

ängstliche Menschen scheinen offenbar häufiger unsicher und auch mißtrauisch, wodurch es ihnen schwerer fällt, den Ärzten uneingeschränktes Vertrauen entgegenzubringen.

► Präoperative Angst:

Läßt man die Unterscheidung nach Gruppen außer acht, so äußerten 60 Prozent aller Befragten, besondere Angst vor möglichen Komplikationen zu haben, 33 Prozent vor möglichen Schmerzen nach der Operation, und nur 27 Prozent gaben Angst vor der Narkose an, wobei in Gruppe I mit Vollnarkose nur 18 Prozent Angst davor angaben. Zehn Prozent der Patienten in Gruppe I äußerten Angst vor dem Tod. Nur 11 Prozent aller Befragten befürchteten eine mögliche Entstellung, wobei die Gruppenunterschiede vernachlässigt werden konnten.

Zwischen schweren und leichteren Eingriffen konnte kein signifikanter Unterschied sowohl hin-

sichtlich der situativen Angst als auch der allgemeinen Ängstlichkeit festgestellt werden, wohl aber hinsichtlich der Zahnbehandlungsgruppe und der Kontrollgruppe, die sich lediglich einen Eingriff vorstellen sollten (Erwartungsangst).

Auch unterschieden sich Patienten, deren Operation aufschiebbar war, nicht von solchen mit unaufschiebbaren Eingriffen. Ebenso wenig hatte die operative Vorerfahrung im Sinne einer Gewöhnung einen feststellbaren Einfluß auf die situative Angst.

Zwischen Alter und situativer Angst bestand ein Ausschließungsgegensatz, das heißt, ältere Patienten gaben weniger häufig situative Angst an als jüngere. Zwischen allgemeiner Ängstlichkeit und situativer Angst konnte ein gewisser Zusammenhang nachgewiesen werden; ausgehend von der allgemeinen Ängstlichkeit läßt sich eine Vorhersage auf die situative Ängstlichkeit rechtfertigen.

Ausblick

Das Problem der Risikoaufklärung stellte nur einen Teilaspekt der vorliegenden Untersuchung dar und konnte daher nur im Überblick behandelt werden. Es werden zur Zeit weitergehende Studien darüber durchgeführt, z. B. Erhebungen zu verschiedenen Zeitpunkten des Behandlungsverlaufes und bei einzelnen ausgewählten Krankheitsbildern. Über deren Ergebnisse wird gesondert berichtet.

(Die Berechnungen wurden auf der Rechenanlage des Rechenzentrums der Universität Würzburg durchgeführt. Frau Dr. Haubitz sei für die EDV-technischen Beratungen vielmals gedankt.)

Literatur im Sonderdruck, zu beziehen über den Verfasser.

Anschrift für die Verfasser:
Privatdozent
Dr. med. Karl-Ernst Bühler
Diplompsychologe
Frankfurter Straße 68
8700 Würzburg

FÜR SIE GELESEN

Hyperkalzämie-Nachweis: Gesamtkalzium oder ionisiertes Kalzium?

Unter diesem Titel berichten Müller-Plathe und Mitarbeiter über die Bestimmung des ionisierten Kalziums mit einer ionenselektiven Elektrode. Das Gesamtkalzium (2,2 bis 2,6 mmol/l) setzt sich aus dem proteingebundenen (ca. 0,9 mmol/l), dem komplexgebundenen (ca. 0,25 mmol/l) und dem ionisierten (ca. 1,25 mmol/l) Kalzium zusammen.

► Biologisch aktiv ist nur das ionisierte Kalzium.

Die Äquilibrierung des Serums bei 37 Grad Celsius und einem pCO₂ von etwa 38 mm Hg und eine nachfolgende Korrektur der Kalziumkonzentration auf einen pH-

Wert von 7,40 machen eine anaerobe Probennahme überflüssig. Protein- und komplexgebundenes Kalzium haben keinen Einfluß auf die Messung. Als Normbereich für das ionisierte Kalzium geben die Autoren 1,14 bis 1,30 mmol/l an.

Untersucht wurden 54 Patienten mit Knochenmetastasen beziehungsweise Myelomen und 300 Patienten mit anderen Erkrankungen. Dabei konnte gezeigt werden, daß durch die Messung des ionisierten Kalziums die Sensitivität zur Erfassung einer Hyperkalzämie gegenüber der Gesamtkalzium-Bestimmung zwei- bis dreifach so hoch ist. hil

Müller-Plathe, O.; Lindemann, K.: Gesamtkalzium oder ionisiertes Kalzium? Deutsche Medizinische Wochenschrift **109** (1984) 527-531. Zentrallaboratorium Allgemeines Krankenhaus Altona, Paul-Ehrlich-Straße 1, 2000 Hamburg 50

Betablocker und Mutterkornalkaloide in der Migränetherapie

Betablocker und Mutterkornalkaloide werden allgemein zur Migräne-Therapie empfohlen. Es wurde beobachtet, daß diese Arzneimittel sich wechselseitig beeinflussen und sich dadurch ungünstig auf die periphere Arterien durchblutung auswirken können. Beim Verschreiben dieser Migränepräparate sollte die besondere Aufmerksamkeit auf den Ausschluß von Durchblutungsstörungen der peripheren Arterien gerichtet werden. dpe

Venter, C. P., et al.: Severe peripheral ischaemia during concomitant use of beta blockers and ergot alkaloids, British Medical Journal **289** (1984) 288-289. Prof. C. P. Venter, Dept. of Pharmacology and Therapeutics, Medical University of Southern Africa, Medunsa 0204, Republic of South Africa