrung persönlicher Souveränität zusammen mit der Forderung an den Arzt, die eigene Souveränität nach allen medizinischen Möglichkeit seinerseits zu wahren. Es empfiehlt sich, *statt von „Autonomie“ lieber von „Souveränität“* zu sprechen, weil dieser letztere Begriff die

Anerkennung der Abhängigkeit von sozialen und medizinisch-technischen Ressourcen einschließt. Als „Kompetenz“ kann dann alles das zusammengefasst werden, was einem Patienten bei gegebenen, oft fundamentalen Abhängigkeiten, ein Höchstmaß an Souveränität ermöglicht; Kompetenz ist Verteidigung der Souveränität – unter Umständen sogar gegen das bessere medizinische Informationswissen.

Hier läßt sich leicht nachvollziehen, weshalb Verhaltenstrainingsprogramme zur Förderung der Compliance scheitern müssen bzw. inkonsistente Erfolge zeitigen: weil sie die „technische“ Seite der Kompetenz stützen in einem Rahmen, wo *Übereinstimmung mit medizinisch geforderter Verhaltenserwartung zugleich als Verlust an Souveränität interpretiert* werden muß. Hierbei kommen dann unbewußte Motive zur Geltung, deren Berücksichtigung in einem Paradigma des kompetenten Patienten keine grundsätzlichen Schwierigkeiten machen dürfte.

Da die Psychoanalyse ihre Befunde aus der Praxis gewonnen hat, kann sie in einer solchen Situation hoffentlich auf Offenheit rechnen und ihre Darlegungen können dann empirische, aber praxisnahe Forschungen zum Paradigma des kompetenten Patienten anregen.

---

## ORIENTIERUNGEN DER PSYCHOANALYSE

---

Die Psychoanalyse bietet aus ihrem behandlungstechnischen Repertoire zunächst mehrere Begriffe an, mit deren Hilfe das Konzept der Non-Compliance einer Klärung zugeführt werden könnte:

### WIDERSTAND

Das Konzept des Widerstandes ist von Freud eingeführt worden, um manche Verhaltensweisen von Patienten während der psychoanalytischen Behandlung zu verstehen, insbesondere, daß sie offensichtlich Dinge tun, die ihrer Genesung entgegenstehen – und dem, was ihnen vom Arzt angewiesen wurde. Der Widerstand wurde dann als Manifestation jener intrapsychischen Vorgänge verstanden, die als „Abwehr“ zusammengefasst wurden (Will 2000). Es erwies sich als vollkommen fruchtlos und kontraproduktiv, als man versuchte, den Widerstand zu „bekämpfen“, wie es die etwas martialische Metaphorik dieses Konzepts nahe zulegen scheint. Vielmehr setzte sich immer mehr die Auffassung durch, daß der Patient einerseits sich vor etwas schützt (etwa vor der Enthüllung sorgfältig verdeckter Geheimnisse), andererseits seine Autonomie gerade *gegen* den Therapeuten wahr. Nur, wenn ein Therapeut das respektiert und „vorgreifend“ ein sensibles Wissen davon hat, was es sein könnte, wovor der Patient sich schützt und wie er seine Autonomie wahr – oft nämlich unter Inkaufnahme eigener Beschädigungen -, wenn der Therapeut also nicht „gegen“, sondern „mit“ dem Widerstand mitgeht, kann dem Patienten geholfen werden, ihn zu überwinden. Widerstand ist in psychoanalytischer Sicht (Schafer 1972) weniger etwas, was ein Patient „hat“, sondern eher ein Aspekt der therapeutisch hilfreichen Haltung; der Therapeut „sieht“ mit diesem Konzept, das der Patient besondere Schwierigkeiten hat, in der Gegenwart eines Anderen sich zu öffnen und das Konzept hilft ihm, zu verstehen, statt zu bedrängen.

Die Überwindung des Widerstands ist nun mit regelrechten Verlusten verbunden.

### DER SEKUNDÄRE KRANKHEITSGEWINN

Dies Konzept ist schon bei den Autoren des „Addendum“ angesprochen worden. Das Konzept ist differenzierter, als es die Umgangssprache wahrnimmt. Gemeint sind v.a. Aspekte der Krankenrolle, mit Vergünstigungen, die jedem Kranken gewährt werden:

- Anspruch auf Freistellung von bestimmten Pflichten

- Gewährung eines Schonraumes
- Erlaubnis zum Rückfall (Regression) in längst aufgegebenen, „kindliche“ Verhaltensweisen
- Inanspruchnahme anderer auf eine Weise, die sonst als Verletzung von deren Souveränität sanktioniert würde.

Die Krankenrolle und der mit ihr verbundene sekundäre Krankheitsgewinn kann in besonderer Weise ausgebaut und überzogen werden. Dann kann aus der Inanspruchnahme einer Hilfsperson ein Szenario werden, in der diese Hilfsperson „geknechtet“ und gequält wird – mit erheblichen Vorteilen: denn es ist nicht der Kranke, der quält, sondern die „Krankheit“. Schon Kinder, die eine Legasthenie-Bescheinigung erhalten, begreifen rasch die hier liegenden Möglichkeiten. Auf diese „Gewinne“ muß auch ein medizinisch Kranker u.U. verzichten dann, wenn die Krankheit durch Medikamente oder andere Interventionen erfolgreich beseitigt oder nachhaltig eingedämmt würde. In solchen Fällen scheitert die medizinische Intervention an ihrem eigenen Erfolg – weil sie die Kompetenz des Patienten, die Verteidigung seiner Souveränität, nicht ausreichend in Rechnung stellt. Zu dieser souveränen Kompetenzverteidigung kann u.U. gehören, daß ein behinderter älterer Mann seine Behinderung nicht aufgeben mag, weil diese Behinderung seiner Frau eine Pflege-Aufgabe gibt, die auch ihr Leben noch mit Sinn erfüllt – ohne die Krankheit verlöre sie Sinnerfüllung und Aufgabe und würde vielleicht depressiv mit allen Formen der Altersgranteligkeit, was wiederum der Mann sich erspart, indem er an seiner Behinderung festhält – es versteht sich von selbst, daß eine solche Konstellation auch mit umgekehrten Geschlechtsrollen vorkommt.

#### **DER SYMBOLISCHE DARSTELLUNGS- UND AUSDRUCKSGEHALT EINER SYMPTOMATIK**

Die Psychoanalyse hat immer vertreten, daß Krankheiten einen Ausdrucksgehalt haben. Diese These ist in manchen Varianten überzogen worden, teils sogar extrem und hat sich dann der Lächerlichkeit ausgesetzt. Die Überziehungen bestanden in zwei Richtungen: zum einen ist die Annahme falsch, daß es eine einseitige Richtung des Ausdrucks „von innen nach außen“ gibt und zum anderen die Annahme, daß bestimmte Krankheiten auch bestimmte Themen oder Konflikte (und keine anderen) darstellen. Wohl kennt man körperliche Reaktionen, wie Tränen oder Erröten, denen ein solcher Ausdrucksgehalt schwer abzusprechen ist, dennoch ist die Annahme einer Spezifität – einer bestimmten Erkrankung liegt ein spezifischer Konflikt zugrunde – wohl nicht haltbar.

Nun gibt es aber sog. somatische Äquivalente seelischer Zustände, deren Ausdrucksgehalt sich regelmäßig auf die körperliche Ebene verschiebt, wenn der Fall einer krankheitswertigen Störung vorliegt. Das ist bekanntermaßen bei Depressionen der Fall. Freilich variiert hier der körperliche Ausdruck geradezu gegensätzlich. Depressive Grunderkrankungen können bei manchen Menschen mit Obstipation, bei anderen mit Durchfall einhergehen; manche Depressive reden viel, andere kaum; manche schlafen und sind chronisch müde, andere haben beständige Schlafstörungen. Wenn diese Symptomatiken mit Medikamenten behandelt werden, kann der Erfolg sich nicht einstellen, weil damit lediglich die Äußerung der Krankheit unterdrückt wird; die Patienten tun in diesen Fällen aus psychoanalytischer Sicht sogar gut daran, die Medikation abzusetzen und die Compliance zu verweigern.

Ähnlich verhält es sich bei Formen des psychogenen Asthma, wo Medikamenten-Einnahme zur Bekämpfung der Symptomatik das Ziel überzieht; richtiger wäre hier, die Patienten zu lehren, Medikamente bereit zu halten, um den gefürchteten Status asthmaticus unter Kontrolle zu bringen und sie im übrigen anzuregen, darüber nachzudenken, welche Bedeutung das Asthma haben könnte.

Auch wenn die Innen-Außen-Determination nicht kausal zu verstehen sein dürfte, so bleibt dennoch, daß Patienten ihren Erkrankungen immer eine subjektive Bedeutung geben; selbst der harmlose Schnupfen wird mit einer entsprechenden Bemerkung flankiert („ich brauchte mal 'ne Pause“). Erst recht ist dies der Fall bei den großen Erkrankungen wie Epilepsie, aber auch bei den großen „Volkskrankheiten“ wie den vielfach beschworenen Stressreaktionen, den somatisierten Depressionen und selbst beim Herzinfarkt; er wird sehr häufig als „Blitz aus heiterem Himmel“ subjektiv gedeutet.

Die Gabe von Medikamenten wie Schlaf- oder Beruhigungsmitteln macht einen erheblichen Teil des gesamten Medikamenten-Budgets aus und ist ja nicht nur von psychoanalytischer Seite kritisiert worden. Hier könnte ernsthaft und seriös darüber nachgedacht werden, auf welcher Seite das Compliance-Problem besteht. Eine Würdigung des Ausdrucksgehalts solcher Störungen würde nach aller Wahrscheinlichkeit nicht nur die Compliance, sondern deren Behandlung überhaupt verbessern, weil Patienten ihre Kompetenz im oben beschriebenen Sinne dadurch zum Ausdruck bringen, daß sie non-compliant sind und die Einnahme von Medikamenten dort verweigern, wo sie unbewußt wissen, daß sie nicht helfen. Hier darf man Kompetenzverbesserung auf ärztlicher Seite fordern, die nicht unbedingt in der Schulung psychotherapeutischer Fähigkeiten bestehen muß, sondern lediglich in der Fähigkeit, solche Patienten von der Notwendigkeit psychotherapeutischer Hilfe zu überzeugen.

#### DIE BEZIEHUNGSDIMENSION

Siegrist (1988, 228) stellte in seinem Lehrbuch fest: „Non-Compliance ist also nicht allein ein Problem des Patienten, sondern ein Problem der Arzt-Patient-Beziehung!“ Diese Feststellung ist fraglos richtig und gewinnt an Schärfe, solange Compliance im Sinne eines autoritären Modells zu verstehen ist, wonach der Patient sich den Verordnungen des Arztes zu fügen habe, weil diese aus einem überlegenen Wissen stammen. Eine solche Einstellung kann schon aus den hier artikulierten Annahmen als nicht förderlich angesehen werden, weil sie die Souveränität und Kompetenz des Patienten minimiert. Die manchmal ausgesprochene (Haynes et al. 1982) Empfehlung, Vereinbarungen zur Medikamenteneinnahme schriftlich zu fixieren, sich vorlesen zu lassen und beim nächsten Arztbesuch abzufragen, hat deshalb nur einen begrenzten Wert; sie kann nur dann hilfreich sein, wenn sie vom Patienten nicht als Kontrolle und nicht als Einschränkung seiner Souveränität *erlebt* wird. Es hilft nicht, wenn der Arzt sich autoritären Modellen abhold zeigt und andererseits gelehrt wird, solchen Verfahrensvorschlägen zu folgen. Entscheidend ist auch hier die Respektierung der Souveränität – *innerhalb* eines so gesetzten Rahmens können diese Vorschläge dann auch erfolgreich sein. Das ist z.B. bei älteren Patienten der Fall, die sich *selbst* als „vergesslich“ beschreiben und deshalb die ärztliche Kontrolle als souveränitätsfördernd erleben können.

Bei anderen Patienten, die sich als im Vollbesitz ihrer Kräfte erleben, muß eine kontrollierende Verordnungspraxis zu abwehrenden Gegenmaßnahmen führen, die sich zu unter Umständen verhängnisvollen Kreisläufen aufschaukeln können. Bekannt sind die Machtkämpfe im Zusammenhang der Eßstörungen, aber auch bei Diabetes entspinnt sich häufig ein massiver Kampf zwischen dem Arzt und seinem Patienten um die Einnahme von Medikamenten bzw. Einhaltung des Injektions-Reglements. Ein solcher Machtkampf ist verschleißend auf beiden Seiten und dies insbesondere dann, wenn er als die eigentliche Behandlung störend aufgefaßt wird. Die psychoanalytische Sicht kann hier plausibilisieren, daß manche Patienten ihre körperliche Grunderkrankung nutzen, um den Arzt, den sie unbewußt in der Rolle des mächtigen Schamanen erleben, in ein unbewußtes Beziehungsspiel einzubinden, dessen Bedeutung etwa sein kann, die ärztliche Kompetenz zu depotenzieren. Der Sinn eines solchen „Spiels“ könnte dann in einer Verarbeitung der Trauer gesehen werden, an einer solchen Krankheit mit ihren schwerwiegenden Folgen (mögliche spätere Erblindung) zu leiden, während es dem Arzt scheinbar „nur gut“ geht – deshalb muß auch ihm mit allen Mitteln gezeigt werden, wie hilflos er

ist. Die Fallbesprechungen in zahllosen Balintgruppen, die seit Jahrzehnten mittlerweile hilfreich eingerichtet sind, können eine solche Konstellation nur bestätigen. Oberflächlich scheint hier der Patient der Hilfsbedürftig-Ohnmächtige zu sein, während er in der tieferen Beziehungsdimension durch Manipulation des Behandlungsregimes eine außerordentliche Macht entfaltet, die dem Arzt seine Ohnmacht zeigt.

Eine andere Konstellation, von denen die Medien voll sind, besteht in der untergründigen Sexualisierung der Beziehung zum Arzt, dessen Verführbarkeit beständig auf harte Proben gestellt wird und eine weitere Konstellation in der Ausnutzung des Arztes als Gesprächspartner bei einsamen, insbesondere alten Menschen. Nie kann es darum gehen, sich hier abweisend zu verhalten, sondern eher darum, solche dynamisch höchst relevanten Beziehungskonstellationen zu erkennen und handhaben zu lernen und dabei zu wissen, daß die Verschreibung von Medikamenten keineswegs immer das richtige Mittel der Wahl ist. Anstelle eines Medikaments hat der englische Arzt Michael Balint von der „Droge Arzt“ gesprochen, nach der Patienten „süchtig“ sind, d.h. nach dem hilfreichen Kontakt und dem ärztlichen Gespräch. Für dessen Führung könnte eine Einstellung auf subjektive Krankheitstheorien hilfreich sein.

### SUBJEKTIVE KRANKHEITSTHEORIEN

Jedem Arzt sind Patienten bekannt, die bestimmte Überzeugungen über die Entstehung ihrer Erkrankung direkt oder indirekt äußern. Eltern von asthmatischen Kindern äußern gelegentlich, das Asthma komme von der Wasserader, die unterm Bett des Kindes verlaufe. Andere meinen, die kindliche Aggressivität komme von einer bestimmten Ernährung, wieder andere fassen ihre Erkrankung als eine Strafe oder als Sühne auf. Man kann diese Überzeugungen leicht als „Unsinn“ abtun, würde damit aber deren außerordentliche verhaltenssteuernde Relevanz im Zusammenhang der Compliance vollkommen verkennen. Solche sog. „subjektiven Krankheitstheorien“ haben eine Auswirkung auf das, was mit Plassmann (1988) als „Prozessphantasien“ zu bezeichnen ist. Damit sind unbewußte Vorstellungen über das gemeint, was im Behandlungsprozess als hilfreich angesehen wird, welche Rolle der Arzt dabei spielt, welches Programm durchgeführt werden muß. Jeder kennt psychosomatische Patienten, die eine Behandlung mit „pills and needles“ erwarten und darauf bestehen. Solange das der Fall ist, können sie in „hilfreichen Gesprächen“ bestenfalls nur begleitende Maßnahmen erkennen, nicht aber die „eigentliche Therapie“. Wer glaubt, das Asthma komme von der Wasserader, wird die Hilfe von einer Verrückung des Bettes erwarten, nicht aber von Medikamenten und diese dann auch nicht einnehmen. Die vom Arzt empfohlenen Maßnahmen müssen eine Bedeutung *innerhalb des Bedeutungssystems des Patienten* gewinnen.

Solche Krankheitstheorien sind Überzeugungen, die in einem subjektiven Bedeutungsraum Ursachen lokalisieren. Sie werden in der Regel nach „extern“ und „intern“ differenziert. Eine als „Strafe“ verstandene Erkrankung hat dann eine „externe“ Ursache (Gottes Ratschluß). Daraus folgen dann Phantasien über den Prozeß, die sich auf einer Dimension „aktiv-passiv“ abbilden lassen: einer „extern“ verursachten Erkrankung gegenüber kann man sich nur „passiv“, leidend und duldend einstellen; es wäre vielleicht sogar vermessen, sich mit Hilfe der Medizin davon befreien zu wollen. Wegen dieses engen Zusammenhangs zwischen subjektiver Theorie und Prozessphantasie haben Studien sehr gut zeigen können, daß eine Verschiebung dieser Ursachenannahmen die Compliance verbessert und mit einer Veränderung subjektiver Überzeugtheit einhergeht. Dies ist etwa am Beispiel der Einstellung zu AIDS-Erkrankungen (Hahn ..., Jacob...) sehr gut erforscht. Hier unterscheidet man zwischen „Gefahr“ und „Risiko“. Wer die Möglichkeit einer AIDS-Erkrankung als „Gefahr“ einstuft, generalisiert und stellt keinerlei Verbindung zu eigenem Verhalten her. Deshalb ignoriert er auch die möglichen Schutzmaßnahmen; wer hingegen überzeugt ist, daß AIDS ein „Risiko“ ist, impliziert damit, daß das eigene Verhalten in Risikoüberwindung bestehen könnte. Die Chancen, einen „Risiko“-Patienten von bestimmten Maßnahmen zu überzeugen und damit seine Compliance zu verbessern, sind also ungleich höher

als bei den anderen Patienten und zwar deshalb, weil hier das Moment einer subjektiven Werthaltung, eines ganzen Weltbildes hoch veranschlagt wird.

Subjektive Krankheitstheorien und Prozessphantasien sind also nicht ärztlicherseits einfach abzutun, sondern als wesentliche Komponente der Compliance zu würdigen. Sie sollten Gegenstand des ärztlichen Gesprächs werden.

---

#### VORSCHLÄGE

---

Aus den genannten Überlegungen können einige Vorschläge abgeleitet werden, die aus psychoanalytischer Sicht geeignet sind, die Compliance zu verbessern.

1. Alles, was dem Patienten den Eindruck des Unpersönlichen und Geschäftsmäßigen vermittelt, sollte nach Möglichkeit unterlassen werden. Wenn der Patient den Eindruck gewinnt, daß seine Behandlung überwiegend von wirtschaftlichen oder institutionellen Erwägungen her bestimmt ist, wird er dem Arzt schon deshalb das nötige Vertrauen entziehen und ihm nicht die relevanten Information zukommen lassen, die er zum Stellen einer richtigen Diagnose – unter Einschluß des Ausdrucksgehalts und subjektiver Krankheitstheorien – benötigt.
2. Die Leistung des „Verstehens“ sollte – nicht in der Gebührenordnung, sondern in der Hierarchie des ärztlichen Ethos – dem naturwissenschaftlichen „Erklären“ allmählich gleichgestellt werden.
3. Es sollte ein „Leporello“ entwickelt werden, der – in der Art eines faltbaren kleinen Taschenspickzettels – jedem Arzt in die Tasche gegeben wird und auf dem er nachlesen kann, welche Maßnahmen im Sinne einer Respektierung und Förderung der Kompetenz und Souveränität des Patienten er greifen kann und welche Verhaltensweise er besser unterlässt. Die Arbeit an einem solchen „Leporello“ könnte von einer Kommission der DGPT initiiert und den Standesvertretern vorgelegt und schließlich empirisch und klinisch evaluiert werden.