

Der Placeboeffekt in der therapeutischen Arbeit

Hausarbeit

im Studiengang

B.Sc. Logopädie

der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
in Kooperation mit der Berufsfachschule für Logopädie Erlangen

Angefertigt im Fach Psychologie (Modul 15)
bei Dipl. Psych. Ute Latus
im Wintersemester 2016 / 17

Ylva Hopf

Erstes Studiensemester

Matrikelnummer: 2222 8868

Fichtestraße 35 | 91054 Erlangen

Ylva.Hopf@fau.de

Inhalt

I Einführung in die Fragestellung	3
II Definition des Placeboeffekts und Abgrenzung zum Placebo im medikamentösen Kontext	3
III Placeboeffekt durch unspezifische Wirkfaktoren in der Therapie	4
1 Das Therapeut-Patient-Verhältnis.....	4
1.1 Vertrauen in die Fähigkeiten des Therapeuten.....	5
1.2 Gesellschaftliche Einflüsse	5
1.3 Ritualisierung.....	6
1.4 Überzeugtheit des Therapeuten	6
2 Die „innere Apotheke“ – Nutzung der Selbstheilungsprozesse.....	7
3 Erwartungen des Patienten und deren Entstehung	8
4 Placebo by proxy	9
5 Nocebo-Effekt und iatrogene Effekte als negativer Einfluss auf Therapien	10
IV Fazit im Hinblick auf therapeutische Arbeit in der Logopädie	12
V Ausblick.....	13
Literaturverzeichnis.....	15
Eidesstattliche Erklärung	17

Hinweis zum Text

Aus Gründen der Lesbarkeit werden nicht beide Geschlechterformen verwendet. Es sind jedoch selbstverständlich stets beide Geschlechter angesprochen: Therapeutinnen und Therapeuten, Patientinnen und Patienten etc.

I Einführung in die Fragestellung

„Innerhalb einer Heiler-/Arzt-Patienten Beziehung gibt es keine therapeutische Maßnahme, die ohne potentiellen Placebo-/Noceboeffekt wirksam ist“ (Kentenich & Pietzner, 2011, S. 18). Die bedeutende Wirkung des Placeboeffekts, besonders im Zusammenhang der Medikamentenvergabe, ist heute durch vielerlei Forschung belegt und Teil der medizinischen Praxis geworden. Dennoch wird von ihm in Fachpresse und auch im Volksmund oft mit einer negativen Konnotation gesprochen – sogenannten Placeborespondern wird Leichtgläubigkeit nachgesagt und alternative Heilmethoden werden als „nur Placeboeffekt“ abgetan (Braus, 2014, S. 96f).

Nun tritt der Placeboeffekt jedoch nicht nur bei der Vergabe von (Schein-)Medikamenten auf, sondern auch in der therapeutischen Arbeit. Dies ist von besonderem Interesse für alle, die selbst therapeutisch tätig sind, um die Wirkung des Placeboeffekts auf die eigene Arbeit mit Patienten abschätzen und eventuell gezielt nutzen zu können. In dieser Arbeit soll daher betrachtet werden, durch welche Aspekte sich der Placeboeffekt in Therapiesituationen zeigt und welche Auswirkungen dies auf den Therapieerfolg haben kann.

II Definition des Placeboeffekts und Abgrenzung zum Placebo im medikamentösen Kontext

Der Begriff *Placebo* (lat. „ich werde gefallen“) bezeichnet eine Substanz, welche in unterschiedlichen Darreichungsformen, wie zum Beispiel Tabletten, Salben oder Infusionen, eingesetzt werden kann und trotz Ermangelung eines pharmakologischen Wirkstoffs eine positive Wirkung auf den Patienten hat (Ritter, 2013, S.16). Placebos werden in der Forschung eingesetzt, um die tatsächliche Wirksamkeit bestimmter Medikamente zu untersuchen: In sogenannten Doppel-Blind-Studien dienen Placebo-Kontrollgruppen dazu, die spezifische Wirkung eines Verums von den unspezifischen Wirkfaktoren abzugrenzen, welche auch bei der Gabe eines Placebos auftreten (Walach & Sadaghiani, 2002). Des Weiteren finden Placebos Einsatz im medizinischen Alltag, wo sie als verträglichere und oft ebenso effektive Alternative zu Opiaten,

Schlafmitteln und anderen Medikamenten eingesetzt werden (Enck, Zipfel & Klosterhalfen, 2009, S. 636).

Hiervon abzugrenzen ist der Begriff *Placeboeffekt*, welcher das Eintreten von unspezifischen Wirkfaktoren, beispielsweise durch die Interaktion mit dem Therapeuten, beschreibt (Reiband, 2012, S. 8). Es besteht dementsprechend keine Kausalität zwischen Placebo-Verwendung und Placeboeffekt.

Wenn nun der Placeboeffekt im therapeutischen Arbeiten (im Folgenden definiert als Therapiesituation ohne den Einsatz von Medikamenten, beispielsweise Psychotherapie, Logopädie oder Ergotherapie) betrachtet werden soll, stellt sich die Frage, ob es möglich ist, ein „inhaltsleeres Placebo-Therapiesetting“ zu schaffen, womit die konkreten Auswirkungen des Placeboeffekts aufgezeigt werden könnten. Wie bei Furnam (2010, S. 10f) und Baumann & Reinecker-Hecht (1998) jedoch beschrieben, kann der pharmakologische Begriff eines Placebos nicht angemessen auf ein therapeutisches Setting übertragen werden. Grund dafür ist, dass zwischen der Applikation wirkstoffleerer Tabletten und der eines echten Medikaments kein Unterschied erkennbar ist - eine Übertragung dieser Grundvoraussetzung in die Therapiesituation ist kaum realisierbar.

„Wenn wir davon ausgehen, dass der Placebo-Effekt nicht vom Einsatz eines Placebos ausgeht, haben wir die besten Voraussetzungen für eine aufrichtige Verständigung zwischen Arzt und Patient geschaffen“ (Brody & Brody, 2002, S.30). Denn auch in therapeutischen Settings wirkt der Placeboeffekt. Hierbei stehen die Beziehung zwischen Therapeut und Patient sowie Erwartungen des Patienten und Wirkung des Umfelds im Vordergrund und sollen deshalb im Folgenden näher betrachtet werden.

III Placeboeffekt durch unspezifische Wirkfaktoren in der Therapie

1 Das Therapeut-Patient-Verhältnis

„Da es keinen Zweifel gibt, dass der Placeboeffekt innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung wirksam ist, sollte er auch zu therapeutischen Verfahren bewusst

eingesetzt werden“ (Kentenich & Pietzner, 2011, S. 16). Eine funktionierende Bindung zum Therapeuten machen die Therapie nicht nur für den Patienten angenehmer, sondern kann auch zu schnelleren Therapieerfolgen führen – so wird beispielsweise in der Psychotherapie dem Therapeutenverhältnis ein Anteil von 10 % bis 30 % am Therapieerfolg zugewiesen (Hentschel, 2005, S. 313). In diesem Kapitel soll daher auf die verschiedenen Aspekte eingegangen werden, die das Therapeut-Patient-Verhältnis beeinflussen.

1.1 Vertrauen in die Fähigkeiten des Therapeuten

Unabhängig von Art und Methode wird der Erfolg einer Therapie dadurch eingeleitet, dass der Patient den Therapeuten als kompetent erlebt. Es ist entscheidend, dass er auf die Fähigkeiten und Erfahrungen des Therapeuten vertraut (Haller, 2014). Hierbei stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien Patienten die Kompetenz eines Therapeuten beurteilen. Einer Studie von Andrea Dehn-Hindenbergh (2008) zufolge sind für Patienten das Erkennen von individuellen Patientenbedürfnissen und verständliche Erklärungen wichtigere Indikatoren zur Beurteilung der Therapeutenkompetenz als eine tatsächliche Besserung der Beschwerden. Dies bedeutet, dass das Bild, welches sich ein Patient vom Therapeuten macht, stark auf dem beruht, was der Patient durch Vorinformationen und den Direktkontakt in der Therapie erfährt. Gerade fachliches Können wird somit nicht nur durch den Wissensstand eines Therapeuten beschrieben, sondern viel eher durch seine Fähigkeit der verständlichen Wissensvermittlung einem Patienten gegenüber.

1.2 Gesellschaftliche Einflüsse

Für die Therapeut-Patienten-Interaktion ist das kulturelle Umfeld, in welcher diese entsteht, von großer Bedeutung (Haller Jr., 2014, S. 74). Während in nichtindustrialisierten Kulturen sogenannte Schamanen ihre Verifikation durch spirituelle Weisheit erhalten, gelten in der westlichen Welt eher Berufsausbildung, wissenschaftliches Arbeiten und der Erwerb geschützter Berufsbezeichnungen als Beweis der eigenen Fähigkeiten im Fachgebiet. Der Blick einer Gesellschaft auf bestimmte Heilmethoden beeinflusst stets die Sicht des einzelnen Patienten auf die Glaubwürdigkeit eines Therapeuten (Frank &

Frank, 1991, S. 156). Somit wird schulmedizinischer Behandlung tendenziell eine höhere Wirkkraft zugewiesen als beispielsweise Homöopathie. Dies hat zur Folge, dass Patienten, die nicht explizit aus einem Homöopathie-geprägten sozialen Umfeld stammen, einem Heilpraktiker eher skeptischer begegnen würden als einem herkömmlich geschulten Hausarzt, da die eine Behandlungsweise gesellschaftlich als anerkannter und wirkungsvoller betrachtet wird als die andere. Je nachdem, wie „normal“ eine Therapiemethode im sozialen Umfeld gesehen wird, steigt oder sinkt auch das Kompetenzzempfinden dem Therapeuten gegenüber (Frank & Frank, 1991, S. 157).

1.3 Ritualisierung

Das Ritual der therapeutischen Beziehung, welches durch besondere Orte (Behandlungsräume), den Einsatz verschiedener Apparate, das Einordnen des Patienten zu einem gewissen Störungsbild mit bestimmter Lösungsmöglichkeit sowie die fachliche Kommunikation zwischen Patient und Therapeut geformt wird, ruft laut Frank & Frank (1991) sowohl bei Therapeut als auch Patient positive Erwartungen hervor. Schon durch die Bereitschaft, eine Therapie zu beginnen, signalisiert der Therapeut seine Überzeugung, dass dem Patienten zu helfen sei, wodurch bereits ein Placeboeffekt zustande kommen kann (Frank & Frank, 1991, S. 154f). Therapeutische Handlungen werden somit zu Symbolen der ritualisierten Rolle des Therapeuten als Heiler und der Heilserwartung des Patienten (Haller Jr., 2014, S. 74f), weshalb sie meist durch einen Placeboeffekt verstärkt werden.

1.4 Überzeugtheit des Therapeuten

Die *Allegiance* (engl. „Zugehörigkeit“) des Therapeuten stellt ebenfalls eine kritische Komponente für den Therapieerfolg dar. Damit wird beschrieben, wie sehr der Therapeut von dem von ihm praktizierten Therapieverfahren überzeugt ist. Die dadurch erzeugte Heilserwartung überträgt sich auf den Patienten und wirkt so als Placeboeffekt (Reiband, 2010, S. 51f). Dieser Faktor ist besonders interessant für Studien, die verschiedene Therapiemethoden vergleichen, da die

eigenen Präferenzen des Therapeuten eventuell die Ergebnisse beeinflussen können.

2 Die „innere Apotheke“ – Nutzung der Selbstheilungsprozesse

Osteopathie-Begründers Andrew Taylor Still stellte 1908 die These auf, dass der menschliche Körper als „Apotheke Gottes“ alle Mittel und Medikamente enthält, um sämtliche Krankheiten zu heilen. Diese können jedoch nur dann voll wirken, wenn „der Ruf nach Heilung“ wahrgenommen wird und die Menschen ihre körpereigenen Selbstheilungskräfte bewusst nutzen (S. 40). Diese *Innere Apotheke* wird heute eher als Überbegriff für die körpereigenen Faktoren zur Wiederherstellung der Gesundheit betrachtet, beispielsweise der Brechreflex bei Aufnahme giftiger Nahrung oder die erhöhte Produktion bestimmter chemischer Substanzen im Körper als Reaktion auf eine Infektion. Durch Signale, die vom Gehirn an den Körper gesendet werden, können diese Prozesse eingeleitet oder verstärkt werden – unbewusst und auch bewusst. Somit sind auch alle Wirkweisen des Placeboeffekts und „positives Denken“ in der *Inneren Apotheke* zusammengefasst. Durch diese Metapher ist es nicht mehr von zentraler Bedeutung, ob ein Therapieerfolg – insbesondere beim Einsatz inaktiver Medikamente – nun durch die Kraft der Suggestion und Vorstellung, durch körpereigene Heilprozesse oder durch den natürlichen Gesundungsverlauf zu erklären sei (Brody & Brody, 2002, S. 67f).

Nach Dehn-Hindenberg (2008, S. 194f) geben auf die Frage, wie sie selbst zum Therapieerfolg beitragen können, 16 % aller Patienten „Positives Denken“ an. Verglichen mit beispielsweise „Gesunder Lebensführung“ (4 %) zeigt dies, dass sich viele Menschen der positiven Auswirkungen der eigenen Einstellungen bewusst sind. Sie weisen diesen damit einen höheren Stellenwert zu als beispielsweise Bewegung und Sport, obwohl dies doch seit der Kindheit in Verbindung mit körperlicher Gesundheit gesetzt wird. Ein solches Vertrauen in die Kraft des „Positiven Denkens“ liegt jedoch nicht bei allen Patienten vor – das Potential der Nutzung solcher Wirkmechanismen laut Frank & Frank (1991) jedoch schon.

Der Psychiater Henry Krystal (1988) vertrat die Theorie, dass die Einnahme eines Placebos als „Erlaubnis“ wirkt, die körpereigenen Selbstheilungsmechanismen

wirken zu lassen. Der Rückbezug auf die natürlichen Heilungsprozesse gelte in der westlichen Welt als Tabu, weshalb Patienten dazu tendieren, die Verantwortung für ihre Gesundheit an Ärzte und Medikamente abzugeben. Dieses Tabu kann somit durch Placebo-Einsatz oder auch durch die Anwesenheit eines Therapeuten umgangen werden, da dem Verstand somit eine rationale Erklärung für einsetzende Heilungsprozesse gegeben wird (Krystal, 1988, S. 482f).

3 Erwartungen des Patienten und deren Entstehung

Grundlage für das Auftreten vieler unspezifischer Reaktionen sind die Erwartungen des Patienten. Als bewusst formulierte Erwartung kann hierbei das in Kapitel III.2 genannte „Positive Denken“ genannt werden; die in Kapitel III.1 beschriebenen Faktoren der Therapeut-Patient Beziehung lösen größtenteils unbewusste Erwartungen aus. Somit sind diverse Einflüsse an der Entstehung von Erwartungen bei Patienten beteiligt.

Ein Kernmechanismus hierbei ist die *klassische Konditionierung* nach Pavlov. Das wesentliche Prinzip dieser besteht darin, einen zunächst neutralen Reiz (z.B. weiße Tablette) regelmäßig mit einem unkonditionierten Stimulus (z.B. schmerzlindernder Wirkstoff) zu koppeln. Beim Patienten tritt daraufhin eine unkonditionierte Reaktion (z.B. wahrgenommene Schmerzlinderung) auf. Nachdem die weiße Tablette oft in Kombination mit dem schmerzlindernden Wirkstoff eingenommen wurde, wird sie zu einem konditionierten Stimulus – die schmerzlindernde Wirkung tritt auch ein, wenn der eigentliche Wirkstoff fehlt. Die Schmerzlinderung ist somit zu einer konditionierten Reaktion geworden (Stockhorst, 2003, S. 1). In Placebo-kontrollierten Humanexperimenten (u.a. Stockhorst, 2003) konnte dieser Vorgang bereits nach vier Kopplungen des unkonditionierten Reizes mit einem Wirkstoff nachgewiesen werden.

Ebenso wie ein Medikament auf diese Weise durch eine erlernte Erwartung wirkt, wird auch der Therapeut selbst zu einem konditionierten Stimulus, wenn er mehrfach mit einem Heilungsprozess gekoppelt auftritt. Durch vorherige positive, Besserung bringende Erfahrungen mit Therapeuten kann beim Patienten eine Konditionierung erfolgt sein, die alleine durch das ritualisierte Therapieumfeld

und das professionelle Verhalten des Therapeuten getriggert werden kann (Haller, 2014, S. 74f).

4 Placebo by proxy

Der Effekt *Placebo by proxy* (engl.: "Placebo durch Stellvertreter") tritt auf, wenn die Einstellung des Patienten zur Therapie und deren Effektivität durch Erwartungen Dritter (beispielsweise Familienangehöriger) beeinflusst wird, welche von der Therapie wissen (Whalley & Hyland, 2012).

Dieses Phänomen tritt besonders bei der Behandlung von Kindern auf, da diese durch ihre enge Bindung zu den Eltern stark durch deren Erwartungen und eventuell folgenden Verhaltensänderungen beeinflusst werden. Besonders wenn das Störungsbild der Kinder mit einer hohen Belastung für die Eltern-Kind-Beziehung verbunden ist, beispielsweise bei häufigen Wutanfällen oder stark beeinträchtigter Kommunikationsfähigkeit des Kindes, kann bereits die Gewissheit, dass sich das Kind nun in voraussichtlich erfolgreicher Therapie befindet, bei den Eltern für Anspannungsreduktion sorgen (Whalley & Hyland, 2012, S. 342).

Untersucht wurde dieser Effekt unter anderem bei einer Studie von Whalley & Hyland 2012, bei welcher die Auswirkung einer Placebo-Therapie zur Behandlung häufiger Wutanfälle bei Kindern zwischen zwei und fünf Jahren betrachtet wurde. Hierbei verabreichten die Eltern ihren Kindern täglich eine pharmakologisch wirkstoffleere Lösung, die die sogenannten „temper tantrums“ reduzieren soll, wobei nur der Hälfte der Kleinkinder erklärt wurde, was die vermeintliche Wirkung der Substanz sei. Die Eltern mussten regelmäßig über ein automatisiertes Telefon-Verfahren Angaben zu Häufigkeit und Ausmaß der Trotzanfälle ihrer Kinder sowie ihrer eigenen Stimmung machen. Die Ergebnisse

der Studie zeigen eine eindeutige Verhaltensverbesserung der Kinder.

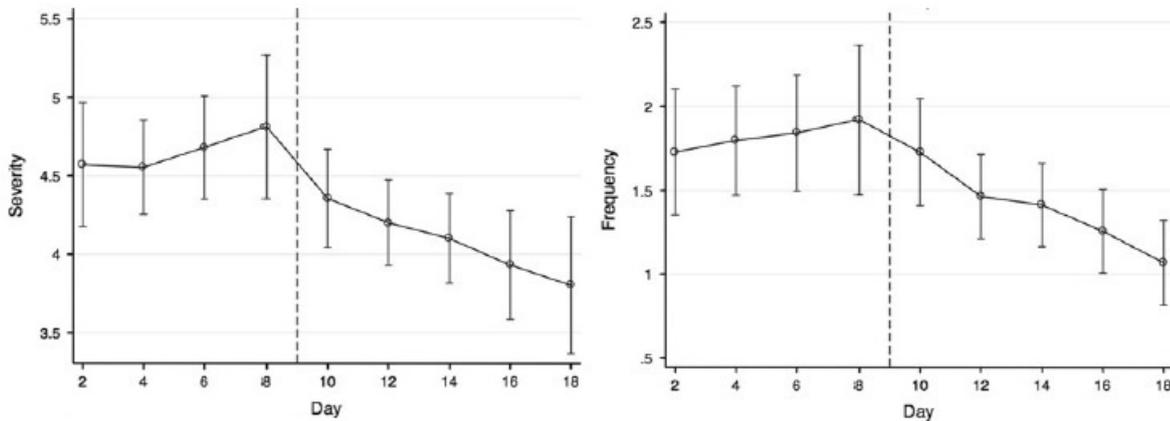


Abb. 1: Schwere (links) und Häufigkeit (rechts) der Wutanfälle vor und nach Behandlungsbeginn, indiziert durch gestrichelte Linie (Whalley & Hyland, 2012, S. 344)

Da eine bewusste Verhaltensänderung der Kinder als Reaktion auf die Placebogabe ausgeschlossen werden kann, weil 50 % der Kinder nicht in die Ziele der Therapie eingeweiht waren, und auch die verabreichte Substanz keinen Wirkstoff enthielt, müssen die erkennbaren Erfolge auf den *Placebo by proxy* Effekt zurückgeführt werden. Kritisch zu betrachten ist hierbei einzig die Beurteilung der Therapieerfolge allein anhand der Angaben der Eltern – so kann nicht ausgeschlossen werden, dass durch veränderte Wahrnehmung der Eltern die Angaben beeinflusst wurden.

Generell ist jedoch zu sagen, dass sich das Phänomen *Placebo by proxy* positiv auf den Therapieerfolg auswirken kann, gerade durch eine Verbesserung bzw. veränderte Wahrnehmung im sozialen Umfeld des Patienten. Indem Angehörige wissen, dass sich der Störung des Betroffenen angenommen wird, fühlen sie sich entlastet und beruhigt, wodurch die Interaktion mit ihm unbeschwerter möglich ist und der Patient weniger Stress in seinem alltäglichen Umfeld erfährt (Grelotti & Kaptchuk, 2011).

5 Nocebo-Effekt und iatrogene Effekte als negativer Einfluss auf Therapien

Während der Placebo-Effekt die positiven Auswirkungen eines Scheinpräparats oder einer Therapie beschreibt, bezeichnet der *Nocebo-Effekt* (lat. „ich werde schaden“) das Verschlechtern des Gesundheitszustandes bzw. Ausbleiben von

Therapieerfolgen aufgrund negativer Erwartungen (Brody & Brody, 2002, S. 130f). Der Begriff Nocebo-Effekt wird jedoch fast ausschließlich im Kontext der Placebo-Gabe verwendet und bezieht sich nur auf die erwünschten oder unerwünschten negativen Auswirkungen, die ein Scheinpräparat auslöst, und ist somit hauptsächlich für die Forschung zur Suggestionskraft von Interesse. Doch auch im Rahmen einer Therapie ohne Placebos können infolge der Diagnose und Behandlung durch den Arzt negative Effekte auftreten - diese werden als *iatrogene* (altgr. „durch den Arzt erzeugte“) Effekte bezeichnet. Diese können durch genaue Erläuterung möglicher Begleitbeschwerden oder eine suggestive Anamnese-prozedur auftreten, bei der vermehrt gefragt wird, ob der Patient bei sich bestimmte Anzeichen einer Erkrankung feststellen kann. Durch die Suggestion des Therapeuten kann der Patient zu einem hypersensitiven Verhalten verleitet werden, wodurch die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der befürchteten Symptome steigt (Bootzin & Bailey, 2005, S. 873).

Als ein Beispiel für diesen Mechanismus nennt Eckart von Hirschhausen (2016, S. 71) die Chemotherapie. Patienten verbinden sie häufig intuitiv mit Leid, Haarausfall und einem großen Verlust an Lebensqualität, weniger mit einer Hoffnung bringenden und erfolgreichen Therapielösung. Nicht jede Chemotherapie muss starke Nebenwirkungen auslösen – die negative Vorprägung des Begriffes und die Erklärungen des Arztes zu möglichen Nebenwirkungen der Therapie lösen bei Patienten jedoch iatrogene Effekte aus, die die Symptome dennoch auftreten lassen.

Brody & Brody (2002, S. 136f) beschreiben außerdem, dass bereits durch ein Arztgespräch, bei dem sich der Patient nicht gut verstanden fühlt, der Arzt nicht aufmerksam zuhört oder unverständlich erklärt, iatrogene Effekte ausgelöst werden können. Denn dadurch wird dem Patienten suggeriert, dass der Arzt die Situation nicht voll erfasst oder nicht kompetent ist und somit eventuell schlechte Therapieentscheidungen trifft, die negative Auswirkungen für die Gesundheit des Patienten haben. Dies bedeutet, dass in einem solchen Arztgespräch nicht nur die in Kapitel III-1 genannten positiven Effekte einer guten Therapeut-Patienten-Beziehung nicht genutzt werden, sondern die Therapieziele mitunter langsamer oder nicht erreicht werden können, da der Patient erwartet, eine schlechte Therapie zu erhalten.

IV Fazit im Hinblick auf therapeutische Arbeit in der Logopädie

„[Der Placeboeffekt] ist ein Segen für alle Therapeuten, unabhängig davon, welche Behandlung sie jeweils verschreiben“ (Furnham 2010, S. 9). Aus diesem Grund wirkt der Placeboeffekt auch in der logopädischen Praxis. Im Folgenden sollen die oben beschriebenen Wirkfaktoren auf die Logopädie übertragen und daraus ein günstiges Therapeutenverhalten abgeleitet werden.

Voraussetzung einer erfolgreichen und beidseitig angenehmen Therapie ist ein gutes Therapeut-Patient-Verhältnis. Durch gegenseitiges Kennenlernen sollte eine Vertrauensbasis geschaffen werden, auf der die Therapie beginnen kann. Dies sollte nicht zugunsten eines Zeitgewinns für die „eigentlichen“ logopädischen Übungen unterschlagen werden. Um den Therapieerfolg durch Heilserwartungen zu unterstützen, sollte von Anfang an transparent gearbeitet werden. Hierbei kann der Therapeut dem Patienten die geplante Therapie beschreiben und darauf hinweisen, dass diese bei ähnlichen Fällen hohe Erfolgsraten aufwies. So kann beispielsweise bei einem Patienten mit Redeflussstörungen die Erwartung ausgelöst werden, die Therapie werde bald Erfolge zeigen – diese Heilserwartung kann als unterstützende Kraft neben den logopädischen Übungen wirken.

Des Weiteren ist auf ein professionelles Auftreten zu achten, um dem Patienten bereits vor Beginn der Therapie Kompetenz zu vermitteln. Hierzu zählt bereits der Eindruck, der über die Empfehlungen, Homepage, Telefonkontakt und Praxisgestaltung vermittelt wird. Langjährige Berufserfahrung oder akademische Ausbildung können hierbei Faktoren sein, die das Vertrauen in die Kompetenz des Therapeuten unterstützen und sollten dem Patienten daher möglichst bewusst sein, z.B. durch zentrale Erwähnung auf der Homepage.

Der Effekt *Placebo by proxy* sollte gezielt genutzt werden. Die genaue Aufklärung über die Therapiefortschritte und weiteren Pläne kann etwa bei Eltern von Kindern mit Sprachentwicklungsstörungen eingesetzt werden, um diese für die positiven Entwicklungen ihres Kindes zu sensibilisieren sowie realistische Erwartungen auf weitere Verbesserungen der Sprache ihres Kindes zu wecken. Dadurch soll das Vertrauen der Eltern in die Therapie bestärkt werden, welches

sich durch deren Verhalten auch auf das Kind überträgt. Auch für Angehörige von Patienten mit schwerwiegenden, belastenden Kommunikations-Schwierigkeiten wie zum Beispiel einer Aphasie können positive Erwartungen bezüglich der Therapiefortschritte den Kontakt zum Patienten unbeschwerter und anspannungsfreier ermöglichen.

Da sich die *Allegiance* des Therapeuten bezüglich seiner Methoden auf sein Verhalten in der Therapie auswirkt, sollte der Therapeut stets mit solchen Methoden arbeiten, mit denen er vertraut ist und die seinen natürlichen Therapeuteneigenschaften entsprechen. So sollte beispielsweise der Therapeut den Du-Trigger in der morpho-syntaktischen Therapie nur einsetzen, wenn er selbst von dessen Wirksamkeit überzeugt ist und ihm die Verwendung der benötigten ungewöhnlichen Satzstruktur nicht widerstrebt.

Um iatrogene Effekte im Laufe der Therapie zu verhindern, sollte sich das Verweisen auf mögliche negative Therapienebeneffekte auf ein minimal nötiges Maß beschränken. So muss zum Beispiel in der myofunktionellen Therapie zwar der für die zuhause durchgeführten Übungen nötige Zeitaufwand besprochen werden, dieser sollte jedoch nicht durch suggestive Aussagen dramatisiert werden (z. B. „Ich kann mir vorstellen, dass die Übungen für Sie zu einer zusätzlichen Verpflichtung in Ihrem ohnehin schon vollen Alltag wird.“). Durch positive Formulierungen kann dem Entstehen von iatrogenen Effekten wie erhöhtem Stress- oder auch Störungsempfinden entgegengewirkt werden (z. B. „Durch regelmäßiges Üben zuhause wird es Ihnen möglich sein, schnelle Fortschritte in der Therapie zu erzielen.“).

V Ausblick

In dieser Arbeit wurde ein Überblick über die verschiedenen Faktoren und Wirkmechanismen gegeben, durch die sich der Placeboeffekt in der therapeutischen Arbeit zeigt. Des Weiteren wurden Schlüsse für ein förderliches Therapeutenverhalten für die logopädische Therapie gezogen.

Dabei ist jedoch stets zu berücksichtigen, dass Aussagen über das Therapiesetting nicht für jeden Patienten zu generalisieren sind. Somit hat der

Therapeut in jedem Fall separat zu entscheiden, welche Methoden und Vorgehensweisen für den jeweiligen Patienten angemessen und hilfreich sind.

Als weiterführende Fragestellung für das eigene Therapeutenverhalten ist nun interessant, inwiefern Patienten sich durch das individuell geschaffene Setting, die Gesprächsführung und die Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung positiv beeinflusst, unterstützt und kompetent betreut fühlen – beziehungsweise an welchen Stellen Potential für Verbesserungen ist. Für eine möglichst effektive Evaluation ist somit die Befragung des Patienten und eventuell der Angehörigen ein essentielles Medium. Des Weiteren sollte ein ständiges kritisches Hinterfragen der eigenen Therapiemethoden selbstverständlicher Bestandteil des eigenen Therapeutenalltags werden.

Literaturverzeichnis

- Baumann, U. & Reinecker-Hecht, C. (1998). Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In: Baumann, U. & Perrez, M. (Hrsg.). Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern: Verlag Hans Huber. S. 346-365.
- Bootzin, R. & Bailey, E. (2005). Understanding Placebo, Nocebo and Iatrogenic Treatment Effects. In: Journal of clinical Psychology, Vol. 61 (7). S. 871-880.
- Braus, D. (2014). EinBlick ins Gehirn. Psychiatrie als angewandte klinische Neurowissenschaft. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Brody, H. & Brody, D. (2002). Der Placebo-Effekt. Die Selbstheilungskräfte unseres Körpers. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Dehn-Hindenberg, A. (2008). Patientenbedürfnisse in der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Enck, P. (2014). Interview geführt von Haarer-Becker, R. In: ergopraxis 7-8/2014. S. 33.
- Enck, P., Zipfel, S. & Klosterhalfen, S. (2009). Der Placeboeffekt in der Medizin. In: Bundesgesundheitsbl 2009;52. S. 635-642.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Furnham, A. (2010). 50 Schlüsselideen Psychologie. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Grelotti, D. & Kaptchuk, T. (2011). Placebo by proxy. In: BMJ 11.08.2011.
- Haller Jr., J. (2014). Shadow medicine. The Placebo in Conventional and Alternative Therapies. New York: Columbia University Press.
- Hentschel, U. (2005) Die therapeutische Allianz. Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. In: Psychotherapeut 2005;50. S. 305–317.
- Hirschhausen, E. von (2016). Glauben Sie dran!. Wer heilen will, muss fühlen: was Kranke brauchen, was Hoffnung gibt. Die wiederum macht gesund. Die Forschung belegt es. In: Stern. 42/2016. S. 68-71.
- Kentenich, H. & Pietzner, K. (2011). Placebo in der Medizin oder: Die Rolle des Arztes im therapeutischen Prozess. In: Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie 8/2011 (Sonderheft 2), S. 15-19.

- Krystal, Henry. (1988). On Some Roots of Creativity. In: Psychiatric clinics of North America. 1988, 11(3). S. 457-491.
- Reiband, N. (2010). Klient, Therapeut und das unbekannte Dritte. Placeboeffekte in der Psychotherapie und was wirklich wirkt. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Ritter, S. (2013). Die Placebobehandlung im therapeutischen Setting. Psychologische und rechtliche Aspekte des ärztlichen Aufklärungsgesprächs. In: Kalb, H., Resch, R. & Wallner, F. (Hrsg.). Schriftenreihe Medizinrecht und Medizinethik – Band 2. Graz: NWV Neuer Wissenschaftlicher Verlag.
- Still, A. (1908). Autobiografie. In: Hartmann, C. (Hrsg.) (2009). Das große Still-Kompendium. Oberhaching: Jolandos.
- Stockhorst, U. (2003). Klassische Konditionierung bei der Gabe von Pharmaka. Experimentelle Grundlagenstudien und klinische Anwendung. Lengerich: Papst Science Publishers.
- Walach, H. & Sadaghiani, C. (2000). Plazebo und Plazeboeffekte – Eine Bestandsaufnahme. In: Psychother Psych Med 2002; 52. S. 332-342.
- Whalley, B. & Hyland, M. (2012). Placebo by proxy: the effect of parents' beliefs on therapy for children's temper tantrums. In: J Behav Med Vol 36 4/2013. S. 341-246.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die eingereichte Hausarbeit selbständig und ohne unerlaubte Hilfsmittel angefertigt habe, außer den im Schrifttumsverzeichnis angegebenen Quellen und Hilfsmitteln keine weiteren benutzt und alle Stellen, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd entnommen sind, als solche kenntlich gemacht und einzeln nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), des Bandes und der Seite des benützten Werkes in der Hausarbeit nachgewiesen habe, die Hausarbeit noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorgelegt habe und dass dieselbe noch nicht anderen Zwecken – auch nicht teilweise – gedient hat.

Erlangen, den

(Unterschrift)